



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Fernandes da Silva, Silvio

Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de
Saúde (Brasil)

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 6, junio, 2011, pp. 2753-2762

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)

The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System

Silvio Fernandes da Silva¹

Abstract This article examines the causes of the segmentation/fragmentation in the healthcare process and the benefits of the constitution of networks set up to rationalize expenditures, optimize resources and ensure care tailored to the needs of the users. Its main purpose is to analyze the current challenges facing Brazil's Unified Health System, in order to promote improved integration between services. Among the challenges, those related to the insufficiency of resources due to low public funding, the training and education processes and their effects on the availability of health professionals to work in the public health system and the difficulties in the decentralization of health services and actions in the context of the Brazilian Federation Pact should be stressed. The paper concludes that, besides the efforts to tackle these challenges, the organization of regionalized networks integrated with the Unified Health System also depends on the improvement of intergovernmental management in the health regions to bolster the agreement on responsibilities among the government areas and the qualification of primary healthcare to coordinate care and ensure its continuity at other levels of the system.

Key words Integrated delivery systems, Regionalization, Comprehensive health care, Primary health care, Unified Health System

Resumo O artigo refere-se às causas da segmentação/fragmentação na atenção à saúde e aos benefícios da integração e constituição de redes para racionalizar gastos, otimizar recursos e promover uma atenção condizente com as necessidades dos usuários. Tem como principal objetivo analisar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes. Entre os desafios abordados, destacam-se os relacionados à insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público, aos processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização dos profissionais para o sistema público e às dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro. O artigo conclui que, além de esforços para enfrentar esses desafios, a organização de redes regionalizadas e integradas no SUS depende de aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre as esferas de governo e de qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis do sistema.

Palavras-chave Redes de atenção à saúde, Regionalização, Assistência integral à saúde, Atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde

¹ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Eplanada dos Ministérios, bloco G, anexo, ala B, sala 144. 70058-900 Brasília DF.
silvof@sercomtel.com.br

Introdução

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. Iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação no cuidado à saúde podem ser identificadas, por exemplo, no relatório Dawson¹, publicado na Inglaterra em 1920. Entre seus objetivos, este relatório propunha disponibilizar os serviços de saúde segundo as necessidades da população e integrar as ações curativas com as preventivas.

Na época atual, a intensidade da fragmentação observada nos diferentes países é muito diversa. Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde destacava as seguintes causas para isso: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração².

Na América Latina, de acordo com Conill e Fausto³, a segmentação e a fragmentação têm como causa importante a concepção seletiva para o acesso aos serviços, que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia na continuidade do cuidado. Eles destacam que em muitos países do continente latino-americano a focalização da atenção primária à saúde (APS), restrita à população de baixa renda e constituída de um pacote básico de serviços, e a não garantia de acesso aos níveis de maior complexidade são fatores importantes.

Reformas que substituem a concepção seletiva no acesso por sistemas nacionais de saúde com acessibilidade universal representam uma condição que oferece condições mais favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas. Perdomo, *apud* Silva⁴, aponta as seguintes condições para a consolidação de sistemas universais de saúde: (1) gasto público superior a 6% do PIB, como condição necessária, mas não suficiente; (2) eficiência dos gastos e das instituições componentes; (3) participação da população na gestão dos serviços; (4) aliança público-privada subordinada às necessidades do sistema nacional de saúde; e (5) sistemas baseados na atenção primária à saúde.

Na maioria dos países do continente latino-americano, a maior relevância dada ao mercado

e a focalização do acesso à saúde, especialmente nas duas últimas décadas, têm como principal causa o baixo financiamento público. De acordo com Perdomo⁵, os gastos médios totais em saúde na América Latina e no Caribe situavam-se em 7% a 8% do PIB na década de 1990 e tiveram uma diminuição na seguinte, aproximando-se dos 7%, com uma porcentagem do gasto público “na grande maioria dos países do continente, inferior a 50% do gasto total” bem inferior ao observado nos países europeus com sistemas nacionais com acesso universal.

