

Regionalização e Redes de Saúde

Regionalization and Health Networks

Ana Luiza d'Ávila Viana ¹
Aylene Bousquat ¹
Guilherme Arantes Melo ²
Armando De Negri Filho ³
Maria Guadalupe Medina ⁴

Abstract *The aim of this article was to reflect on the challenges faced in building the Health Regions and Networks in Brazil. These reflections result from studies conducted in several health regions. The central challenges for the constitution of the Health Regions and Networks are as follows: the Care Model, Primary Health Care, Care for Users with Chronic Diseases, and Hospital Care. In order to consolidate the regions and networks the organization needs to incorporate an ethical sense: focusing on social, public and individual needs, derived from comprehensive care, human and social rights, in broad, multi-scale and inter-sectorial interactions, with the constitution of a systemic, regionalized innovation. Of prime importance is the capacity to devise which general principles are responsible for maintaining the unity(mode of care), seeking to outline the coherence of the different provision models that the system might develop according to the social needs in regional settings. Without that, users will continue to seek and create ways of accessing health services that challenge the rationale of those very services. Hospital reform is also required to integrate and reorient the hospital networks. These reflections are important for the SUS to uphold its solidarity project, expressed in the trinity of universality-comprehensiveness-equality.*

Key words *Regions and networks, Comprehensive care, Regionalization of health services*

Resumo *O artigo teve como objetivo refletir sobre os desafios da construção das Regiões e Redes de Saúde no Brasil. São elencados como desafios centrais para a constituição das Regiões e Redes de Saúde: o Modelo de Atenção, a Atenção Primária à Saúde, o Cuidado aos Usuários com Doenças Crônicas e a Assistência Hospitalar. Para a consolidação das Regiões e Redes é necessária a incorporação de um sentido ético da organização: a centralidade nas necessidades sociais, populacionais e individuais, derivadas da integralidade, dos direitos humanos e sociais, em amplas interações multiescalares e intersetoriais; com a constituição de uma inovação sistêmica regionalizada. É central a capacidade de divisar quais são os princípios gerais responsáveis por manter a unidade (o modo de atenção), buscando balizar a coerência dos diferentes modelos de provisão que o sistema pode desenvolver segundo as necessidades sociais em contextos regionais. Sem isso, os usuários continuarão a buscar e a criar maneiras de acessar os serviços de saúde que desafiam a racionalidade dos próprios serviços. É também necessária uma reforma hospitalar que integre e reoriente as redes. Essas ponderações são importantes para que o SUS mantenha seu projeto de solidariedade, expresso na tríade da universalidade-integralidade-equidade.*

Palavras-chave *Região e redes, Integralidade do cuidado, Regionalização da saúde*

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, Cerqueira César. 01246-904. São Paulo SP Brasil.
aylenebousquat@usp.br

² Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Laboratório de Inovação, Hospital do Coração. São Paulo SP Brasil.

⁴ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

Introdução

Os ciclos políticos de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) compreenderam dois períodos nos quais prevaleceram a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal no primeiro ciclo (1988 a 2000), e o início do processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no segundo ciclo (2000 até os dias atuais). São diferentes os contextos políticos, econômicos e sociais de um período e de outro; o modelo de atenção à saúde definido, o perfil de financiamento, o tipo de descentralização, os atores-chave, a base de sustentação da política, a territorialização proposta e os modelos de gestão e regulação¹.

O Brasil definiu que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, visando à construção de sistemas integrados de saúde – conhecidos nos diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como: redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado etc.

As redes passaram a ser portadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista territorial ou do processo de territorialização. No país, esse processo se iniciou em 2000, a partir de normas federais, com intuito de regionalizar o sistema de saúde, e dez anos mais tarde, pela introdução das RAS, como mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde¹.

Não é tarefa fácil entender como o processo de descentralização se afastou da regionalização, no primeiro ciclo, e explicar a defasagem entre as iniciativas da regionalização e das redes e caracterizar a introdução pela regionalização de uma face diferente para a descentralização, por exemplo, uma menos de tipo fiscal, mais administrativa com repercussão mais intensa na atenção, mantendo a gestão compartilhada por entes governamentais e entre gestores e prestadores, porém sem a face do controle social, no segundo ciclo².

