

Liderança e Gestão de Conflito

Unidade 1 — Os Principais Componentes do Conflito

Leitura Recomendada

Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: **A saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Scielo Books. [S.l.], v. 3. p. 143-182, 2013. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjwt/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>.

Modelos de organização e gestão da atenção à saúde

redes locais, regionais e nacionais

Assis Mafort Ouverney
José Carvalho de Noronha

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

OUVERNEY, AM., and NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde:
redes locais, regionais e nacionais**

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: REDES LOCAIS, REGIONAIS E NACIONAIS

*Assis Mafort Ouverney
José Carvalho de Noronha*

1 | INTRODUÇÃO

Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário sócioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc. (MUR-VEEMAN et al, 2003; DIAZ, 2004; GILLIES et al, 2003).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem atribuído forte destaque à formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referencia relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Diversos esforços de agenda convergiram para a formulação, em 2008, de um marco conceitual e operativo intitulado *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Esse marco resulta do debate qualificado de especialistas e gestores de centenas de países que, em oficinas de consulta regional, aprofundaram o conhecimento atual sobre o tema.

No Brasil, a Constituição de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

Entretanto, o processo de construção do SUS ao longo da década de 1990, em um contexto político e econômico adverso, privilegiou a expansão das

bases municipais de ações e serviços de saúde em consonância com a diretriz de descentralização. O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde adquiriu nova ênfase apenas no início da década de 2000, a partir das reflexões relativas ao aprofundamento do próprio processo de descentralização¹, na medida em que as reflexões convergiram para a necessidade de definir o espaço regional como locus essencial de construção do SUS. Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos municípios isoladamente não possui condições de garantir oferta integral a seus cidadãos.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS, editada em 2002, enfatizou a necessidade de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente, introduzindo elementos estratégicos de integração intermunicipal como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde (2006) ressalta a necessidade de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão dos Estados “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região” (BRASIL, 2006).

Na sequência, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011, do Ministério da Saúde, instituiu os Territórios Integrados de Atenção à Saúde — TEIAS como modelo de organização de redes de atenção à saúde adequado ao processo de consolidação do SUS, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O Território Integrado de Atenção à Saúde consiste em um conjunto de políticas, programas e unidades de atenção à saúde articulados no espaço de uma região de saúde de maneira funcional por meio de estratégias clínicas e estruturas públicas de planejamento, gestão e governança (BRASIL, 2007).

Recentemente, o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), estabeleceu novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde, valorizando a construção de relações colaborativas

1 O debate relativo à integração de ações e serviços por meio de processo de regionalização esteve presente na política nacional de saúde no Brasil em diversas experiências e formatos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde — PIASS (1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — PREV SAÚDE (1980), as Ações Integradas de Saúde — AIS (1982-1986) e o Sistema Único Descentralizado de Saúde — SUDS (1987). Na história recente do SUS, apesar da presença do conceito de redes regionalizadas como fundamento constitucional e da existência de diversas experiências espontâneas de estados e municípios, estratégias nacionais institucionalizadas de política direcionadas especificamente à integração regional voltaram ao centro do debate apenas com o processo de discussão e formulação da Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS, 2001 (KUSCHNIR, 2007).

entre os entes federados por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde e fortalecendo o papel de coordenação dos gestores estaduais e das comissões intergestores (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, considerando-se o esforço prospectivo voltado para o aperfeiçoamento da política de saúde do país para as próximas duas décadas, é importante buscar subsidiar futuras estratégias nacionais de organização da atenção à saúde nas diversas dimensões do sistema de saúde.

Esse texto tem como objetivo discutir a organização do cuidado à saúde visando a promoção da atenção integrada especificamente ajustada para a consolidação do Sistema Único de Saúde — SUS.

Para tal, o texto está organizado em cinco seções, incluindo essa introdução. A segunda apresenta uma discussão sobre as condições crônicas e envelhecimento populacional; a seguir, apresenta-se uma revisão do conceito de cuidado integrado e redes de atenção procurando abranger as diversas dimensões apresentadas na literatura. A quarta apresenta uma síntese da configuração e da dinâmica atual da oferta de ações e serviços de saúde do SUS e suas principais insuficiências, enquanto na última seção são apresentadas as linhas de pesquisa consideradas essenciais para compor uma agenda prospectiva de investigação nessa temática para o SUS.

2 | CONDIÇÕES CRÔNICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

As significativas mudanças observadas no perfil sócio-demográfico-epidemiológico nas últimas décadas impõem uma profunda reavaliação das propostas de organização e desenho de modelos assistenciais. O Brasil, sem deixar inteiramente para trás as “doenças da pobreza”, já se vê frente a frente com o amplo predomínio das doenças crônico-degenerativas, agravado por um elevado contingente de causas externas em seu perfil de morbimortalidade. A esperança de vida ao nascer cresce de maneira sustentada, a fecundidade se reduz também de maneira regular e a proporção de idosos na população cresce. Não há grandes probabilidades de que esses processos se interrompam nas duas décadas à frente. Nosso perfil aproxima-se aceleradamente daquele observado nos países mais desenvolvidos. Esses processos, entretanto, se dão de maneira desigual entre regiões e grupos sociais, obrigando que o ordenamento da atenção à saúde dê conta dessa desigualdade em um país de dimensões continentais.

Archie Cochrane (1972), na década de 1970, já chamava atenção para este processo de transição em que as doenças agudas que podiam ser curadas iam sendo substituídas por outras que requerem cuidados continuados e permanentes. Da mesma forma, como salienta Starfield,

as doenças crônicas, sejam elas resultantes de infecções (cada vez mais frequentemente virais ou fúngicas), traumas, anomalias de desenvolvimento, defeitos autoimunes, susceptibilidades genéticas ou degeneração celular, são um produto de múltiplas influências sobre a saúde. Já não existe um ‘agente’ culpado da causa das doenças, e “doença” em si não é mais um conceito simples. (STARFIELD, 2008).

O modelo assistencial de Leavell & Clark (1965) que propunha organização da assistência e da prevenção em saúde pelos níveis primários, secundário e terciário passa a requerer uma revisão profunda. Cada vez menos se poderá segmentar o atendimento das necessidades das pessoas em um nível determinado de organização do sistema assistencial. Também vence o modelo de maior resolubilidade de níveis inferiores do sistema, pois o que se trata agora é de atender às necessidades de cuidados das pessoas no nível de cuidado capaz de dar resposta a estas necessidades e, crescentemente, em determinados momentos da evolução da enfermidade, ele poderá estar em níveis de alta complexidade. Isto não exclui a observação de que a maior frequência de atendimentos continuará predominando nos níveis inferiores do sistema.

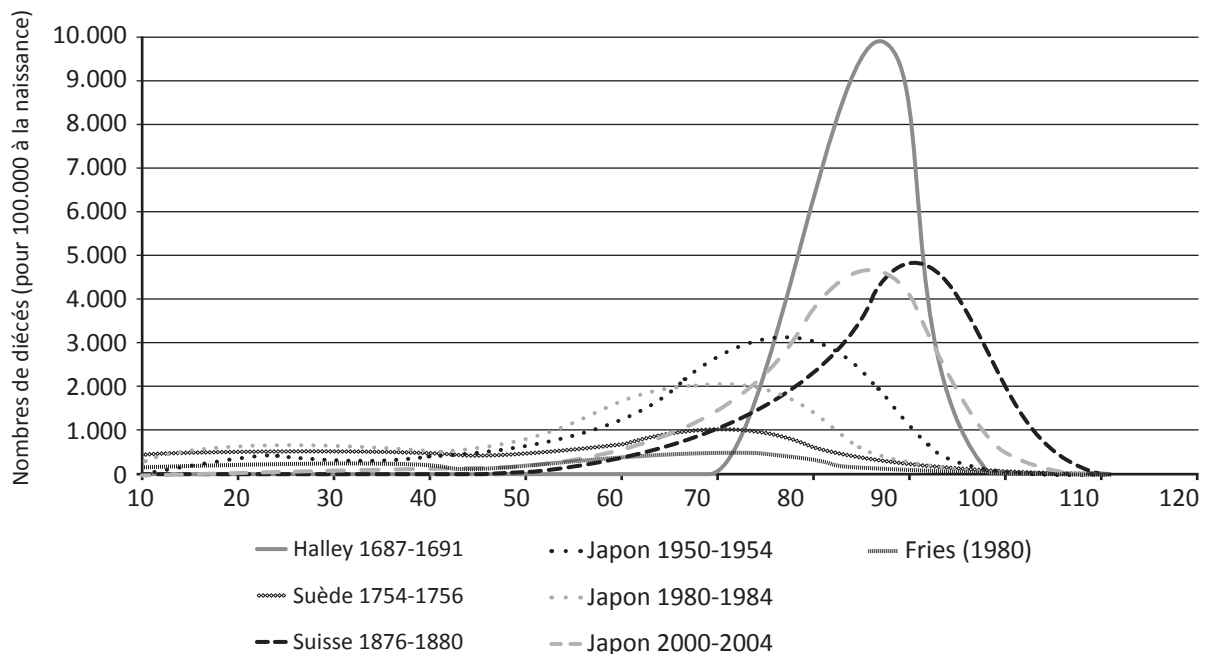
Raciocínio equivalente terá que ser desenvolvido quando da identificação dos “territórios” populacionais, das hierarquias locais dos serviços de saúde e do fluxo das pessoas em redes dinâmicas. Os recortes político-administrativos — que já se mostravam frágeis para que se lhes atribuisse um nível correspondente de responsabilidade sanitária, em função da diversidade de tamanhos e capacidades de estados e municípios — não mais se sustentam e menos ainda se sustentarão nos anos por vir. Os territórios com suas populações e suas ofertas de serviços de saúde e meios de transporte e comunicação serão crescentemente determinantes para o aumento da eficiência e efetividade dos cuidados prestados. As pessoas transitam continua e crescentemente em espaços contíguos a seus locais de residência (integração horizontal) onde os programas da chamada atenção básica, seja em suas modalidades tradicionais seja no modelo do programa de saúde da família exigirão interseções mais frequentes com os serviços sociais de apoio, associações comunitárias (além da intersetorialidade requerida para melhoria geral das condições de saúde) e um dinamismo e articulação maiores com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema.

Nolte e Mckee (2008) coordenaram uma publicação para o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde especialmente dedicada aos cuidados das pessoas com condições crônicas. A Organização Mundial da Saúde estabeleceu como “condições crônicas” aquelas que “requerem cuidados continuados por um período de anos ou décadas”, ultrapassando o conceito tradicional de doenças crônicas, como diabetes, asma ou insuficiência cardíaca, para incluir doenças transmissíveis para as

quais o avanço tecnológico transformou seu curso, como HIV-Aids, distúrbios mentais como esquizofrenia e incapacidades não classificáveis como doenças, como cegueira e problemas musculoesqueléticos (WHO, 2002).