De acordo com Mendes⁶, as propostas mais recentes de integração em redes têm origem em experiências realizadas nos Estados Unidos – país que tem como características dispor de um sistema de saúde bastante segmentado e com forte hegemonia do setor privado – na primeira metade dos anos 1990⁶. Segundo este autor, essas experiências também influenciaram as propostas que posteriormente se desenvolveram na Europa Ocidental e no Canadá, que contam com fortes sistemas públicos com acessibilidade universal.

É importante distinguir as rationalidades predominantes nas propostas de integração presentes nos países europeus e no Canadá – que, embora com variações, enfatizam universalização do acesso, equidade e integração como princípios, e regionalização e hierarquização como estratégias – daquelas do sistema de saúde dos Estados Unidos da América. Neste país, as motivações têm relação com a necessidade de dar respostas a um sistema altamente competitivo, fragmentado e custoso, que utilizou estratégias de regionalização associadas à transferência de riscos financeiros e adoção de fortes mecanismos de controle do acesso aos serviços.

Deve-se lembrar que “redes” como alternativa para o planejamento de políticas tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações, e também que as transformações recentes do Estado impõem modelos de gestão que implicam parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais⁷. Castells⁸ de certa forma radicaliza ao afirmar que toda sociedade atual se organiza em redes. Destaca que as modificações nas tecnologias de informação e comunicação no contexto de reestruturação do capitalismo nas últimas décadas levaram à constituição de uma intrincada rede de relações, não apenas as de natureza política ou social, mas também biológica, econômica e tecnológica.

No Brasil, a construção do Sistema Único de Saúde reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Inamps. A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. Sobre isso, destaca Silva⁹: ***é importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início.*** O processo de descentralização com ênfase na municipalização na década de 1990 tem sido objeto de avaliação de diversos autores. Nesses estudos¹⁰⁻¹³, identificam-se a ampliação do acesso aos serviços, a inovação na gestão e o aumento da participação da população como os principais resultados favoráveis da municipalização.

A implementação do SUS contribuiu pouco, no entanto, para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização. A publicação, em 2001, da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001)¹⁴ teve como um dos seus principais objetivos suprir essa lacuna, dando proeminência à necessidade de formação de redes integradas. A NOAS teve muitas dificuldades de implementação e isso se deveu, segundo alguns autores, à proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostrou incoerente com as condições existentes¹⁵ e à não consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com o governo estadual¹⁷.

A regionalização retornou com mais força à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699^{16,17}, o Pacto se propõe a substituir o formato rígido da NOAS por pactuação mais flexível, que resulte em construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes. O Ministério da Saúde, nesse contexto, divulgou documento¹⁸ em que ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como ***estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das***

relações de interdependência entre os atores envolvidos¹⁸. Dificuldades inerentes ao processo de regionalização e formação de redes no atual contexto do sistema de saúde brasileiro com reflexões sobre os desafios a serem superados constituem o foco deste trabalho.

Importância, benefícios para os usuários e modelagem de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos.

Mattos¹⁹ e Magalhães Jr.²⁰ destacam três aspectos que consideram relevantes. O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade. Ou seja, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença.

Esses diferentes sentidos, que se somam para uma definição mais completa do significado de integralidade em saúde, tornam-se ainda mais relevantes quando se considera o progressivo crescimento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população mundial e de mudanças no estilo de vida contemporâneo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essas enfermidades ultrapassam 60% e deverão atingir 80% da carga total de doenças nos países em desenvolvimento em 2020²¹. As transições epidemiológica e demográfica nesses países são acompanhadas de aumento de incidência de doenças como hipertensão, diabetes, cânceres e depressão, com coexistência de enfermidades infectocontagiosas em índices elevados, outras denominadas emergentes e reemergentes como

HIV/Aids, hanseníase, tuberculose, novas viroses respiratórias etc., além de expressivo aumento de causas decorrentes da violência. Esse perfil nosológico, caracterizado por uma tripla carga de doenças – crônicas, infecciosas e da violência –, exige diferentes respostas dos sistemas de saúde. Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde.