Requer uma linha de pesquisa que aprofunde tanto a discussão mais de corte institucionalista como cultural e de valores, ao lado de uma investigação histórica sobre as múltiplas bases de constituição do SUS. Por outro lado, a análise desse segundo ciclo político de organização do SUS requer novos instrumentos que não fizeram parte do arcabouço teórico de investigação do

primeiro, como o maior entendimento das RAS e da complexidade urbana, com base em análises multiescalares, dada a grande interdependência entre os espaços urbanos, periurbanos e rurais^{1,2}.

Da mesma forma, hoje, exige-se uma visão integrada dos níveis de atenção diferente dos modelos fechados por complexidade, no sentido de que o cuidado requer ações combinadas de diferentes serviços e profissionais e interações de naturezas diversas com a população. Ou seja, são as necessidades do paciente que definem sua urgência ou tempestividade de resposta, sua gravidade e sua complexidade, com a consequente resposta coordenada e regulada exigida ao sistema, com o desempenho deste sendo o resultado assistencial final para o indivíduo e as coletividades. Dimensão esta que raramente é avaliada, deixando sem questionamento o desempenho das RAS e do SUS.

Os parágrafos acima são centrais para analisar o processo de regionalização e constituição das RAS no Brasil. No entanto, a inclusão de outros elementos é necessária. Dentre estes, destacam-se: a) uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes sociais, com intervenções intersectoriais de diferentes tipos operadas por uma multiplicidade de agentes e instituições; b) definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre o público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência pelo setor público; c) introdução de um novo paradigma tecnológico visto que a conectividade, integração e regulação pressupõem o uso de um novo arcabouço tecnológico com uso intensivo de novos dispositivos e plataformas, como telessaúde; d) os novos e complexos contornos da regulação, que se definem pela clássica regulação do acesso e pela regulação de profissionais e prestadores (serviços), regulação assistencial ou do cuidado e ainda requer novos instrumentos que avancem na regulação da qualidade e segurança da assistência^{1,2}.

Ante esse cenário, o presente artigo se propõe a refletir sobre o segundo ciclo, especialmente na construção das Regiões e Redes de Saúde. Estas reflexões são frutos das estratégias metodológicas elaboradas e dos resultados de investigações realizadas em diversas regiões de saúde brasileiras pela pesquisa Região e Redes^{1,2}. Neste artigo são priorizados quatro desafios centrais para a constituição das Regiões e Redes de Saúde: o Modelo de Atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS), o Cuidado aos usuários com doenças crônicas e a Assistência Hospitalar.

Modelo ou Modelos(s) de Atenção para a RAS?

No país, as reformas na saúde têm sido disputadas sobre um senso comum de uma sucessão de ‘modelos de atenção’, sendo que os principais sistemas de pensamento que ascendem a esse debate já foram revisados por Paim³. A dicotomia entre uma assistência médica curativa no âmbito previdenciário e outra preventiva no domínio da saúde pública iniciou-se na década de 1930 e perdurou até os anos 1980, quando a ‘integralidade das ações curativa e preventiva’ se encontram na criação do SUS⁴.

A ideia de modos de atenção e modelos de provisão de serviços suscita duas dimensões definidas: o modelo de arranjo sistêmico de organização/integração dos serviços; e o modelo de produzir o cuidado³. Em ambas as situações, análises concretas revelam o confronto da perspectiva do tempo das mentalidades (práticas/senso técnico comum ou da sociologia das ausências segundo Boaventura Santos⁵) com o tempo das ideias (vanguarda/fronteiras ou a sociologia das emergências, com o resgate do *nicht nocht* ou o ainda não de Ernst Bloch⁶, a emergência como novo equilíbrio sistêmico, fruto do aprendizado nos sistemas complexos adaptativos).