O aumento da esperança de vida, sobretudo à medida que vão sendo superadas as mortes na infância, não se faz acompanhar de um aumento da idade modal de vida. Robine (2008), em trabalho sobre a evolução secular da mortalidade em adultos, examina a distribuição dos óbitos nos diferentes grupos etários, identificando a idade modal de morte (Gráfico 1). Este gráfico ilustra a relativa estabilidade dessa idade modal, que passa a era detectável na Suécia aos fins do Século XVIII, e na Suíça no Século XIX, que se situa em torno dos 75 anos. A curva do Japão para os anos 1950, logo após a Segunda Guerra, evidenciaria o que seria o fim da transição epidemiológica, situando a idade modal em torno dos 80 anos, bastante próxima da atual em todos os países do mundo desenvolvido.

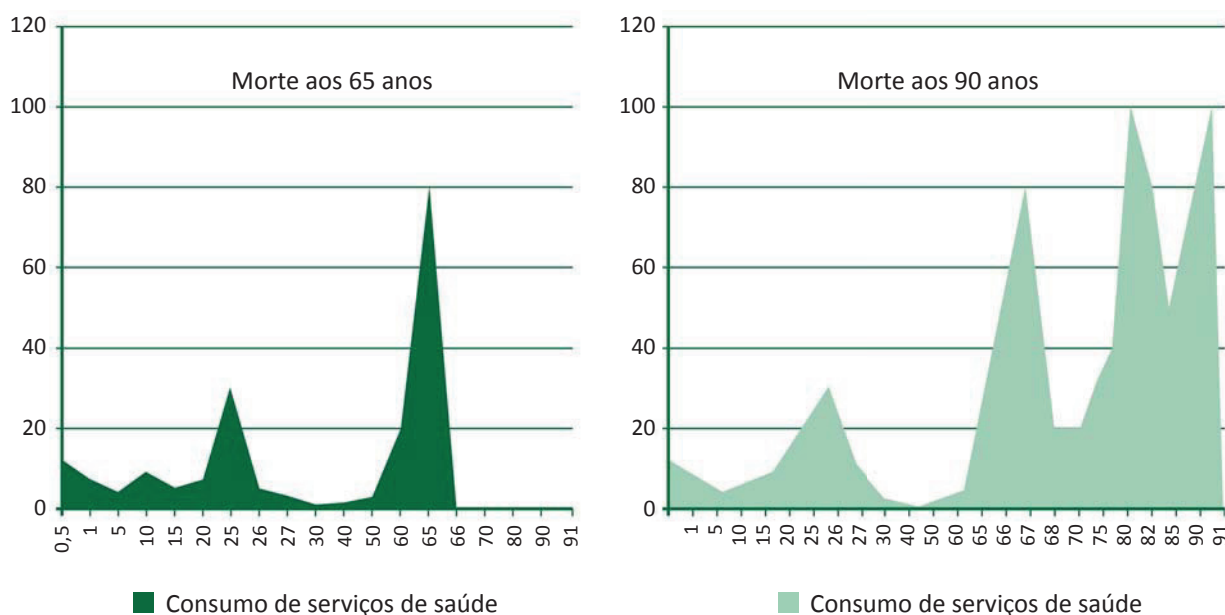
Gráfico 01. Distribuição da duração da vida de adultos. Dados empíricos de 1963–2004



Fries (1980) introduziu a ideia da “Compressão da Morbidade”, sugerindo que o aumento da esperança de vida se faria acompanhar de um encurtamento da extensão da vida com morbidade. Ele acreditava que as mesmas forças que resultaram na diminuição da mortalidade estariam associadas a uma menor incidência de doenças crônicas e a um aumento da idade de início dessas doenças. Entretanto, inúmeros estudos desde meados dos anos 70 têm demonstrado que isso não ocorre

(CRIMMINS e BELTRÁN-SÁNCHEZ, 2011). O gráfico 2 apresenta de forma esquemática o consumo de serviços de saúde de uma pessoa que morre aos 65 anos, por infarto agudo do miocárdio, por exemplo, e da mesma pessoa que sobreviva ao infarto e venha a falecer de câncer aos 90 anos. A redução da mortalidade não se faz acompanhar necessariamente de uma redução da incidência, e aumenta o número de sobreviventes portadores de problemas de saúde que estarão sujeitos a ocorrência de problemas de saúde adicionais.

Gráfico 02.



Fonte: Elaboração própria.

A questão central a ser salientada para a adequada formulação de propostas assistenciais é que a queda da mortalidade de uma determinada condição clínica não se faz necessariamente acompanhar por uma redução na sua incidência, o que resulta num aumento da prevalência daquela condição. Este fenômeno pode ser observado no caso da doença isquêmica do coração, em cujos casos o número de sobreviventes aumentou consideravelmente. Esses sobreviventes, quase todos se encontram em tratamento medicamentoso e são submetidos a avaliações periódicas de suas coronárias. Aqueles que chegaram a apresentar um quadro de infarto foram submetidos a alguma forma de cuidado intensivo durante a fase aguda e uma boa parte foi levada a uma intervenção percutânea ou cirurgia de revascularização. Esses pacientes requereram, portanto, cuidados especializados prestados em centros especializados e, concluídos estes, voltarão ao seu médico de cuidados primários para o acompanhamento clínico permanente, com visitas periódicas para reavaliação a um nível secundário de atenção. Um coronariopata poderá se beneficiar de um programa

bem orientado de atividades físicas e aconselhamento nutricional, atividades que serão prestadas no seu entorno residencial ou profissional. Sobrevivendo em tratamento contínuo, estará sujeito, nos anos futuros, ao agravamento de suas disfuncionalidades musculoesqueléticas, acompanhadas de tratamentos adicionais, inclusive de fisioterapia. E em algum ponto futuro de sua vida, será acometido de outras condições, algumas delas tratáveis e que requererão acompanhamento adicional, por exemplo, um câncer de próstata, e outras não, que poderão obrigá-lo a se submeter a tratamentos caros e especializados com chances reduzidas de sobrevivência (p. ex., um câncer de cólon avançado).

O envelhecimento e a predominância de condições crônicas fazem com que em determinado momento do tempo para uma determinada população, todos os chamados níveis de assistência sejam acionados e nenhum deles poderia ser chamado de “resolutivo” no sentido clássico associado à ideia de cura. Outra consideração importante é que passa a ser necessária a intervenção de diferentes especialidades médicas e de outros profissionais de saúde nesses diferentes níveis. No nível primário, sobretudo, impõe-se, com frequência crescente, um extravasamento das fronteiras dos serviços de saúde para incluir serviços sociais e de apoio comunitário, por exemplo. Outras formas de cuidados em saúde, muitas delas largamente utilizadas nos países desenvolvidos, como assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em importância e sua utilização tem nada ou quase pouco avaliada e planejada no Brasil.

Algumas dimensões dos cuidados em saúde ganham importância extraordinária neste desenho: integração assistencial, continuidade, trabalho multiprofissional e colaborativo, comunicação adequada entre os diferentes agentes, educação dos pacientes e de suas famílias, organização dos serviços em redes dinâmicas, horizontais (no nível da comunidade e/ou das redes relacionais dos indivíduos) e vertical (entre os diferentes níveis e componentes do sistema de atenção) e coordenação assistencial.

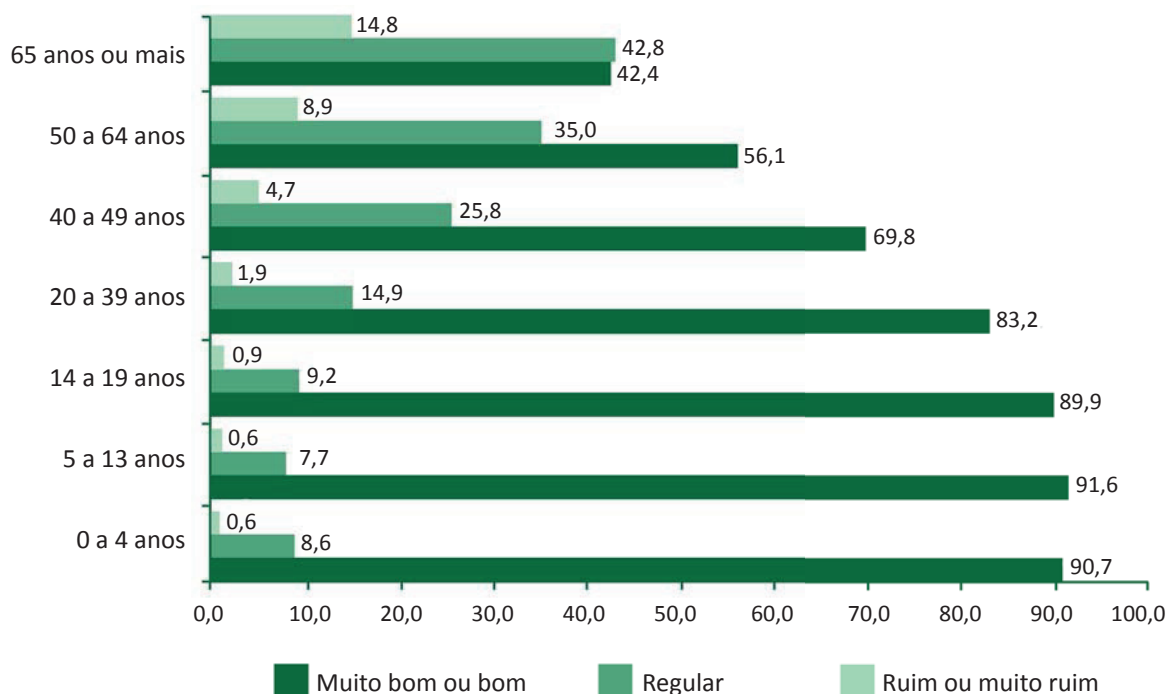
O nível primário de cuidados passa a ter um papel primordial no processo de coordenação e integração do cuidado e não representa mais apenas a “porta de entrada” no sistema de saúde.

Para um país com as dimensões continentais e populacionais como as do Brasil, essas mudanças têm particular significado na modelagem das redes assistenciais. Para 2030 as estimativas apontam para uma população de 40,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos, das quais quase seis milhões com mais de 80 anos. Isso representa o dobro da população atual de idosos e quase duas vezes e meia a população de octogenários. Se hoje a população de menores de um ano é praticamente igual à de octogenários, em 2030, ela será mais do que o dobro.

O número de mortes por doenças infecciosas e parasitárias totalizou, em 2009, 47.010, correspondentes a 4,26% do total de óbitos. Se retirarmos os óbitos causados pelo HIV, num total de 12.134, a proporção se reduziria para 3,2%. Esses fatos ilustram que a quase totalidade dos óbitos no Brasil ocorre por condições que demandam cuidados prolongados e dispendiosos. O sucesso em medidas preventivas que adiem o aparecimento desses problemas só tenderá a aumentar a necessidade de prestação de cuidados às pessoas acometidas por eles.