Quanto à otimização dos recursos, as redes de atenção à saúde têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles.

Economia de escala é obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição dos custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios. Economia de escopo se obtém ampliando a gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos como ocorre, por exemplo, com unidades de APS de maior porte, que agregam alguns serviços ambulatoriais especializados e de diagnose-terapia. No entanto, deve-se levar em conta o acesso mais facilitado das pessoas ao procedimento assistencial, buscando um equilíbrio deste com escala/escopo, já que o acesso, assim como a eficiência econômica, é também um componente imprescindível da qualidade em saúde.

Estudos que atestem a efetividade e a racionalização de gastos em sistemas integrados em redes são mais facilmente encontrados quando se trata de aferir os benefícios dos cuidados para situações específicas como na atenção à Aids, nas redes de saúde mental e atenção hospitalar, entre outras, tal como apontam Hartz e Contandriopoulos²². Esses autores destacam que ainda persistem lacunas na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde em seu conjunto.

Outro aspecto importante é a relação entre os níveis de atenção da rede assistencial. A mode-

lagem para articular esses níveis não deve ser na forma piramidal, que habitualmente situa os serviços de APS na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, da base para o topo. Os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência, de forma tal que os clássicos instrumentos de referência e contrarreferência entre níveis de atenção em um modelo piramidal não se mostram adequados. Um princípio importante a ser adotado é o do sistema em redes usuário-centrado, no qual devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades.

Os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: (1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; (2) os serviços de saúde “ ou pontos da rede “ devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e (4) o sistema de governança.

Embora as redes não precisem necessariamente de territórios definidos, isso representa uma evidente vantagem. Essa condição favorece uma definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas. Tem sido uma condição considerada imprescindível quando se pretendem cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Além disso, oferece melhores condições para construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde^{2,6,23}.

No trinômio espaço territorial/população/serviços de saúde, deve-se enfatizar a importância primordial da atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção. O papel-chave da APS para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde tem sido enfatizado por numerosos autores^{3,24-27}, e seu fortalecimento depende de um conjunto de condições entre as quais se destacam: (1) disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da saúde da comunidade, com utilização das melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais pre-

valentes; (2) ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde; (3) gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; (4) escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos generalistas nas situações de maior prevalência, tais como cardiologia, ortopedia, entre outras; e (5) integração matricial com os especialistas²³.

Os demais serviços que compõem as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde têm como objetivos suprir as necessidades de oferta ambulatorial especializada, hospitalar, de suporte diagnóstico, de assistência farmacêutica e de transporte. A distribuição desses pontos nas regiões de saúde deve atender critérios de economias de escala, escopo e acessibilidade.

A logística para orientar o acesso e o fluxo dos usuários nas malhas das redes pressupõe meios de identificação individual das pessoas, melhor conhecimento das famílias e das condições clínicas dos usuários e cadastramento dos profissionais e prestadores de serviço. Além disso, define as normas para regular o acesso e o fluxo dos usuários, com destaque para a utilização de protocolos técnico-assistenciais.

A implementação de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos que atendam necessidades mais singulares da população da área são indispensáveis para a qualificação do cuidado. As “linhas de cuidado” são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas. Normalmente se aplicam a doenças como diabetes, asma, dor lombar, transtorno depressivo, entre outras. “Projetos terapêuticos singulares” também utilizam linhas de cuidado, mas são mais específicos e visam planejar e monitorar a atenção individual de pessoas portadoras de doenças ou condições graves, tais como crianças prematuras, transplantados, portadores de lesões de medula espinhal, Aids, por exemplo.