Inicialmente, coteja-se a visão clássica dos níveis de atenção com a atual perspectiva do modelo sistêmico em RAS regionalizadas alicerçado nas distintas realidades socioeconômicas, culturais e territoriais. O Programa de Saúde da Família (PSF), proposto como modelo de atenção na Norma Operacional Básica 96, traduz bem o ideal da organização do sistema em níveis de complexidade: a aposta que a melhoria do processo de referência e contrarreferência contribuiria para a reversão da fragmentação do sistema e a defesa de que ‘é primeiro preciso fortalecer a atenção básica’ são dois argumentos comuns nos campos de pesquisa que ilustram esse senso técnico. Como regra, a convicção implícita de que o fortalecimento do modelo PSF e o acerto binário com as especialidades implicariam o remodelamento geral do sistema; no entanto, o resultado de pesquisas evidencia a fragilidade dessa interpretação. Vale lembrar que a referência entre os diversos níveis de atenção é questão comum a diversos sistemas de saúde; recente metanálise sobre essa questão concluiu que não há alternativas efetivas senão soluções sistêmicas⁷.

Não que a ideia de níveis de complexidades possa ser descartada, mas, que esse modelo teórico alcançou limites históricos, que apontam

possibilidades de soluções pontuais. Os aprimoramentos dos níveis/serviços e a relação entre eles significam a recuperação de atrasos, e não perspectiva de inovação sistêmica regionalizada no Brasil.

Contudo, a premência da organização do sistema de serviços de saúde em redes complexas integradas esbarra ainda na imaturidade de modelos teóricos apropriados. Essa é a tarefa teórico-prática dos próximos anos.

Alguns pressupostos devem estar claros. Primeiramente, não se trata da semântica cotidiana de ‘Redes’ de serviços, encontrada há décadas na literatura – o mesmo com o conceito de ‘sistema’ e da própria regionalização –, mas de um conceito de RAS complexas definindo sistemas complexos adaptativos com capacidade autorregulatória em torno de um sentido ético da organização sistêmica: a centralidade nas necessidades sociais populacionais e individuais derivadas da integralidade dos direitos humanos e sociais, em amplas interações multiescalares e inter ou mesmo transeitoriais. Complexidade cuja compreensão e cujo planejamento devem exigir ferramentas inovadoras como análise de redes e modelamento matemático que integre expectativas de consumo e capacidade de produção com a exigência de resultados valoráveis pelos cidadãos.

Nesse cenário, uma das consequências para a cultura do SUS é que APS perde o status de ‘solução’, para ser encarada como parte do problema a ser equacionado, lembrando que uma APS robusta só é possível dentro de um sistema de saúde. Vários fatores concorrem nesse aspecto. A APS é um conceito que foi formatado nos anos 1970, portanto antes da visão de sistemas (ainda mecânicos), ao qual teve que se enquadrar. Soma-se sua base territorial local integrada nos limites municipais, para a qual a ideia de regionalização é pouco afeita. Em realidade distinta, no Canadá, uma APS “extremamente difícil de reformar” foi identificada como entrave ao processo de regionalização do sistema de saúde⁸.

A experiência internacional mostra que sistemas abrangentes são compostos de modelos variados de acesso em APS ou diversas modalidades de provisão de serviços em APS – *health care delivery models*⁹, para os quais se revelam diferentes estratégias de eficiência e efetividade¹⁰. Isso importa aqui, pois o extenso trânsito por diversas realidades do País mostrou não ser possível definir por decreto um modelo estanque de práticas de APS. Oficiosamente dividida em ‘modelo tradicional’ e Estratégia de Saúde da Família (ESF), a realidade imprime os mais variados modelos de

APS na prática. Sejam quais forem esses modelos encontram seus limites históricos ao definir pelo paciente o tipo de acesso e ofertas de serviços. Em contraposição, nas reformas internacionais, não há perspectiva de eficiência e efetividade em APS – e no sistema – que não passe pelo cuidado centrado na pessoa.