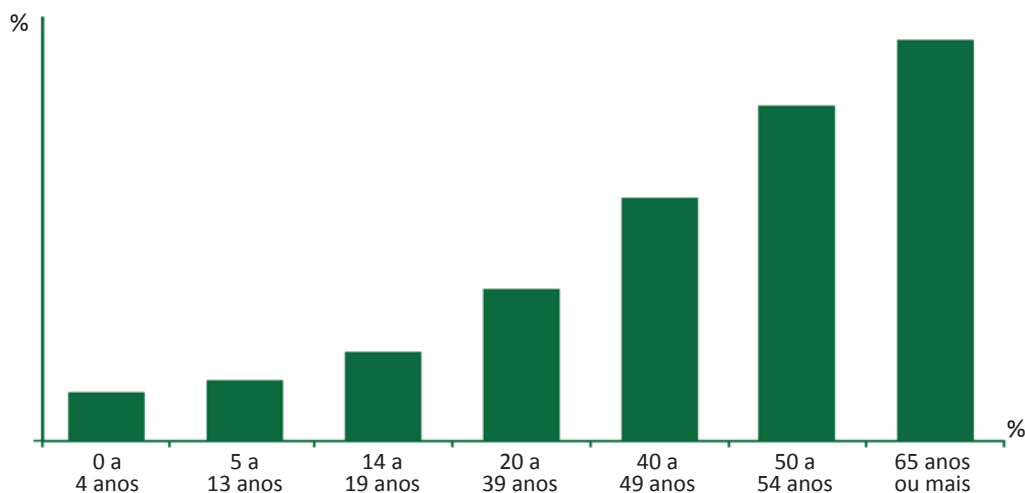
Outro aspecto relevante é que a população idosa refere piores condições de saúde (Gráfico 3) e pouco frequentemente apresenta um problema isolado de saúde (Gráfico 4), consoante com o descrito na literatura mundial (WOLF et al, 2002). Com o aumento da faixa etária, aumenta também o número de doenças declaradas pelas pessoas. Até a faixa de 14 a 19 anos de idade, o percentual de pessoas que afirmaram ter três ou mais doenças era próximo de zero, para a faixa de 50 a 64 anos crescia para 17,1% e para aqueles com 65 anos ou mais, chegava a 28,3%. Ou seja, passaríamos de 6 milhões para 12 milhões. Para este último grupo etário, considerando apenas as mulheres, este percentual crescia para 33,3%. Entre as pessoas de 65 anos ou mais de idade, 20,9% não tinham nenhuma doença crônica.

Gráfico 03. Distribuição da população residente, por grupos de idade, segundo a autoavaliação do estado de saúde — Brasil — 2008



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Domicílios 2008.

Gráfico 04. Percentual de pessoas, na população residente, com declaração de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, segundo os grupos de idade — Brasil — 2008



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

No que diz respeito às causas de internação, retiradas as internações por parto, cerca de oitenta por cento das internações decorrem de situações que requereram ou requererão cuidados continuados.

O impacto da mudança demográfica e epidemiológica se faz sentir de maneira significativa nos gastos atuais de operação do sistema de atenção à saúde. Em 2010, o Ministério da Saúde gastou quase 30 bilhões de reais para o atendimento ambulatorial e hospitalar (SIA+SIH). Supondo que ao longo dos próximos 20 anos não haverá mudança tecnológica significativa e que, em princípio, o atual perfil da oferta seria mantido, só para dar conta do crescimento populacional seria necessário um incremento de 3,4 bilhões de reais, a preços de 2010. A simples alteração do perfil demográfico, mesmo que sem alteração importante no perfil epidemiológico de cada grupo etário, elevará a necessidade de recursos adicionais para 7,8 bilhões de reais de 2010, apenas para esse componente do gasto federal, incompatível com a estimativa de elevação inercial dos recursos federais pela variação nominal do Produto Interno Bruto, como admitido pelo estudo de Piola e colaboradores (2012).

O reordenamento assistencial, de difícil implementação no setor público, em que há processos formais estabelecidos para regulação da atenção à saúde, torna-se ainda mais urgente no setor dos planos e seguros privados. Neste, o modelo de organização das prestações em saúde é aberto, com controles em sua maior parte de ordem financeira e por racionamento pela autorização prévia e auditoria *a posteriori*, com glosas. A demanda, apesar das listas de prestadores preferenciais, é aberta e desarticulada. A utilização de recursos auxiliares de diagnóstico e tratamento, da mesma forma. Como o setor é fortemente subsidiado por renúncias fiscais, rendimentos

indiretos não tributados e transferência dos custos adicionais da contratação dos planos coletivos ao consumidor dos produtos e serviços, a pressão para a manutenção e eventual crescimento desses mecanismos é estimulada por essa conformação aberta do sistema. Como uma importante fatia de prestadores de serviços é compartilhada pelo Sistema Único de Saúde (SU) e pelos planos, o sistema gera pressões de gastos crescentes também pelo SUS. Isso acontece seja pela disponibilidade da oferta não regulada, seja pelos estímulos financeiros à multiplicação dos atos diagnósticos e terapêuticos, vantajosa para os prestadores dos serviços, mas não acompanhada de benefícios para os usuários do sistema.

Para a sustentabilidade do sistema, torna-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que deem conta da evolução do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro, facilitando mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos perversos de duplicação de ações e estímulos aos desperdícios decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo.

3 | REDES DE ATENÇÃO: CONCEITO, PRINCÍPIOS DE ORGANIZAÇÃO E TECNOLOGIAS DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO

A partir da revisão da literatura setorial, é possível conceber as redes de atenção como sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado.

Shortell (1996) também define redes de atenção como um conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde a uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde dessa população, cujos objetivos devem melhorar a continuidade do cuidado através da coordenação e ganhos na eficiência global da provisão.

Mendes (2010) adiciona alguns elementos e conceitua redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada —, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população².

2 O conceito de redes de atenção à saúde difere de uma série de arranjos setoriais comumente referidos como tal na prática cotidiana da política, tais como rede da mulher e da criança, redes de serviços de vigilância, rede de urgência e emergência, na medida em que essas são linhas de cuidado, ou seja, consistem em uma cadeia de serviços primários, secundários e terciários restritos especificamente às necessidades de grupos

Uma vez instituída, uma rede de atenção se apresenta como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde com o objetivo de prover atenção integral e contínua de acordo com as necessidades de cada cidadão, a partir de uma combinação custo/efetiva de alocação de recursos. Em grande parte da literatura, o conceito de redes está estreitamente relacionado ao de cuidados integrados, sendo quase sinônimo desse.

A crescente difusão de práticas e tecnologias voltadas para a promoção do cuidado integrado tem impulsionado o refinamento conceitual com identificação de suas diversas dimensões e o desenvolvimento de práticas e tecnologias correspondentes.

Diversos são os formatos e denominações presentes na literatura, sendo esses os mais empregados: “sistemas integrados de serviços de saúde” (MENDES, 2000), “redes de atenção à saúde” (SILVA e MAGALHÃES, 2008), “organizações sanitárias integradas” (NAVARRETE, 2005), “sistemas de saúde clinicamente integrados” (HAM, 2007), “provisão integrada de serviços” (WHO, 2008) e “redes integradas de serviços de saúde” (OMS-OPAS, 2008).

Em geral, na literatura internacional, cuidados integrados têm sido definidos como o conjunto funcional de práticas de atenção, articulados em torno das necessidades de saúde de cada cidadão por meio da fixação da responsabilidade clínica em um profissional capaz de ter uma visão ampla do processo saúde/doença (SMITH e CLARK, 2006).

Essa responsabilidade é exercida por meio do conhecimento das causas e necessidades do usuário/cidadão, do planejamento das intervenções, da coordenação e orientação para o uso de tecnologias, práticas, medicamentos, etc., e da avaliação dos resultados, sempre de acordo com evidências clínicas e procurando compreender os possíveis determinantes psicossociais e socioeconômicos que agem sobre o cidadão/usuário.

Esse conjunto de práticas e tecnologias deve conter uma pauta diversificada de intervenções abrangendo a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, quando necessários. Nesse sentido, a integração do cuidado envolve a transição adequada dos usuários/cidadãos entre profissionais/unidades de atenção com base em diagnósticos e planos de intervenção previamente estabelecidos e de resolubilidade comprovada.

populacionais específicos ou em sistemas que integram as funções de política nas três esferas de Estado. No caso dos arranjos de ações e serviços de saúde para grupos populacionais, esses são organizados a partir de diagnósticos e tratamentos padronizados em protocolos clínicos, os quais contêm os procedimentos oficialmente reconhecidos como mais eficazes e eficientes. Com base no estabelecimento desses procedimentos, são definidas unidades e serviços a serem percorridos pelo usuário, formando uma cadeia dentro do sistema de saúde voltada especificamente para o agravo ou grupo populacional alvo. No caso dos arranjos setoriais de política, a composição das estruturas está circunscrita às unidades de serviços setoriais e sua organização e gestão definidas em documentos normativos de abrangência nacional, como portarias.

Um dos aspectos essenciais destacados por diversos autores consiste na centralidade do usuário, o que requer uma nova concepção de cuidados integrados, na medida em que se considera a necessidade de lidar com uma população em processo de envelhecimento e com a predominância de doenças crônicas.

Cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo que as estratégias de integração do cuidado têm sido desenvolvidas para cada contexto nacional específico, podendo provocar equívocos quando transportados a outros contextos. Apesar disso, marcos gerais, formados a partir de princípios de orientação, são cada vez mais úteis, mesmo em contextos distintos.

Isso se deve ao fato de que a convergência dos processos de transição demográfica e epidemiológica tem produzido padrões semelhantes de morbimortalidade, o que exige cada vez mais cuidados contínuos e multiprofissionais, com coordenação flexível, caracterizada pelo acesso a tecnologias de diferentes especialidades a qualquer momento.

A análise da literatura aponta um conjunto amplo de princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede, os quais resumem grande parte da produção relativa aos fundamentos conceituais e às diretrizes operacionais dos últimos 30 anos. Esse conjunto pode ser sintetizado em um núcleo com os seguintes princípios:

1. Orientação para as necessidades de saúde: o objetivo maior de todos os processos de estruturação e gestão do sistema de saúde consiste no bem-estar da população usuária, de forma que as estratégias de coordenação do cuidado devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos usuários. Sendo assim, é fundamental o domínio de informações detalhadas sobre o ambiente de inserção do usuário e de sua família, o que amplia a capacidade de planejamento de ações efetivas por parte do sistema de saúde. O conhecimento profundo da trajetória de vida e inserção familiar e socioeconômica e cultural permite ampliar a efetividade das ações de intervenção. O plano ou projeto terapêutico pode conter metas e indicadores, permitindo vincular de forma ascendente o planejamento e a responsabilidade micro e macrosanitária (OPAS-OMS; SILVA e MAGALHÃES, 2008; KODNER e SPREEUWENBER, 2002).