Finalmente, os sistemas de governança compreendem o conjunto dos arranjos institucionais necessários para a cooperação das instituições, organizações e atores sociais e políticos que participam das redes de atenção à saúde. A governança regional abrange as atividades de coordenação, gerenciamento e financiamento da saúde na região e visa construir propostas que motivem os participantes para a integração e transparência na gestão e execução das ações de saúde, possibilitando o controle da sociedade sobre os processos¹⁷. Financiamento em volume minimamente suficiente é uma das condições necessárias para uma boa governança, mas as redes de atenção à saúde exigem também um adequado sistema de incentivos para que os prestadores de serviço se motivem a aderir aos objetivos estabelecidos para o trabalho em rede.

Desafios para a consolidação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS

O baixo financiamento do SUS - em torno de 3,5% do PIB - é uma das principais dificuldades para que as redes contem com recursos suficientes para atender às necessidades assistenciais. O gasto nacional total em saúde no Brasil tem se mantido em torno de 8% do PIB, e o setor público participa com menos de 50% deste valor. Outros desafios, tais como a relação entre as esferas de governo e suas atribuições no contexto da descentralização da saúde, a gestão intergovernamental nas regiões e a integração em um modelo assistencial no qual a APS tenha centralidade, serão abordados a seguir.

Suficiência de recursos assistenciais

Apesar de a cobertura assistencial no SUS, especialmente na área ambulatorial, ter aumentado nestas duas últimas décadas, a oferta de recursos ainda é insuficiente para atender às necessidades da população. A expansão se deu quase exclusivamente pelos municípios, induzidos pelo governo federal por transferências de recursos financeiros através de incentivos para implantar serviços e programas, e existem indícios de que há um esgotamento nessa forma de expansão.

O crescimento na oferta assistencial ambulatorial foi expressivo. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as unidades de saúde passaram de 16.319, em 1992, para cerca de 40.000, em 2008, e a produção de serviços ambulatoriais, segundo o SIA/SUS, de 1.250.612.021 procedimentos em 1996 para 2.404.857.167 em 2006, o que corresponde a um aumento de 92% no período. O número de agentes comunitários de saúde (ACS), 29.000 em 1994, supera 235.000 em 2010, e as

equipes de Saúde da Família, 300 em 1994, ultrapassam 35.000 em 2010.

Apesar de, evidentemente, positiva para ampliar o acesso, a expansão de cobertura não tem se mostrado suficiente para atender na plenitude às necessidades assistenciais dos usuários do SUS. Para ilustrar, o número de consultas médicas por usuário do sistema público situa-se em 2,5 por ano, enquanto nos países da Organização para a Cooperação Econômica Europeia (OECD), com sistemas universais, varia de 5 a 9²⁸.

Os indícios de esgotamento dessa forma de expansão se expressam no crescimento dos gastos municipais - já que os incentivos cobrem apenas parte dos custos de implantação - e em restrições legais para contratação de pessoas. Os gastos municipais em saúde, que já vinham crescendo na década de 1990 e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Banco Central representavam 0,62% do PIB em 2000, continuaram a subir nesta última década, atingindo 1,07% em 2007. Os empregos públicos em saúde, principal componente de gastos de funcionamento dos novos serviços, que em 1980, segundo o IBGE, eram 43.086, perfaziam 997.137 em 2005, o que corresponde a um aumento superior a 2.000% nesse período.

A maioria dos municípios compromete em torno de 20% do orçamento municipal com saúde - lembrando que a Constituição estabelece 15% como limite mínimo - e muitos atingiram os limites de gastos com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Um dos efeitos colaterais dessa situação é a contratação de profissionais de saúde através de parcerias com instituições privadas para driblar a LRF, mas que deixam os gestores municipais em situação de fragilidade perante o Ministério Público do Trabalho pela dubiedade da legislação nesse aspecto. Outro é a precarização nas formas de contratação, com prejuízos aos direitos dos trabalhadores, o que contribui para aumentar a rotatividade.