Fica patente que um sistema complexo adaptativo autorregulado e centrado no usuário – oriundo das mais diversas culturas – não comporta um modelo único e rígido; como conclui Paim³: “Dessa perspectiva, não faz muito sentido pronunciar-se sobre um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões, cidades e territórios do país”. O segredo está na capacidade de divisar quais são os princípios gerais responsáveis por manter a unidade (o modo de atenção), buscando balizar a coerência dos diferentes modelos de provisão que o sistema pode desenvolver segundo as necessidades sociais em contextos regionais.

A opção pela organização de RAS preferenciais, núcleos de produção da atenção e sua projeção em linhas de atenção e suas respectivas linhas de cuidado parece um bom início de uma nova modelagem centrada na organização de sistemas e respostas para o conjunto de necessidades sociais. Está claro, porém, que da soma aritmética das Redes preferenciais (Cegonha, Urgência e Emergência etc.) está longe de resultar em uma Rede complexa, que constitua uma verdadeira RAS. Outrossim, é a impossibilidade de conformação burocrática e normativa dessa RAS. Em consonância, dificilmente se conseguirá modelar o sistema em torno de objetivos comuns sem a participação de todos os atores. Esta é uma das conclusões de extensa revisão sobre a transformação de grandes sistemas⁷, especialmente em relação à inclusão dos médicos e usuários no processo decisório. No SUS, questiona-se a capacidade de governança sem a inclusão de todos os prestadores estatais e privados nesse processo e das lideranças profissionais, especialmente os médicos.

Afinal, resta uma questão elementar: em qual domínio se deve estabelecer o pilar fundamental de uma redefinição sistêmica nessa complexidade? Para esta resposta, dois argumentos parecem significativos. No SUS, a tríade indissolúvel de universalidade/integralidade/igualdade é complementada pela garantia de acesso, o que desconstrói o primado do custo-efetividade do qual se origina a discussão de Redes no sistema de mercado norte-americano¹¹, o que cobrará

maior capacidade de planejamento regional. A compatibilidade dos fluxos da saúde com a realidade dos fluxos geográficos regionais (culturais, econômicos, viários etc.) é outro imenso desafio a ser enfrentado.

Voltando aos modelos de atenção, um segundo confronto entre o tempo das mentalidades (certezas) com o tempo das ideias (apostas) é esperado no modelo de produção clínica. Acostumada a operar por níveis de complexidade, a prática clínica deve se reorganizar para atender aos novos imperativos do modelo de RAS no qual o enfrentamento da fragmentação da atenção e, portanto, a continuidade, a integração e a coordenação do cuidado são centrais. Não se trata, portanto, de substituir um modelo de agudos por um modelo de crônicos, o desafio é a resposta oportuna às necessidades de qualquer natureza expressas pela cidadania, que serão diferentes na heterogeneidade do território brasileiro. Todavia, essas diferenças devem ser alicerçadas pela efetivação do direito à saúde, contribuindo para a diminuição das imensas desigualdades sociais de nosso país.

O desafio do cuidado aos usuários com condições crônicas nas Regiões e Redes de Saúde

Um dos muitos desafios do SUS foi/é o de transformar uma insuficiente Rede de serviços de saúde, voltada apenas para o atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, em um sistema de saúde capaz de enfrentar a nova situação epidemiológica e demográfica da sociedade brasileira. Quanto ao cuidado aos usuários com condições crônicas, avanços foram obtidos decorrentes da: expressiva ampliação da oferta de serviços de APS; da facilitação do acesso; da maior disponibilidade de serviços de procura regular; da política de assistência farmacêutica, entre outros. Há evidências bibliográficas desses impactos sobre a saúde da população: na redução da mortalidade cardio e cerebrovascular¹²; e nas inequidades raciais destas interações¹³; além da diminuição da inequidade no acesso aos serviços de saúde¹⁴, entre outros.