2. Complexidade da abordagem: doenças crônicas e a presença de comorbidades são cada vez mais frequentes, o que requer uma análise abrangente a partir de diferentes olhares. Diferentes disciplinas permitem abordar aspectos os mais variados possíveis sobre as manifestações do problema e explorar a possibilidade

de atuação de diversos fatores isolada e integradamente. A abordagem complexa considera a possibilidade de múltiplas causas de adoecimento provenientes de diferentes dimensões como a biológica, a psicossocial, a socioeconômica, a cultura, etc. Múltiplos determinantes podem, inclusive, atuar por meio de combinações diferentes em um mesmo contexto, o que requer um olhar de especificidade e singularidade que realmente deve tomar o cidadão com centro do cuidado (SMITH e CLARK, 2006; MENDES, 2010; OPS-OMS, 2008).

3. Multidisciplinaridade da intervenção: a ação de diversas habilidades e conhecimentos permite construir ângulos diferenciados do problema e desenvolver soluções adequadas para atacar causas diversas e suas interações ao mesmo tempo. Isso permite construir bases mais sólidas de recuperação concreta e ampliar a qualidade vida do usuário/cidadão. O aporte de habilidades e conhecimentos diferenciadas para atacar um problema de saúde fortalece ainda o princípio de foco no cidadão, na medida em que permite abordar cada caso de forma singular por meio de combinações variada de práticas e tecnologias (SMITH e CLARK, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2003).

4. Longitudinalidade do cuidado: a integração do cuidado pressupõe contatos prolongados entre profissionais e a população de referência por diversas formas de vínculo e acompanhamento, diversificando formas de abordagens. A longitudinalidade do cuidado ocorre a partir da coordenação de diversas práticas e tecnologias ofertadas em espaços diferentes em um todo de forma a compor uma ação coerente e efetiva sem perder de foco a condição do usuário em cada momento. A longitudinalidade também pressupõe funcionalidade, pois a efetividade da ação somente ocorre se a articulação das interfaces de intervenção se der em espaços adequados e nos momentos necessários (OMS/OPAS, 2008; SILVA e MAGALHÃES, 2008; GIOVANELLA, 2006).

5. Interdependência e Compartilhamento de análise clínica: uma organização integrada em rede surge quando as organizações componentes compreendem que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas, e se constrói a partir de uma visão de complementaridade quanto aos interesses e os recursos de cada um dos atores e organizações envolvidos. A percepção de que a complementaridade permite um potencial resolutivo maior do que o trabalho isolado impulsiona a busca

pelo aprofundamento das relações de interdependência. Essa adquire maior intensidade à medida que se amplia o intercâmbio de recursos e de habilidades e conhecimentos clínicos para a consecução de objetivos comuns, como forma de dar sustentabilidade às ações desenvolvidas de forma conjunta no cumprimento de metas planejadas. O compartilhamento de recursos em uma organização integrada em rede envolve, ainda, a definição de suas formas de alocação como condição essencial para a obtenção dos objetivos planejados coletivamente pelos profissionais. Isso porque tais formas de alocação são alinhadas com as estratégias e as linhas de ação definidas para cada organização (unidade básica, clínica especializada, hospital, para citar alguns) (SMITH e CLARK, 2006; KODNER e SPREEUWENBER, 2002; CONTANDRIOPOULOS, 2003).

6. Corresponsabilização clínica: a articulação de habilidades e conhecimentos para o diagnóstico e a multidisciplinaridade de intervenções somente é possível mediante a presença de um locus de coordenação do cuidado que assume a responsabilidade pelos resultados. O conceito de corresponsabilização clínica em redes de atenção articula as noções de responsabilidade geral com responsabilidade específica. A primeira é exercida pelo gestor do caso, em sua maioria, um profissional da atenção primária, e a segunda por profissionais em outros pontos de atenção sob demanda do gestor do caso, de acordo com o plano terapêutico. Assim, a responsabilidade específica garante a eficácia em momentos de cuidados especializados, exercendo decisões em zonas de menor domínio da atenção primária, o que é fundamental em tempos de elevada velocidade de avanço no conhecimento médico. A corresponsabilização clínica deve ter como foco o cidadão/usuário, o que permite orientar as decisões para a busca de maior custo/efetividade (SMITH e CLARK, 2006; CONTANDRIOPOULOS, 2003);

7. Territorialização: a construção de planos terapêuticos deve levar em conta a configuração das relações de interdependência sócioeconômica, cultural e sanitária onde se insere uma determinada população. A complexidade de abordagem clínica busca suas possíveis respostas na realidade regional historicamente construída e expressa em indicadores atualizados de natureza demográfica, socioeconômica, política, epidemiológica e sanitária, ou seja, espaços-população determinados (BARRENECHEA, URIBE e CHORNY, 1990). Tais informações e indicadores deverão

estar organizados e articulados em modelos que estabeleçam relações causais capazes de orientar e fundamentar projetos terapêuticos de maior eficácia. A partir do conhecimento das características fundamentais de cada espaço-população torna-se possível compreender o ambiente social e geográfico onde estão inseridos os indivíduos e suas famílias, cujo bem-estar consiste no objetivo maior de todo sistema de saúde. Assim, o processo, as estratégias e instrumentos utilizados na territorialização devem permitir compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos daquele espaço-população. Essa compreensão deve ser a base da definição dos fundamentos do modelo de atenção mais adequado à população, permitindo a identificação dos perfis populacionais em termos de situação de saúde e a projeção de soluções adequadas a cada um deles. A territorialização da política de saúde pode compreender ainda, sempre que se verificar necessário, o referenciamento espacial (georeferenciamento) das estruturas de provisão (unidades de saúde), das informações, indicadores, relações, fluxos, estruturas físicas (transporte, comunicação, energia, serviços, produção, lazer, etc.) e dos equipamentos sociais (escolas, centros de referência da assistência social, tribunais de justiça, etc.) considerados relevantes para o sistema de saúde (OPAS/OMS, 2008; SILVA, 2008).

8. Intersetorialidade: para ser eficiente no marco de transição epidemiológica, a integração do cuidado parte do reconhecimento da interdependência entre cuidados médicos e cuidados sociais e a necessidade de romper com barreiras conceituais, formais e operacionais entre programas verticais e políticas setoriais (LLOYD e WAIT, 2005). A intersetorialidade representa a articulação de cuidados médicos com cuidados sociais desenvolvidos por outras políticas públicas, partindo de uma concepção ampliada de saúde que considere o acesso articulado e adequado a outros serviços e benefícios sociais como condição de cidadania. A saúde como manifestação de bem-estar social envolve uma série de elementos objetivos e subjetivos que resulta de vários aspectos da inserção social de um cidadão, cuja qualidade requer a ação simultânea de uma série de políticas que são parte dos direitos sociais definidos na Constituição. A intersetorialidade pressupõe a articulação, mediada pelo modelo de atenção, das ações de saúde com as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça,

segurança pública, entre outras (KODNER e SPREEUWENBER, 2002; OPAS/OMS, 2008; SILVA, 2008).

9. Eficiência Econômica: a integração do cuidado, ao proporcionar o conjunto de cuidados certos para cada cidadão, leva em conta formatos específicos que ampliam a racionalidade no emprego de recursos, tendo como meta evitar a realização de procedimentos e exames desnecessários e a duplicação dos já realizados, tornar mais precisa a realização de novos investimentos (local e escopo de unidades e infraestrutura) e reduzir os custos de transação e produção tanto dos serviços de natureza finalística quanto das atividades-meio. Ampliar a integração reduz a quantidade e o tempo das internações hospitalares, amplia a produtividade do trabalho dos profissionais e unidades de saúde, reduz o tempo de atendimento e o desgaste de equipamentos e infraestrutura, etc. (NORONHA, et al, 2003; CESCINETTO, LAPA e CALVO, 2008). A integração do cuidado pressupõe o emprego de critérios de escala e escopo, a responsabilização por custos e sustentabilidade financeiro-econômica do sistema de saúde (SMITH e CLARK, 2006; MENDES, 2010).

10. Melhoria Contínua da Qualidade: a integração também pressupõe a definição mais precisa do papel e do escopo de responsabilidade de profissionais e unidades de saúde, proporcionando o atendimento certo, na qualidade certa, de acordo com as especificidades de cada usuário. Os formatos de integração do cuidado se orientam pela obtenção de padrões de eficácia cada vez mais elevados no tratamento de doenças crônicas, agravos de longo prazo e de elevada complexidade (MENDES, 2007). A colocação do usuário no centro dos arranjos de cuidado, com planos terapêuticos bem ajustados às necessidades de cada cidadão, permite o acompanhamento dos impactos dos diversos cuidados aportados no tratamento e a construção de mecanismos de avaliação de desempenho em diversos âmbitos de maneira conjunta (profissional, equipe, unidade, institucional, etc.). Da mesma forma, parâmetros e padrões de eficácia e eficiência das ações de saúde, instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, mecanismos concretos de definição de metas pactuadas (contratos de gestão, públicos ou privados), assim como práticas de certificação de qualidade têm sido apontados como essenciais nos processos de integração do cuidado (KODNER e SPREEUWENBER, 2002; SMITH e CLARK, 2006).

O Quadro 1 apresenta síntese dos princípios de organização de redes de atenção e um conjunto de tecnologias e estratégias sugeridas com maior ênfase pela literatura para promover a integração do cuidado.

Quadro 01. Princípios de Organização e Tecnologias de Integração do Cuidado

Fundamentos	Tecnologias e Estratégias
Orientação para as necessidades de saúde	Planos de cuidado (projetos terapêuticos individuais e familiares)
Complexidade da abordagem	Cartão do usuário
Multidisciplinaridade da intervenção	Gerenciamento de Doenças
Longitudinalidade do cuidado	Prontuários eletrônicos
Interdependência e Compartilhamento de análise clínica	Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico
Responsabilização clínica	Equipes multiprofissionais
Territorialização	Linhas de cuidado
Intersetorialidade	Complexos de Regulação
Eficiência Econômica	Colaboração entre unidades (integração horizontal e/ou vertical)
Melhoria contínua da qualidade	Metodologias de classificação de risco
	Apoio matricial e equipes de referência
	Sistemas de apoio logísticos
	Telecuidado, telessaúde e telemedicina
	Sistemas de Integrados de Informação
	Primazia da atenção primária
	Sistemas de transporte em saúde
	Sistema de suporte à decisão clínica
	Roteiros de diagnóstico de situação de saúde
	Articulação com outras políticas públicas
	Sistemas de apoio logístico
	Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
	Práticas de certificação de qualidade
	Dispositivos de segurança do paciente

Fonte: elaboração própria

É importante ressaltar que o emprego dessas tecnologias pode estar vinculado à promoção de um ou mais dos princípios de organização de redes de atenção, motivo pelo qual não se vinculou diretamente cada uma das tecnologias ao princípio correspondente no Quadro 1.

A funcionalidade de cada uma dessas tecnologias possui relação com o tipo de estratégia específica de integração enfatizada (integração horizontal, integração vertical, integração funcional, profissional, clínica, etc.).