Equilíbrio entre indução, autonomia e regulação entre as esferas de governo no processo de descentralização

A indução federal para os municípios assumirem responsabilidades crescentes na assistência à saúde desconsiderando restrições do pacto federativo brasileiro, especialmente após a década de 1990, tem sido motivo de preocupação dos gestores municipais há algum tempo, especialmente pelo impacto na folha de pagamento. No início dessa década, em 2001, Silva²⁹ apontava a

área de recursos humanos como um dos pontos de estrangulamento do SUS. Afirmava o autor:

A inserção de novos profissionais de saúde no SUS, mesmo tendo sido crescente nas duas últimas décadas, tem sido ultimamente constrangida por fatores conjunturais e estruturais que poderão ter forte repercussão negativa na agenda futura do SUS³⁰.

Para enfrentar tal desafio, esse autor propunha, na época, que se regulamentasse uma legislação compatível com o contexto da descentralização da saúde e que os municípios fossem apoiados solidariamente pelos outros níveis de governo.

Em 2007, Silva e Silva³¹, analisando os desafios da gestão municipal para a sustentabilidade da expansão dos serviços do SUS, apontaram para a necessidade de revisão do pacto federativo, redefinindo as responsabilidades e atribuições entre os entes federados, e propuseram a realização de uma reforma tributária que ajustasse os tributos às responsabilidades assumidas e a revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para a saúde. Consideraram também que a criação de um fundo especial tripartite para contratação de trabalhadores para o SUS seria uma alternativa a ser considerada, pois poderia substancialmente operacionalmente a necessária solidariedade entre as esferas de governo na estruturação da força de trabalho no SUS.

De acordo com Arretche³², é natural que os governos centrais procurem induzir as esferas subnacionais a implementar as políticas necessárias para a consolidação de um sistema de saúde forte e extensivo a todo o território nacional. Acha necessário, no entanto, que seja preservado um grau razoável de autonomia dos governos subnacionais para que eles adaptem o modelo de saúde às peculiaridades regionais e locais. Para garantir a unidade do conjunto das políticas e o uso adequado dos recursos transferidos, mecanismos de regulação devem ser instituídos. O triângulo indução, autonomia e regulação deve ter um equilíbrio para que as relações entre os entes federados seja harmônica. O excesso de indução da década de 1990, especialmente após a vigência da NOB SUS 01/96³³, sem considerar os reflexos de longo prazo, foi um dos fatores importantes da expansão não sustentada dos recursos assistenciais do SUS^{23,29}.

Planejamento e gestão intergovernamental nas regiões de saúde

O Pacto pela Saúde tem a integração regional como um de seus principais objetivos. Estudos que avaliam sua implementação têm mostrado

que nos aspectos formais – tais como rever e adequar os marcos geográficos da regionalização, constituir os colegiados regionais previstos, programar oferta de serviços etc. – ocorreram avanços. Mudanças mais substantivas que promovessem integração regional decorrentes de pactuações entre gestores induzidas pelo Pacto pela Saúde, no entanto, foram pouco observadas³³.

Entre os motivos, pode-se destacar a desarticulação no planejamento nas regiões de saúde. Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), segundo o Pacto pela Saúde, têm a responsabilidade de elaborar diagnósticos e propor e implementar planos de intervenção visando qualificar o cuidado e integrar serviços nas regiões de saúde. Nos estados em que os CGR têm se empoderado, ou seja, em que há um processo de legitimação e institucionalização dessas arenas políticas, a condição para mudanças fica mais favorável. Para que isso aconteça, um dos fatores importantes é a incorporação da agenda da regionalização do Pacto pela Saúde pelas secretarias estaduais de saúde.