No entanto, esses avanços foram insuficientes para proporcionar um cuidado integral a esses usuários, que ao longo da vida necessitam acessar com frequência vários pontos da Rede de atenção, diferentes categorias profissionais e ser beneficiários de ações de promoção e prevenção contínuas, além de desenvolver habilidades para o autocuidado. Vale ressaltar que essa questão

não é exclusiva do sistema de saúde brasileiro, como atesta farta bibliografia^{15,16}.

A organização de RAS tem sido destacada na literatura, bem como por organismos multilaterais como a OPAS, como uma forma de articulação de ações e serviços, com potencialidades para diminuir a fragmentação do cuidado, o que é essencial no cuidado aos usuários com condições crônicas, especialmente àqueles com mais de uma condição^{16,17}. No entanto, como afirma Paim³, é preciso qualificar esse debate, visto que as RAS construídas em sistemas universais de saúde baseiam-se em importantes mecanismos de coordenação do cuidado clínico, protocolos, articulação funcional entre profissionais dos diversos níveis de atenção, enquanto aquelas implantadas em sistemas de mercado são centradas na competição. Assim, um dos pilares para a efetivação da RAS é a garantia da coordenação do cuidado. Ou seja, é necessária uma APS robusta, capaz de coordenar a navegação do usuário pelos diferentes pontos de cuidado, facilitando a prestação de serviços e ações de saúde em local e tempo oportunos. Dado o perfil econômico e de porte populacional da maioria dos municípios brasileiros, é impossível que serviços de base municipal sem escala regional consigam oferecer esse cuidado. Outro ponto a destacar é a grande presença do setor privado sem ou com finalidade de lucro e dos grupos de empresariamento médico, que vendem serviços ao SUS em diversos pontos do país, especialmente nos serviços de diagnóstico; sua lógica de mercado e o frequente monopólio são difíceis de serem enfrentados pela maioria dos municípios brasileiros isoladamente.

A implantação da RAS e da Rede de Cuidado aos Pacientes com Doenças Crônicas ainda é um projeto em curso. Diversos estudos conduzidos em várias localidades brasileiras identificaram avanços e obstáculos nesse processo. Quanto aos avanços, destaca-se que a coordenação do cuidado foi potencializada pela expansão da cobertura da APS e de serviços de especialidades médicas; dos sistemas de regulação e contratação de serviços, além do desenvolvimento de instrumentos para a coordenação clínica e informacional¹⁸⁻²⁰. Por outro lado, há evidências de que os percursos dos usuários não respeitam as pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde^{21,22}. Ademais, nas regiões de saúde, as trajetórias assistenciais dos usuários acabam por ramificar-se pelos serviços, ficando cada vez mais pulverizados à medida que os serviços são fragmentados. Em síntese, os usuários buscam e criam maneiras de acessar os

serviços de saúde que desafiam a racionalidade destes mesmos, ou seja, articulam fluxos para sobrevivência ou que respondam a suas demandas reais ou simbólicas.

Na pesquisa Região e Redes, optou-se por co-tejar a visão dos gestores sobre o papel da APS no cuidado aos usuários com condição crônica com o caminho real de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acometidos pelo Acidente Vascular Encefálico (AVE), como forma de identificar constrangimentos e potencialidades na forma como o cuidado a esses usuários é efetivado nas mais distintas regiões de saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os gestores, e foi utilizado o mapeamento dos itinerários terapêuticos (IT) dos usuários; a metodologia do IT tem inúmeras potencialidades na análise de Regiões e Redes^{21,22}.

Os resultados demonstram a visão de dois mundos distintos: o dos gestores e o dos usuários, que algumas vezes interagem. Na visão dos primeiros, embora seja identificado certo consenso de que a APS deveria ser a porta de entrada do sistema, há também o reconhecimento da existência de entraves para essa efetivação, como: preferência da população por atendimentos mais pontuais e rápidos; falta de médicos com adequada formação generalista; dificuldades para acesso às Unidades Básicas de Saúde (especialmente horário de funcionamento); baixa capacidade resolutive; a intermitência na dispensação de medicamentos, entre outros. Contudo, o que mais chama atenção é que os gestores reproduzem a linha de argumento das diretrizes das políticas nacionais de Atenção Básica, como se a formulação política fosse suficiente para a consecução desta. Questionados, afirmam, na maioria dos casos, a existência de uma atenção adequada aos usuários com HAS, até mesmo após a ocorrência do AVE, no *locus* da APS.