Da mesma forma, algumas tecnologias são mais apropriadas para promover a integração no âmbito de equipes e/ou de unidades de saúde, enquanto outras são importantes na articulação entre unidades de saúde e níveis de atenção. Algumas também podem ser úteis para articular o microtrabalho e o macrotrabalho, construindo a integração desde a ação do profissional e do sistema de saúde.

Finalmente, é importante enfatizar que a construção de planos de cuidado e o emprego de demais tecnologias de integração devem ser fundamentados na definição de um modelo de atenção como base de organização do trabalho coletivo em rede³.

Há expressivas diferenças entre as políticas e os sistemas de saúde entre os países, embora alguns paradigmas similares tenham orientado a construção e as reformas subsequentes em diversos contextos. É extremamente relevante compreender que, apesar da busca por maior integração por meio de redes de atenção ter sido um ideal amplamente difundido e valorizado em todos os países, as estratégias concretas não ignoram as diferenças de trajetória e configuração de valores maiores da política de saúde (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

Assim, a valorização das estratégias de integração do cuidado se verifica em sistemas de saúde tanto universais, quanto de seguro social ou de mercado, mas os objetivos finais são diferentes e estão relacionados ao padrão de cidadania de cada sociedade (FLEURY, 1994).

Há inúmeras experiências documentadas de intercâmbio de habilidades e conhecimentos, de práticas e tecnologias entre países com formatos distintos de sistemas de saúde, com diferentes graus de adaptação e sucesso. Entretanto, há certo consenso em torno de que, independentemente da configuração institucional do sistema de saúde, a formação de estratégias nacionais deliberadas é um elemento

3 Um modelo de atenção à saúde, segundo PAIM consiste em: "(...) uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos. Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma "lógica" que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo de intervenção em saúde)" (PAIM, 2001, p.7-8).

essencial para se obter a integração do cuidado (MUR-VEEMAN, VAN RAAK e PAULUS, 2008).

De forma geral, as estratégias operacionais de construção de redes de atenção (OPAS, 2007; SILVA, 2008; MENDES, 2010) fornecem subsídios para organizar os sistemas de saúde a partir de sete diretrizes organizacionais principais:

1. Definição de uma população vinculada a um território e conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais, necessidades de saúde e tendências do padrão demográfico e epidemiológico. Essa população deverá estar adscrita a equipes de atenção primária e monitorada periodicamente, especialmente os cidadãos pertencentes a grupos de maior risco de adoecimento.
2. Projeção de um cenário desejado (imagem-objetivo) em termos de configuração da estrutura de ações e serviços de saúde com base nos critérios de necessidades de saúde e eficiência econômica e eficácia sanitária.
3. Estabelecimento de um primeiro nível de atenção como porta de entrada para exercer a coordenação do cuidado e atuar com capacidade resolutiva para parte significativa dos problemas de saúde mais comuns. A atenção primária deve atuar como interface de conexão junto aos cidadãos e famílias, colocando-os no centro do sistema ao garantir a longitudinalidade do cuidado.
4. Definição de um conjunto diversificado de serviços de saúde disponíveis à população, abrangendo ações de saúde pública, prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos.
5. Provisão de ações e serviços especializados em consonância com os projetos terapêuticos individualizados, sob demanda da atenção primária e de preferência em unidades ambulatoriais.
6. Aporte de ações e cuidados sociais em consonância com a abordagem de determinantes sociais da saúde e sempre que houver comprovação de sua maior eficácia clínica.
7. Organização de estruturas de suporte à atividade clínica abrangendo sistemas de apoio diagnóstico, de compartilhamento informatizado de informações clínicas, assistência farmacêutica, transporte sanitário, prontuário eletrônico, identificação do usuário, etc. Essas estruturas desempenham tanto a função de fornecer subsídios ao diagnóstico quanto de aportar elementos ao longo do tratamento.

Essas diretrizes se referem somente à organização da atenção à saúde, ou seja, ao processo de integração do cuidado propriamente dito. Os diversos documentos consultados assinalam ainda a relevância de mecanismos de unificação da gestão (gestão de pessoas, alocação orçamentária e financeira, regulação jurídica, etc.) e da governança política (formulação de políticas, definição de estratégias, tomada de decisão, etc.).

No caso do SUS, a aplicação das diretrizes de organização de redes de atenção deve ser orientada por cinco outros fundamentos que definem a gestão e a governança do sistema: o caráter unificado da seguridade social, os princípios constitucionais (universalidade, integralidade e equidade), a responsabilização territorial, o comando público governamental e a governança federativa (relações intergovernamentais).

A seguir abordamos os principais desafios presentes atualmente no SUS para a construção de redes de atenção à saúde com base nas diretrizes acima assinaladas. Os aspectos relacionados aos desafios da gestão e da governança política não serão abordados nesse texto.

3.1 | As Redes de Atenção no Brasil

No caso brasileiro, grande parte dos fatores que motivam a busca por maior integração no contexto internacional tem se intensificado na última década, ampliando o desafio de construção de um sistema de saúde fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade tal como proposto na Constituição de 1988, em um país de expressiva extensão territorial e elevado nível de desigualdade socioeconômica.

Em termos de organização dos serviços de saúde, tanto na provisão ambulatorial quanto na hospitalar, é possível visualizar três grandes conjuntos de ações e serviços institucionalmente reunidos sob o SUS, porém com baixa articulação gerencial e coordenação clínica: a atenção básica, formada pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia da família e as unidades básicas e ambulatorios hospitalares; a média complexidade formada por unidades ambulatoriais e hospitalares especializadas públicas e privadas; e as redes de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades médicas (cardiologia, neurologia, oncologia, nefrologia, oftalmologia, entre outras).

De forma geral, esses três subsistemas de provisão correspondem a configurações específicas de estruturas de oferta (*mix* público privado), densidade tecnológica dos fatores de produção, responsabilidade territorial, formas de acesso e alocação de recursos financeiros e modalidades de pagamento a unidades prestadoras.

Em cada um desses três grandes conjuntos, a distribuição territorial da oferta possui uma configuração específica, mas compartilha características como a expressiva concentração nas capitais de estado e a significativa desigualdade ao longo do território nacional. Desde as primeiras décadas do século XX, quando o país iniciou seu processo de industrialização, dois fatores têm sido responsáveis por gerar impulsos que têm formado esse padrão de distribuição.

A opção por um modelo de industrialização fundamentado na expansão a partir dos núcleos urbanos já avançados em virtude da expansão da economia cafeeira gerou uma estrutura socioeconômica dual, onde convivem um setor econômico moderno de renda elevada e outro atrasado e, portanto, de renda baixa. Como consequência, os fatores de produção necessários à produção de serviços de saúde (profissionais, tecnologias, insumos e equipamentos) tenderam sempre a estar reunidos nos núcleos mais dinâmicos da economia, em geral grandes centros urbanos (FURTADO, 1961; TAVARES, 1972; OLIVEIRA, 1981).

Por outro lado, o padrão de proteção social adotado desde a década de 1920 até a Constituição de 1988 se orientou por uma concepção regulada da cidadania, onde apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal com capacidade de contribuição financeira estavam aptos ao acesso e utilização de serviços de saúde (FLEURY, 1994).

Esses dois fatores somados produziram estímulos de oferta e demanda por serviços de saúde em direção a um modelo caracterizado pela assimetria de distribuição e acesso, com a localização de unidades especializadas apenas em regiões e cidades com maior dinamismo econômico e nível de renda⁴. Assim, as principais redes de ações e serviços de saúde estão disponíveis nas capitais dos estados brasileiros, sendo que alguns serviços que exigem maior nível de especialização profissional, equipamentos mais complexos e insumos mais caros, estão localizados apenas em algumas capitais.

Como resultado dos constantes estímulos à concentração registrados ao longo de toda trajetória do sistema de saúde, a distribuição territorial dos serviços de saúde não apresenta configuração adequada para proporcionar acesso geográfico fácil em consonância com os princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A assimetria de oferta possui expressão em diversas esferas de organização do território, havendo desigualdades no interior um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação. Em geral, há lacunas na oferta em

4 É importante, ainda, ressaltar que em diversos momentos da trajetória da política de saúde, o Estado tem aportado estímulos econômicos e fiscais no sentido de fomentar a expansão do setor privado que, tradicionalmente, tende a concentrar ainda mais a oferta de serviços de saúde em torno de grupos socioeconômicos e áreas geográficas específicas. Esses estímulos têm sido concedidos tanto pelo lado da oferta, na forma de crédito e subsídios à produção, quanto pela demanda em modalidades como a de renúncia fiscal.

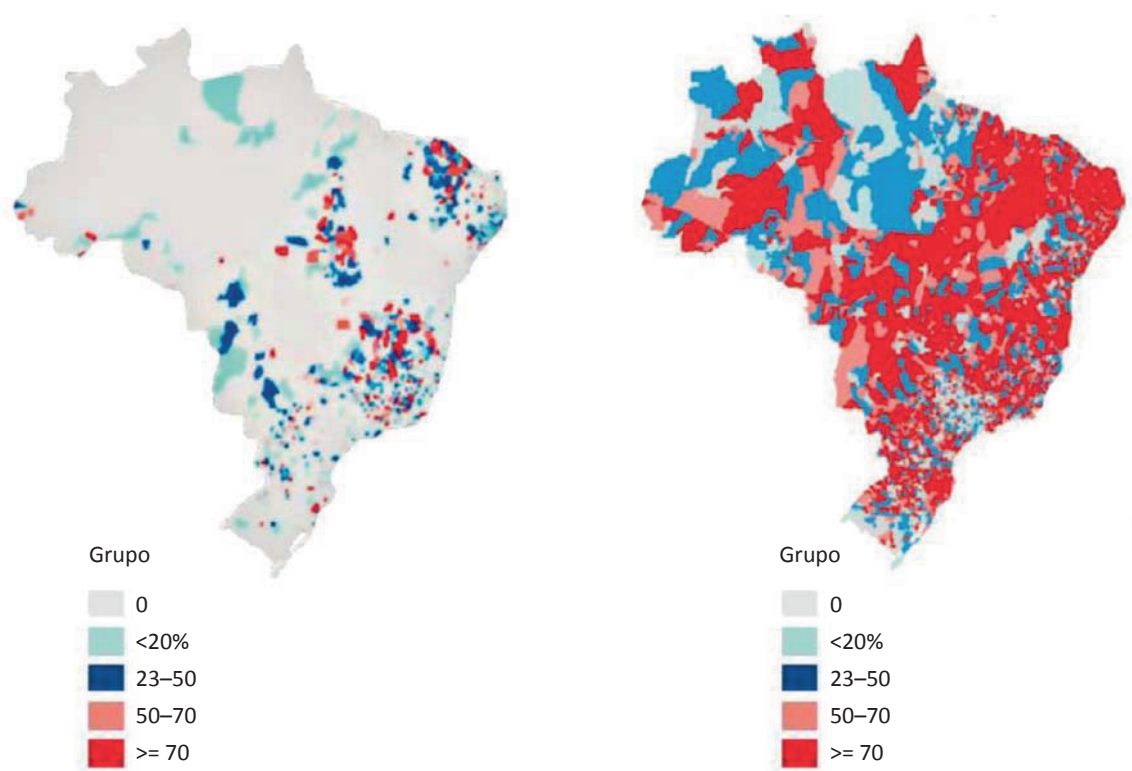
municípios ou estados de expressiva demanda que apenas podem ser cobertas pelo referenciamento para outras regiões do país.