Essa, no entanto, não é uma condição presente na maioria dos estados da federação, e isso se explica pela fragilidade institucional na implementação do Pacto pela Saúde, pois a adesão a ele em seus aspectos substantivos e não meramente formais depende da vontade política dos governantes. Para superar esses desafios, Santos e Andrade^{34,35} propõem a constituição da “rede interfederativa de saúde”. Essa proposta fortaleceria os vínculos entre os entes públicos envolvidos através de contratos que definiriam melhor as responsabilidades, reforçando a institucionalidade no planejamento regional. Seja através de contratos ou de outros instrumentos legais, o fato é que a consolidação da regionalização da saúde no SUS depende da potencialização de esforços das três esferas de governo, e isso só ocorrerá em um país federativo de dimensões continentais como o Brasil com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais em vigor.

Integração entre os serviços com centralidade na APS

A grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para o médico, constituem duas dificuldades importantes. De acordo com dados de pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego no PSF, realizada pelo Nescon/FM/UFGM em 2006, 60% dos médicos de Saúde da Família, por exemplo, ficam menos de dois anos no posto de trabalho.

A oferta de médicos é insuficiente nas regiões mais afastadas e inclusive nos grandes centros, para a APS e também para outras especialidades. Além disso, no Brasil é baixa a proporção de médicos generalistas entre os profissionais em atividade. Na Espanha, por exemplo, correspondem a 37% do total de médicos em atividade, na Bélgica a 46%, na França a 54% e no Reino Unido a 60% (Giovanella *apud* Silva²³). No ano de 2007, o Brasil contava com 243.302 médicos atuantes. Deste total, 18.669 trabalhavam na saúde da família, e mesmo entre esses apenas uma pequena parte tem a formação de generalista²³.

Outro desafio considerável é romper com características hegemônicas do modelo de saúde, centrado em procedimentos, e organizar a produção do cuidado a partir das necessidades do usuário, instituindo um modelo usuário-centrado, conforme enfatizado por diversos autores³⁶⁻³⁸.

Identificam-se diversos movimentos nessa direção. Um deles está sendo implementado no Brasil na perspectiva de aperfeiçoamento de gestão da clínica em redes de atenção à saúde e hospitais do SUS^{39,40}. Movimentos nesse sentido tiveram origem ao final da década de 1990 na Grã-Bretanha, quando o National Health Service (NHS), com a denominação de governança clínica, propôs uma série de medidas que basicamente procuravam garantir a qualidade dos serviços por utilização de padrões nacionais, trabalhos colaborativos entre os diferentes serviços e autoridades envolvidas e aumento da confiança dos usuários no NHS. Em 1998, Scally e Donaldson²³ definiram governança clínica como uma proposta na qual as organizações de saúde procuravam melhorar continuamente os seus serviços e manter elevados padrões de cuidado, sem contrariar, no dizer de Mintzberg⁴¹, sua condição de organizações profissionais, que segundo esse autor têm como essência depender basicamente de seus operadores. Em outras palavras, pode-se compreender a gestão da clínica como uma ponte entre os operadores do cuidado à saúde e os gestores na busca de consensos para qualificar a atenção ao usuário.

No SUS, a operacionalização das propostas de gestão da clínica nas redes de atenção à saúde tem sido enfatizada por alguns autores. Mendes⁶ propõe “trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade”, com utilização de tecnologias de gestão da clínica orientadas por diretrizes clínicas que se desdobrariam em gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera, gestão de patologias e adoção de protocolos clínicos e linhas-guia, entre outras.

Campos³⁸ tem divulgado a proposta de “co-gestão da clínica”, que procura compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/organização e clínico/equipe visando obter condições mais favoráveis para a efetivação da clínica ampliada. Esta tem como fundamentos a valorização dos aspectos sociais e subjetivos, sendo mais adequada para enfrentar as singularidades presentes no trabalho em saúde. Nessa proposta, é dada ênfase à participação do paciente como sujeito do processo de cuidado à saúde e à utilização de estratégias para incorporar os conceitos de gestão da clínica nas organizações de saúde, tais como: atuação multiprofissional em visitas clínicas; criação de equipes de referência para um conjunto de pacientes; elaboração de projetos terapêuticos singulares para casos e situações mais complexas; e adoção de formas interativas para suporte especializado, através de equipes matriciais⁴².