Por outro lado, os ITs mostram que os serviços de APS são pouco reconhecidos pelos usuários como lugar de cuidado regular e porta de entrada para acessar os demais recursos em saúde. Ainda prevalece a visão da APS como locus de busca e acesso a procedimentos simples, como medicamentos ou aferição da pressão arterial. As ações de promoção e prevenção das doenças crônicas apareceram de forma muito secundária, o vínculo com a APS não é claro. Ademais, para todos os entrevistados, a navegação no sistema é feita pelo próprio paciente e/ou sua família.

Em todas as regiões, observou-se a presença de *mix* público-privado com o pagamento direto de: exames de imagem, reabilitação, consultas

com especialistas, entre outros. Estes serviços eram acionados como forma de suprir as deficiências/demoras do SUS. Vale ressaltar que essa situação não era identificada pelos gestores, que viam os usuários como exclusivos do SUS.

No tocante ao episódio agudo do AVE, o acesso ao SAMU foi muito diferente nas diversas regiões: em alguns casos foi exemplar, em outros foi claramente insuficiente, denotando as diferenças regionais dessa política nacional. O mesmo aconteceu em relação às referências para internação – na maioria das regiões, não houve perambulação em busca do atendimento, mas em alguns casos, como na Região da Costa Doce/Carbonífera no Rio Grande do Sul, esses relatos foram frequentes.

A ausência de integração, e de mecanismos formais, entre os diversos serviços e seus profissionais foi a tônica da fala dos usuários, surgindo nas entrevistas dos gestores. Sem dúvida, evidenciou-se cenário de alta fragmentação do sistema e quase ausência de redes regionalizadas nos casos analisados. Embora se reconheça que a expansão dos serviços de APS foi muito positiva ao cuidado dos usuários com doenças crônicas, esta expansão foi/é insuficiente para garantir o cuidado necessário se não estiver articulada ao processo de regionalização e constituição de redes não fragmentadas. Isto remete a romper com uma dicotomia ainda presente no País: a qual opõe um enfoque preventivo e mesmo preventivista identificado no senso comum com a APS, com o processo de diagnóstico/tratamento/reabilitação hoje fortemente ancorado nos serviços especializados ambulatoriais e de internação. Saída possível para essa dicotomia seria resgatar a promoção da qualidade de vida e da saúde como política pública e modo de atenção que enfrenta as determinações sociais, exposições, agravos e consequências sociais e individuais dos agravos em plano transetorial, mas resgatando o potencial ordenador da promoção como estratégia para integrar as dimensões preventivas, educativas, de diagnóstico, tratamento e reabilitação em todas as dimensões das RAS e dos sistemas regionais e estaduais de saúde e definindo opções coerentes de modelos de provisão de serviços.

O papel da assistência hospitalar nas Regiões e Redes de Saúde

Outra dicotomia que precisa ser vencida é a quase oposição entre a APS e a atenção hospitalar, tendo levado a um abandono da última como objeto de reflexão estratégica para o SUS

em função de um discurso crítico ao hospitalocentrismo. Nesse debate estratégico a atenção hospitalar foi marginalizada, sem um adequado exercício avaliativo de sua insuficiência estrutural e sua efetividade sistêmica e, portanto, sem promover uma reforma hospitalar que integrasse e reorientasse estes equipamentos às RAS, fortalecendo assim também o desempenho da APS, das urgências e do cuidado em regime de internação – inclusive não hospitalar de larga permanência.