Essa característica estrutural da oferta se manifesta com maior expressão na média na alta complexidade, em virtude da presença mais intensa do componente tecnológico. Na atenção básica, os estudos de monitoramento da expansão da Estratégia da Saúde da Família realizados pelo Ministério da Saúde têm demonstrado que, apesar da expansão significativa da oferta, a cobertura ainda não é uniforme ao longo do território nacional.

A comparação entre os mapas de distribuição territorial para os anos de 1998 e 2006 mostra que, mesmo em um curto período de tempo, houve considerável expansão em direção a extratos de cobertura mais elevados, especialmente os acima de 70%.

Entretanto, como essa expansão não tem sido uniforme, observam-se diferenças de cobertura entre as regiões do país, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 01. Evolução da Cobertura da Estratégia de Saúde da Família — ESF por estrato percentual de cobertura populacional — 1998/2006



Fonte: Ministério da Saúde (2008)

Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, houve maior evolução com os índices de cobertura passando de 9,31% e 10,21% a 67,20% e 44,70%, respectivamente. Nessas duas regiões, o percentual de municípios com cobertura igual ou maior que 70% evoluiu de índices baixos da ordem de 3,64% e 0,9% para os patamares elevados de 79,36% e 75,11%, respectivamente.

Nas regiões Sul e Norte, a expansão também registrou ritmos elevados indo de 5,07% e 4,82% a 44,62% e 41,85%, com o percentual de municípios que apresentam cobertura igual ou acima de 70% passando de 2,42% e 4,9% para 64,9% e 47,44%, respectivamente. Na região Sudeste, a expansão foi um pouco menor indo de 4,94% a 34,03%, e o percentual de municípios que apresentam cobertura igual ou acima de 70% cresceu de 9% a 52,9%.

Na média e na alta complexidade, diversos estudos têm mostrado a presença de expressivas assimetrias de oferta, com destaque para os que privilegiam o mapeamento de fluxos de referenciamento para serviços de maior complexidade⁵.

Oliveira, Carvalho e Travassos (2004) analisaram a estrutura espacial dos fluxos intermunicipais de internação na atenção hospitalar básica e na atenção hospitalar de alta complexidade para cardiologia e nefrologia referente ao ano 2000⁶. A análise da configuração territorial da oferta de atenção hospitalar básica para a população com 5 ou mais anos de idade revelou que São Paulo, Recife e Porto Alegre são as maiores redes de serviços de saúde do SUS, como pode ser visto na Figura 2 (esquerda), que apresenta o mapa com os três primeiros níveis das maiores redes do país⁷.

A rede de Porto Alegre possui cinco níveis hierárquicos e abrange 466 municípios, sendo 73 as redes de segundo nível e Caxias do Sul, Passo Fundo e Pelotas as maiores. A abrangência da rede se confunde com a delimitação territorial do Estado do Rio Grande do Sul (apenas um município é de Santa Catarina).

A rede de Recife possui sete níveis hierárquicos com uma área de abrangência maior do que a rede comandada por Porto Alegre, composta pelos estados

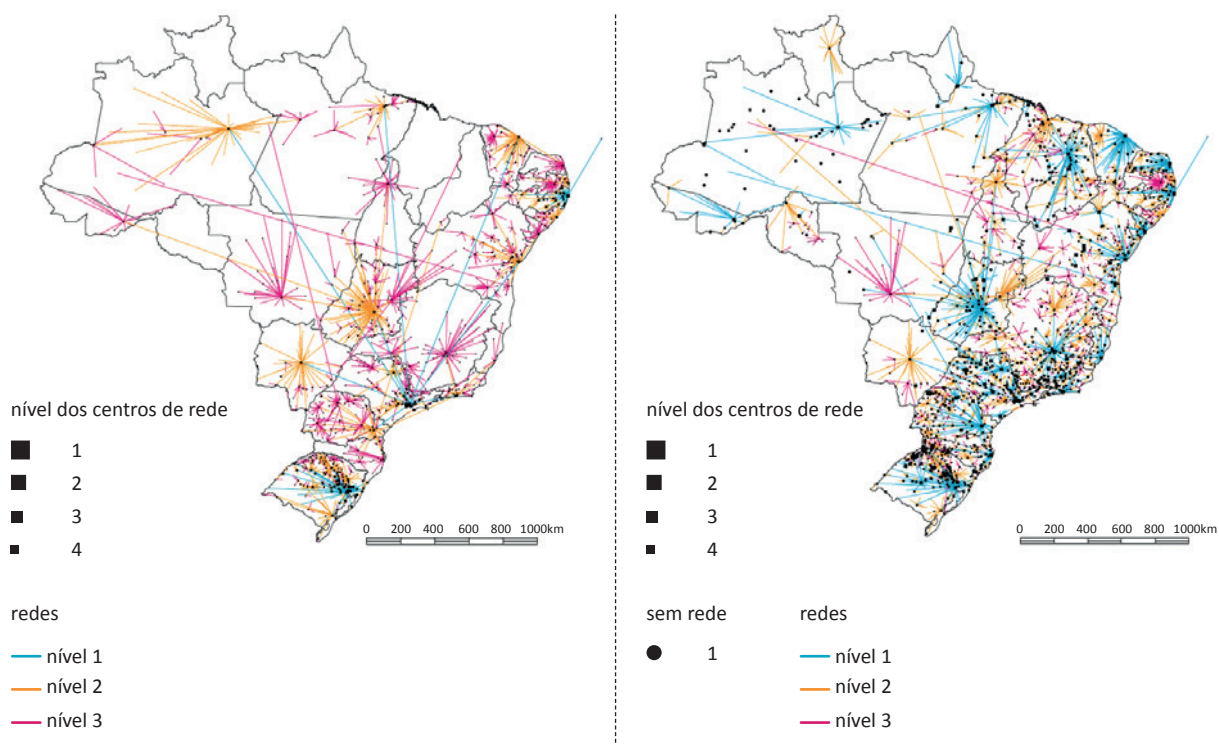
5 Nesse texto, para a análise da média e alta complexidade foram privilegiadas as distribuições territoriais da oferta de atenção hospitalar básica, de cirurgia cardíaca, de neurocirurgia, de cirurgia de mama e de procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e radioterapia. Essas modalidades não cobrem toda a atenção de média e alta complexidade, mas, em virtude de sua relevância e custo, representam parte expressiva do orçamento do SUS.

6 Para o estudo da atenção hospitalar básica, os autores selecionaram, para ambos os estratos populacionais abordados, os procedimentos com de peso proporcional igual ou maior a 0,5% da oferta total de AIH para o ano 2000. O conjunto de procedimentos selecionados representou aproximadamente 62,7% da oferta nacional de procedimentos hospitalares relativa à população com menos de 5 anos de idade e 84,9% da oferta para a população com 5 anos ou mais de idade. A intensidade dos fluxos foi dimensionada pelo valor total das AIH, e os municípios foram classificados em quatro níveis hierárquicos de acordo com o grau de independência em relação aos demais municípios.

7 O estudo relevou que há 12 redes de nível 1, ou seja, encabeçadas por municípios sem fluxos para cidades maiores. Sete municípios não enviaram pacientes para fora do seu território, caracterizando independência e duas redes são muito pequenas: uma em Rio Crespo (Rondônia) e Ponta Branca (Mato Grosso).

de Pernambuco, Paraíba e Alagoas, abarcando um total de 486 municípios, dos quais 42 municípios comandam redes de segundo nível, com destaque para as redes cujas referências são os municípios de João Pessoa e Maceió.

Figura 02. Redes de Atenção Hospitalar Básica (população com 5 e mais anos de idade e crianças de até 5 anos de idade, respectivamente)



Fonte: Oliveira, Carvalho e Travassos (2004).

A Rede de São Paulo, a maior do país, é bem mais complexa e envolve nove níveis de hierarquia, distribuídos em três grandes blocos de redes de segundo nível: os municípios da região metropolitana de São Paulo, os municípios do interior do estado e diversas outras capitais de estado.

A rede abrange 4.543 municípios ao longo de praticamente todo o território nacional, com destaque para as redes de segundo nível de Goiânia, Rio de Janeiro, Curitiba, Salvador e Ribeirão Preto, que juntas cobrem 76,3% dos municípios inseridos na rede maior de 1º nível. Os autores ressaltam ainda que os centros de redes de nível 3 vinculados às redes de Fortaleza, (Ceará), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Ribeirão Preto (São Paulo), Manaus (Amazonas) e Santos (São Paulo) não possuem, em sua maioria, ramificações.

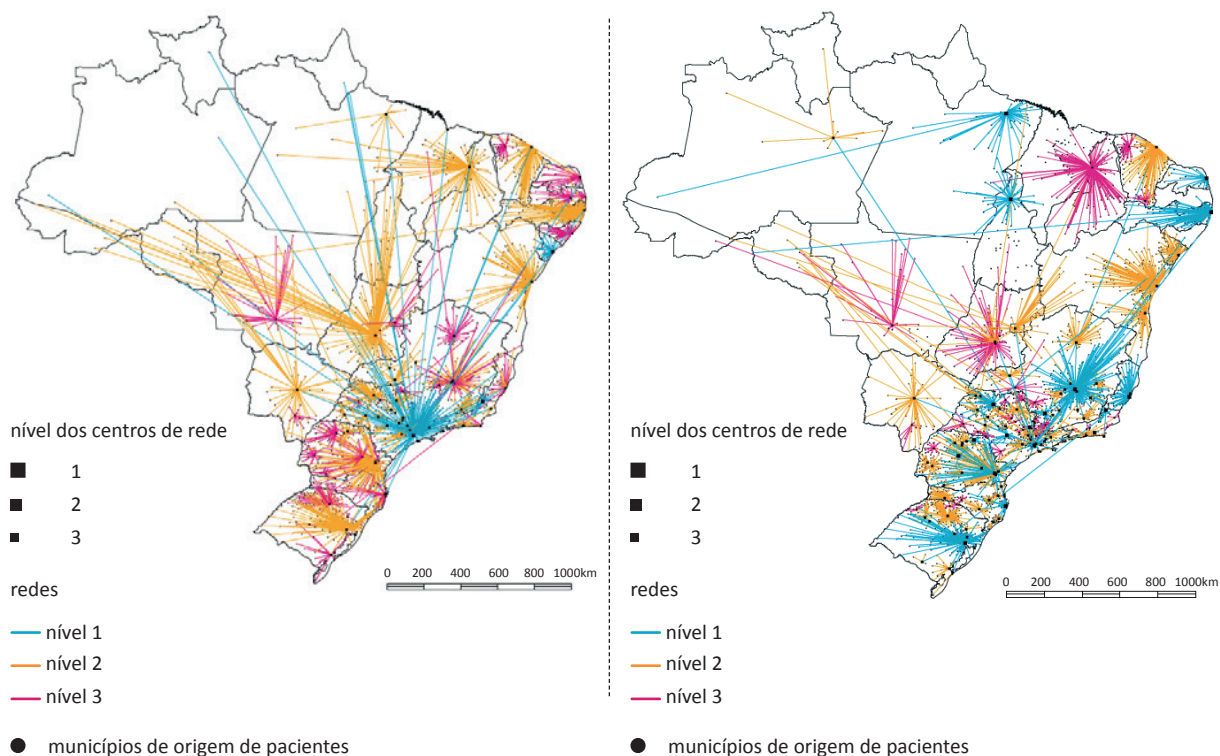
As três grandes redes se caracterizam pela predominância de fluxos de natureza transversal ascendente, revelando a predominância de fluxos entre os níveis intermediários da rede, o que indica uma disposição para a cooperação regional no interior das redes.