Considerações finais

A integração da saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis. Condições e estratégias ne-

cessárias para avançar na integração dependem do momento histórico e dos marcos político, econômico e técnico que delimitam a organização dos sistemas de saúde; portanto, a investigação sobre a integração em saúde deve considerar os elementos contextuais presentes em cada país.

Os obstáculos estruturais e conjunturais que dificultam a efetivação plena dos princípios da reforma sanitária brasileira, tais como o baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde, constituem desafios importantes que devem ser considerados na avaliação da integração da saúde no SUS.

Além destes, dificuldades mais específicas como as inerentes à institucionalidade para o planejamento e gestão intergovernamental nas regiões de saúde e à gestão da produção do cuidado, com implementação de modelos de gestão e de atenção à saúde que deem centralidade à APS tanto para coordenar o cuidado quanto para ordenar as redes de atenção, são desafios também presentes no contexto do SUS. Propostas de integração e constituição de redes de atenção à saúde no SUS terão chances reduzidas de avanço se utilizarem modelos prescritivos sem considerar esses elementos contextuais e as estratégias necessárias para que as mudanças aconteçam.

Referências

1. Dawson B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. (Publicación Científica, nº 93).
2. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2008. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas).
3. Conill EM, Fausto MCR. *Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. Proyecto EUROSocIAL Salud, Intercambio "Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria com otros Niveles de Atención"* [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD; 2007. [acessado 2010]. Disponível em: http://www.eurosocialsalud.eu/docs/p4_1_1_1/MzI=
4. Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate* 2009; 33(81):38-46.
5. Perdomo G. *Financiamiento de los sistemas de salud. Exposición en el segundo foro internacional: Reforma de EsSalud "Alternativas para un modelo tradicional agotado". Hacia una mejor atención de los asegurados, 26.09.2008*. Lima, Peru: [s.n.]; 2008.
6. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
7. Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
8. Castello M. *A sociedade em rede*. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
9. Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.
10. Teixeira SMF, organizador. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. *RAP* 1997; 31(3):195-298.
11. Brasil. Ministério da Saúde. A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas; jun. 1998. [acessado 2000 set 18] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.
12. Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 17-55.
13. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberais? [documento na internet]. [acessado 1998 out 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.
15. Silva SF, Dobashi BF. Pacto pela Saúde/2006: uma nova etapa na construção do SUS. In: Cerci Neto A, organizador. *Asma em saúde pública*. Barueri, SP: Manole; 2007.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União* 2006; 3 abr.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasil, nov. 2008. (mimeo, p. 54.).
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.
20. Magalhães Júnior HM. *O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte* [tese]. Campina, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2006.
21. Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
22. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):331-336.
23. Silva SF. Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: Idisa, Conasems; 2008. p. 151-201.
24. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet* 2009; 374:170-173.
25. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
26. Conill EM. *Analisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
27. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Pública* 2006; 22(5):951-963.
28. Conasems. *Comparação entre sistemas de serviços de saúde da Europa e o SUS: pontos para reflexão da agenda da atenção básica*. Belém: Conasems; 2008. (Relatório da oficina da Rede Américas).
29. Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
30. Silva EVM, Silva SF. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 2007; 40:7-12.

31. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):331-345.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
33. Silva SF, Souto Júnior JV, Bretas Júnior N. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes no SUS. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: Idisa, Conasems; 2008.
34. Santos L, Andrade LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas, SP: Idisa, Conasems; 2007.
35. Santos L, Andrade LOM. *Rede interfederativa de Saúde*. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: Idisa, Conasems; 2008.
36. Cecílio LCO. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica* 1997; 13(3):469-478.
37. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 67-92.
38. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
39. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde: caderno do curso/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2009.
40. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Gestão da clínica nos hospitais do SUS: caderno do curso/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2009.
41. Mintzberg H. *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. Nova York: Free Press; 1989.
42. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Pública* 2007; 23(2):399-407.