Sobre essa marginalização do debate hospitalar, cabe destacar o contexto desse cenário, dado que há uma redução contínua dos leitos hospitalares e aumento do número de estabelecimentos hospitalares no País, levando a um estoque geral de leitos inferior a 2,1 por mil habitantes, e no SUS de menos de 1,5 por mil habitantes²³, caracterizando uma enorme diferença quando comparamos número de leitos em sistemas universais na OCDE com ofertas de pelo menos 3 por mil habitantes²⁴. Observa-se um fluxo assimétrico concentrando demanda em 25% de leitos permanentes saturados, com mais de 70% dos leitos com taxas de ocupação insuficiente com 0,8 leitos efetivos por mil habitantes e com grande diferença de oferta entre regiões. A consequência dessa realidade é um tempo de espera muito dilatado para internação via serviços de urgências e via agendamento de internações eletivas (dado que 75% das internações são realizadas via serviços de urgências), resultando em sobremortalidade e maior número de complicações e custo acumulado por paciente²³.

A análise dessa situação e a proposição de uma reforma hospitalar do SUS, em 2004, e a adoção da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em 2013, não resultaram em um enfoque sistêmico do problema apesar de documento teórico que o propunha²⁵.

Entre 2003 e 2004, o debate da atenção hospitalar no SUS foi marcado pela percepção de uma crise, caracterizando as orientações políticas para esse setor como fragmentadas e inespecíficas. Buscou-se então constituir uma Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira que se contrapusesse à incapacidade ou insuficiência dos serviços hospitalares em responder às necessidades de saúde da população. Situação esta agravada pela desarticulação dos hospitais com o restante da Rede assistencial e pela concentração desses recursos assistenciais em cidades de médio e grande porte e nas regiões Sul e Sudeste. O Caderno dedicado à *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira*²⁶ organizou as várias dimensões da crise e as formas de enfrentá-las. Foram elencadas seis

dimensões no processo de discussão da situação complexa e desafiadora dos hospitais no SUS, são elas: Financeira; Política; Organizacional; Assistencial; Ensino e Pesquisa; e Social.

Nos atos subsequentes por parte do Governo federal, essa análise sistêmica foi substituída por um conjunto de medidas conjunturais para resolver o desfinanciamento que atingia os hospitais de pequeno porte, hospitais escola, hospitais universitários e hospitais filantrópicos, mais tarde, em 2011, incentivos para hospitais da Rede Cegonha e de Urgências e Emergências também distribuíram incentivos sem promover a organização sistêmica que integrara os hospitais entre eles e os hospitais com a APS e Rede ambulatorial especializada não hospitalar²³.

A tentativa de ordenar a política hospitalar e de estabelecer marcos para sua integração nas RAS apontou para a constituição da PNHOSP, a qual, em 2013, também renunciou a uma proposta sistêmica que pudesse ser implementada e terminou em diretrizes que carecem de implementação coordenada até o momento²³.

No entanto, experiências positivas vêm sendo implementadas. O uso da metodologia da *Démarche Strategique* do autor francês Crema-dez²⁷, utilizando o marco ampliado dos sistemas complexos adaptativos⁷, tem permitido que em quatro estados brasileiros ocorra um avanço na inserção de núcleos de produção do cuidado hospitalar em linhas de atenção e de cuidados que localizam os hospitais nas Redes e sistemas regionais de atenção, desconstruindo o hospital como unidade para apresentá-lo como um condomínio de serviços com diferentes inserções escalares nos sistemas regionais e estaduais²⁸. Nessas experiências, fica claro que os hospitais não se viabilizam sem uma inserção orgânica com a APS e esta não se viabiliza sem uma integração sistêmica com os hospitais e também com a atenção especializada.

Igualmente, fica clara a necessidade dos governos estaduais liderarem a organização regional e estadual da oferta especializada e hospitalar nesse contexto de construção sistêmica, liderada

a APS pelos municípios em escala regional, cabendo aos estados a unificação e a promoção da governança democrática dos processos de planejamento/programação, regulação e contratualização integradas de natureza regional, o que implica efetiva descentralização de capacidades técnicas e decisão política para as regiões e fortalecimento dos processos integrados da gestão das unidades hospitalares mediante a unificação dos processos contratuais da Rede estatal de administração direta, de administração indireta e contratada estatal e privada, para conseguir implementar a devida inserção dos serviços hospitalares em um desenho sistêmico de RAS e linhas configurando espaços de forte participação dos prestadores e lideranças profissionais na construção participativa do Sistema.