Por outro lado, o padrão de distribuição territorial da atenção hospitalar para a população com menos de 5 anos de idade releva uma configuração menos concentrada. Foram identificadas 216 redes de nível 1, sendo que as vinte maiores, em sua grande maioria capitais de estado, respondem por 85% do total de municípios brasileiros e 90% da população. As maiores redes são comandadas por Goiânia, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre que cobrem quase 50% do total de municípios do país.

A rede de Goiânia está estruturada em 7 níveis e cobre municípios dos estados de Goiás, Mato Grosso, Rondônia, Pará, Tocantins, Maranhão, Bahia e Minas Gerais. No segundo nível estão 106 redes, sendo as mais importantes as com sede em Brasília, Araguaína e Palmas. A rede Belo Horizonte é a segunda maior abrangendo municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo com 58 núcleos de nível 2, sendo os de Montes Claros, Teófilo Otoni e Governador Valadares os de maior expressão.

A rede de Recife abrange, em sua maioria, os municípios de Pernambuco, Paraíba e Alagoas, além de alguns municípios dos estados da Bahia e do Rio Grande do Norte. São 52 centros de nível 2, sendo as de João Pessoa e Maceió as de maior expressão. Por sua vez, a rede com centro em Porto Alegre tem 74 núcleos de nível 2, cobrindo o estado do Rio Grande do Sul e alguns municípios de Santa Catarina.

A distribuição da oferta atenção hospitalar de alta complexidade é mais concentrada, seguindo uma configuração próxima à da atenção hospitalar básica para a população com 5 ou mais anos de idade, especialmente para a cirurgia cardíaca, como pode ser visto na Figura 3.

Figura 03. Redes de Atenção Hospitalar de Alta Complexidade (cirurgia cardíaca e neurocirurgia)

Fonte: Oliveira, Carvalho e Travassos (2004)

A distribuição da oferta de cirurgia cardíaca está organizada a partir de três núcleos principais de nível 1. As redes comandadas por Itaperuna (Rio de Janeiro) e Aracajú (Sergipe) possuem características estruturais semelhantes, uma vez que ambas apresentam abrangência regional restrita e não possuem sub-redes. A rede de Itaperuna abrange municípios dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo e recebeu encaminhamentos de 27 municípios, enquanto a rede com centro em Aracajú cobriu 39 municípios, praticamente todos do estado de Sergipe.

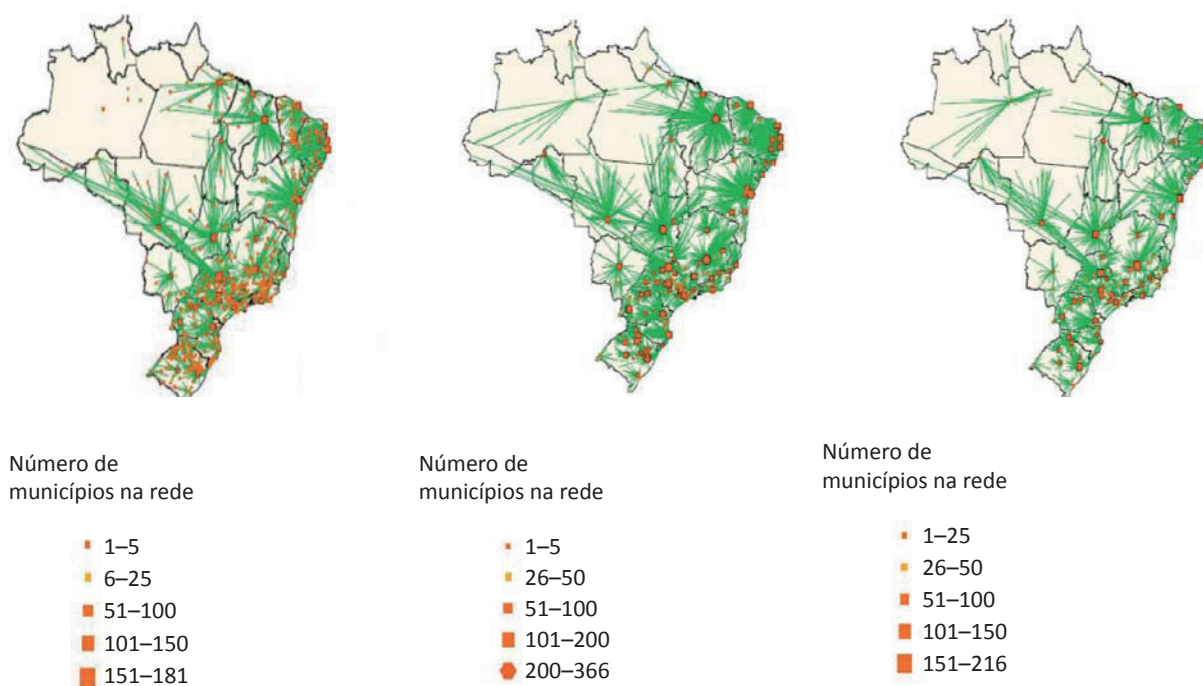
A terceira e maior rede de oferta de cirurgia cardíaca é a com sede em São Paulo, que cobre os fluxos de encaminhamento provenientes de 2.437 municípios e está organizada a partir de 272 núcleos de nível 2 representados por centros regionais do Estado de São Paulo e capitais dos demais estados. Os núcleos de nível 2 cobrem em geral a demanda dos respectivos estados, com exceção das redes de Goiânia (Goiás) e Campo Grande (Mato Grosso do Sul), que recebem fluxos de outros estados.

A oferta de neurocirurgia possui uma distribuição espacial menos concentrada, organizada a partir de 18 redes de tamanho variado distribuídas em todo o território nacional. Os principais centros de encaminhamento são Florianópolis, Recife,

Porto Alegre, Belo Horizonte e, especialmente, São Paulo, que cobre 1.435 municípios por meio de 55 centros de nível 2, entre eles Goiânia (Goiás), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Brasília (Distrito Federal), Londrina (Paraná), Uberlândia (Minas Gerais) e Itabuna (Bahia).

Análise semelhante da estrutura espacial dos fluxos intermunicipais de acesso à assistência oncológica foi realizada por Oliveira et al (2011)⁸, revelando um padrão de distribuição territorial semelhante ao observado na oferta de neurocirurgia, como pode ser visualizado na Figura 4.

Figura 04. Redes de Atenção Hospitalar de Alta Complexidade (cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, respectivamente)



Fonte: Oliveira et al. (2011).

8 O estudo envolveu os fluxos de origem e destino das pessoas para acesso a cirurgias oncológicas caracterizadas como sendo tratamento inicial para mama (mastectomia, radical com linfadenectomia, mastectomia simples, ressecção de lesão de mama, setorectomia, setorectomia com esvaziamento ganglionar, linfadenectomia radical axilar unilateral e bilateral e biópsia de mama) ocorridas entre janeiro e dezembro de 2005 e atendimentos ambulatoriais (quimioterapia e radioterapia) realizados entre julho de 2005 a junho de 2006.

O estudo revelou que a oferta de cirurgias de câncer de mama no país está organizada a partir de 110 redes, sendo que oito grandes centros distribuídos nas regiões de sudeste, nordeste e sul se destacam por representar 40% de oferta nacional. No sudeste, as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte respondem por 22,4% da oferta nacional, sendo que as duas primeiras juntas representam 19,4%.

Na região Nordeste, os centros mais importantes são Salvador, Fortaleza e Recife que juntos realizaram 12,8% do total de cirurgias oncológicas no período estudado. Finalmente, na região Sul, destacamos os centros de Porto Alegre e Curitiba que representam em conjunto 5,8% da oferta total do país. Essas são as oito redes que produzem cada uma mais de 500 cirurgias por ano.

A oferta de procedimentos de quimioterapia e radioterapia segue um padrão de distribuição territorial semelhante ao da cirurgia oncológica, uma vez que pertencem à mesma matriz produtiva. A oferta de procedimentos de quimioterapia foi aportada a partir de 88 redes, com considerável concentração regional. As cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Fortaleza, Salvador, Curitiba, Recife, Campinas e Barreto são responsáveis por 50,8% da oferta da oferta nacional.

Em um padrão semelhante, a oferta de radioterapia tem como suporte de provisão 70 redes diferentes, sendo que também 50% do total de procedimentos estão concentrados nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Belo Horizonte, Salvador, Fortaleza, Barretos, Curitiba, Recife e Botucatu (São Paulo).

Em ambas as redes, as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro possuem 17,6% e 18,3% da oferta nacional, respectivamente. Da mesma forma, nos três nichos de oferta relacionados à atenção oncológica, o número de redes com mais de 100 municípios nunca é superior a 14, o que mostra expressiva concentração territorial da oferta.

Embora os estudos sobre o mapeamento das redes de oferta de ações e serviços de saúde de média e alta complexidade não realizem avaliações explícitas sobre a suficiência da oferta em relação às necessidades de saúde da população, é possível verificar a presença de vazios sanitários, especialmente nas regiões Centro-Oeste e Norte do país.

Essa configuração segmentada internamente produz obstáculos significativos tanto para a articulação de cuidados e saberes clínicos específicos do setor saúde (promocionais, preventivos, curativos, de reabilitação, etc.) quanto para a integração com as demais políticas e sistemas de provisão de benefícios sociais da seguridade.

Além disso, paralelamente, e impulsionado por estímulos fiscais e de *marketing*, o setor suplementar de provisão de serviços de saúde se expandiu abarcando

parcela significativa da população brasileira com capacidade de renda, tornando-se um motor dinâmico de produção e movimentação de recursos físicos, humanos e financeiros, com impacto mais elevado no PIB, em termos de oferta de ações e serviços, do que o SUS.