Considerações finais

Duas ordens de problemas sobressaem nesse processo de criar regiões e redes: a primeira, refere-se à necessidade de uma liderança institucional, no caso a ser exercida pelos estados da federação; segundo, a necessidade de engajar profissionais de saúde (e, em específico, os médicos) como agentes de mudança, ao lado do incentivo à maior participação dos usuários nas decisões políticas.

O segundo ciclo político de organização do SUS não teve a potência política do primeiro, justamente porque não criou uma base política de sustentação com força para redefinir ações, engajar agentes e incentivar parcerias institucionais de diferentes tipos e natureza.

Muito (ainda) vamos escrever sobre os desafios, saídas e impasses desse novo ciclo, mas com certeza suas debilidades já são claras o suficiente para demandarmos de todos responsáveis, políticas públicas mais efetivas, novos ambientes institucionais mais voltados para cooperação e novos arranjos de participação e controle social, sem o qual (possivelmente) as tarefas que apontamos ao longo do texto não poderão ser desenvolvidas.

Colaboradores

ALD'Á Viana, A Bousquat, GA Melo, A De Negri Fiho e MG Medina trabalharam na concepção, pesquisa e redação final do artigo.

Referências

- Viana AL, Ferreira MP, Cutrim MAB, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, Pereira APCM, Mota PHS, Iozzi FL, Uchimura LYT. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2017; 17(Supl. 1):S27-S43.
- Viana AL, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MAB, Uchimura LY, Fusaro ER, Souza MR, Mota PHS, Pereira APCM, Iozzi FL, Albuquerque MV. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2017; 17(Supl. 1):S17-S26.
- Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-491
- Mello GA, Viana AL. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist. cienc. saúde -Manguinhos* 2012; 19(4):1219-1239.
- Santos BS. *A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2008.
- Bloch E. *O Princípio Esperança*. Rio de Janeiro: Contraponto, Ed. UERJ; 2005-2006.
- Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carrol S, Bitz J. Large-System transformation in health care: A realist review. *The Milbank Quarterly* 2012; 90(3):421-456.
- Marchildon GP, Hutchison B. Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy* 2016; 120(7):732-738.
- Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. *Accessibility and Continuity of Care: A Study of Primary Healthcare in Québec. Research report presented to the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Health Services Research Foundation*. Montreal: Gouvernement du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine; 2009.
- Martin LT, Plough A, Carman KG, Leviton L, Bogdan O, Miller CE. Strengthening Integration of health services and Systems. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35(11):1976-1981.
- Kuschnir R, Chorny A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.
- Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349:g4014
- Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *Tsai PLoS Medicine* 2017;14(5):e1002306.
- Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. *Int J Equity Health* 2012;11:33.
- Hudon C. Case management in Primary Care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med* 2015; 13(6):523-528.
- Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique* 2015; 27(Supl. 1):129-135.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Family practice* 2015; 32(1):82-87.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):783-794.
- Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31(6):736-748.
- Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1141-1154.
- Fausto MCR, Campos EMS, Almeida PF, Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Carneiro A, Jerônimo AS, Aleluia IRS, Borges GA, Mota PHS. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. *Rev. bras. saúde matern. infant.* 2017; 17(Supl. 1):S63-S72
- De Negri Filho AA. *Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Series: Health at a Glance*. Paris: OECD Publishing; 2015.
- Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 30 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Especializada: Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira*. Brasília: MS; 2004.
- Uribe Rivera FJ. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cad Saude Publica* 1997; 13(1):73-80.
- Ligress, HCor. *Informe do Projeto PROADI SUS 2015 - 2017 de Plano Diretor de Redes Hospitalares nos Estados do Amazonas, Espírito Santo, Pará e Sergipe*. São Paulo: Ligress, HCor; 2017. Mimeo.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 01/03/2018