As operadoras de assistência médica (com ou sem odontologia) são responsáveis pela cobertura de 23,4% da população brasileira, algo em torno de 44,8 milhões de beneficiários. Esse mercado caracteriza-se pela expressiva concentração institucional (aproximadamente 10% das operadoras respondem por 70% dos beneficiários), geográfica (65% dos beneficiários estão na região sudeste) e socioeconômica (aproximadamente 75% de cobertura no decil mais elevado de renda e em torno de apenas 5% no decil de menor renda) (ANS, 2010; NORONHA et al, 2010).

Em virtude do elevado volume de recursos movimentados, o setor possui significativa capacidade de influência sobre os patamares de preços setoriais, produzindo impactos negativos sobre as condições de contratação, organização e alocação de recursos do SUS, além de reafirmar os estímulos à concentração da oferta.

Como resultado, dois sistemas de atenção à saúde foram desenvolvidos simultaneamente, segmentados internamente, formando um híbrido institucional que produz resultados negativos para a política de saúde tais como barreiras de acesso, racionalização forçada de recursos (tetos restritivos e filas com prazo desproporcional à média), desigualdades regionais de acesso e utilização de serviços, descontinuidade do cuidado, baixa qualidade da atenção prestada, evasão de recursos, perda de qualidade de vida das pessoas, manutenção de patamares elevados de mortes por causas evitáveis, entre outros.

Esse quadro institucional, apesar dos significativos avanços do SUS nas últimas décadas, tem produzido expressivas insuficiências em termos de desenvolvimento de um modelo que promova a integração do cuidado. Diversas são as condições estruturais a serem superadas nas próximas décadas, podendo ser apontadas, em especial, as seguintes insuficiências:

- 1. Disfuncionalidade na distribuição da oferta:** há desigualdades na distribuição da oferta de ações e serviços saúde expressas em diferentes dimensões (territorial, socioeconômico, risco, etc.). Constata-se, em alguns casos, a presença de vazios sanitários e, em outros, de superposição de oferta.
- 2. Irracionalidade na alocação de investimentos:** a realização de novos investimentos raramente se orienta por critérios de insuficiência de oferta e necessidades de saúde, provocando maior desigualdade na distribuição da oferta.

3. Atenção primária pouco resolutiva e baixa capacidade de coordenação do cuidado: a configuração atual da Estratégia da Saúde da Família — ESF ainda não permite resolver a proporção dos problemas de saúde que se espera de uma atenção primária resolutiva, assim como lhe faltam instrumentos e capacidade institucional para exercer a função de articulação das ações e serviços de maior densidade tecnológica.

4. Baixa difusão de arranjos de cooperativos de trabalho clínico: grande parte das técnicas, instrumentos, mecanismos e estratégias para promover a cooperação, interdependência e a responsabilização compartilhada entre profissionais, equipes e unidades de saúde é utilizada apenas em ilhas de excelência do sistema.

5. Baixa eficiência dos sistemas de suporte ao trabalho clínico: os sistemas logísticos e de apoio não estão estruturados de forma a permitir o exercício adequado de suas funções para ampliar a eficiência do trabalho clínico. Há pouca difusão de instrumentos e sistemas de coordenação voltados para a construção de arranjos funcionais regionalizados, como os de transporte sanitário, comunicação, suprimentos, etc.

6. Pouca difusão de mecanismos de gestão da clínica: o estabelecimento de mecanismos de gestão como protocolos e linhas de cuidado, responsáveis pela definição de caminhos de acesso aos usuários e racionalização do trabalho dos profissionais, ainda está se iniciando em alguns núcleos de maior desempenho do sistema.

7. Insuficiência de formação profissional multidisciplinar: os processos de formação de profissionais relacionados à área de saúde têm se pautado em geral pela busca constante de maior especialização. As estratégias de formação profissional do trabalho multidisciplinar concentram-se ainda em cursos de maior aprofundamento acadêmico.

8. Pouca difusão da estratégia de avaliação tecnológica: a absorção de tecnologias, tratamentos e medicamentos novos ainda é feita, na maioria das vezes, de forma acrítica, sem critérios mais consistentes de impacto em termos de efetividade.

9. Pouca difusão de mecanismos de gestão da qualidade: o emprego de ferramentas de certificação e de melhoria da

qualidade também está concentrado em ilhas de excelência, sendo praticamente ausente em grande parte do sistema. Ainda não se verifica a difusão ampla de padrões de organização e gestão do trabalho, os quais orientam profissionais, usuários e gestores na ampliação da qualidade da atenção, a redução dos riscos e o aperfeiçoamento nos indicadores de utilização das unidades e recursos em saúde;

10. Baixa utilização de sistemas de monitoramento e avaliação:

o desempenho de profissionais, equipes e unidades de saúde também não tem sido avaliado de forma consistente e objetiva. O emprego de modelos de avaliação por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde, o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema.

11. Ausência de critérios consistentes de incorporação da oferta

conveniada e contratada: o comando constitucional de preponderância da oferta pública e a complementaridade da oferta privada e filantrópica não têm sido cumpridos em sua plenitude. Frequentemente, a incorporação de oferta não pública tem sido feita com base em séries históricas sem a presença de relações contratuais reguladas por instrumentos jurídicos baseados em metas.

12. Baixa articulação com outras políticas sociais:

apesar de ter sido definida, na Constituição de 1988, como parte integrante da Seguridade Social, compondo um conjunto de ações articuladas com outras políticas sociais, a saúde tomou, logo no início da década de noventa, um caminho próprio, com a especialização das fontes de financiamento, assim como cada uma das áreas da Seguridade Social se desenvolveu de forma separada. Há muito que se avançar na construção de estratégias de integração das diversas áreas da seguridade social tanto no interior de cada uma das esferas de Estado quanto entre essas.

Essas precariedades que dificultam a construção de um sistema de saúde baseado na integração do cuidado decorrem de um conjunto amplo de fatores, ligados tanto diretamente à atenção à saúde propriamente dita quanto a outras dimensões do sistema de saúde e de natureza institucional, socioeconômica, política e cultural.

Para a superação desses obstáculos, é imperiosa a formulação de estratégias e políticas capazes atuar de forma concomitante sobre os fatores de fragmentação presentes nas diversas dimensões. É importante que a ação governamental esteja fundamentada em subsídios consistentes acerca da dinâmica de organização da atenção à saúde no SUS. A construção de cenários prospectivos é uma ferramenta importante e exige um esforço adicional de pesquisa em linhas estratégicas.

4 | PROPOSTA DE AGENDA DE PESQUISA PROSPECTIVA

As necessidades de pesquisa relacionadas à construção de bases mais sólidas de conhecimento para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS são bastante diversificadas e abrangem uma gama ampla de questões.

É importante ressaltar que a integração do cuidado em rede, como tipo ideal, se materializa pela sintonia de aspectos que vão desde o micro-trabalho da relação entre profissional e cidadão até o macro-trabalho dos arranjos de regionalização. A partir da ênfase dada na literatura recente sobre redes no SUS, selecionamos 10 temas prioritários como propostas de linhas prioritárias de pesquisa a serem aprofundadas:

- 1. Perfil da demanda e da oferta de ações e serviços de saúde** — estudos sobre o comportamento da demanda por ações e serviços de saúde, tendo em vista tanto as tendências no padrão socioeconômico, demográfico e epidemiológico do país nas próximas décadas quanto as relações entre suas unidades político-administrativas.
- 2. Arranjos territoriais de referenciamento da política:** estudos relativos às alternativas de composição de unidades geográficas de base para o referenciamento das ações e serviços de saúde, considerando a necessidade de compor arranjos funcionais de serviços baseados em critérios de escopo, escala e necessidades de saúde da população em um território com a extensão e a diversidade socioeconômica, política e cultural como o brasileiro.
- 3. Atenção primária como coordenadora do cuidado** — estudos referentes às características de organização e dinâmica de funcionamento da Estratégia da Saúde da Família — ESF, especificamente no que concerne à atuação como porta de entrada do sistema, sua competência para responder de forma resolutiva aos problemas de saúde mais comuns da população e

à capacidade de coordenação do cuidado médico especializado e de articulação com outros cuidados sociais.

4. Novos formatos de organização de serviços: estudos sobre tendências de formação profissional em saúde, formatos de organização de equipes de trabalho, tipos de unidades de saúde, utilização de tecnologias remotas de trabalho, humanização da relação profissional/cidadão/família, modelos de atenção alternativos ao paradigma biomédico, etc., cuidados domiciliares, com o objetivo de criar oportunidades de desenvolvimento de formatos mais resolutivos, flexíveis e integrados, especialmente os voltados para condições crônicas.

5. Gestão da clínica em redes de atenção: estudos sobre experiências de utilização de mecanismos típicos de gestão da clínica, tais como protocolos de cuidados, metodologias de classificação de risco, gestão de casos, linhas de cuidado, gestão de patologias, auditoria clínica, entre outros, buscando identificar que fatores institucionais favorecem sua incorporação, quais os resultados em termos de integração do cuidado, quais os impactos em termos de qualidade, eficiência e satisfação do usuário, entre outros.

6. Sistema de apoio e sistemas logísticos: estudo sobre a eficiência de diferentes formatos de sistemas de apoio diagnóstico, de transporte em saúde, de acesso regulado, de assistência farmacêutica, etc., em diferentes contextos político-administrativos (municípios de diversos tamanhos, estados e União), econômicos e culturais com o objetivo de identificar quais os formatos são mais adequados a determinados contextos, como interagem com o processo de integração clínica, como podem ser articulados entre si, etc.

7. Integração entre cuidados médicos e cuidados sociais: estudos relativos às estratégias e instrumentos utilizados nos processos de articulação entre as ações de saúde e as de outras políticas sociais, tais como as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, entre outras. Ênfase especial poderia ser conferida aos condicionantes dessa articulação (institucional, gerencial, econômico, político e cultural), assim como aos resultados em termos de seus impactos sobre a evolução de condições de saúde da população, especialmente nos casos de condições crônicas.

8. Sistemas de avaliação e melhoria da qualidade: estudos referentes às estratégias de introdução de programas de avaliação da qualidade da atenção prestada e de métodos de avaliação de desempenho de profissionais, equipes, unidades, arranjos de unidades por metas coletivas, município, regiões de saúde, etc. A análise das principais barreiras encontradas, das estratégias empregadas para superá-las e das inovações construídas podem ser de interesse especial para processos de *benchmarking*.

9. Acesso e integração regional — estudos relativos a estratégias de integração entre sistemas municipais de saúde de menor porte e complexidade e os centros regionais e estaduais de referência, especialmente no que se refere ao planejamento de oferta complementar, alocação da oferta existente, equidade no acesso, instrumentos de regulação gerencial, etc.

10. Eficiência econômica e racionalidade sistêmica: estudos sobre eficiência técnica e alocativa de recursos, relacionada a tratamentos especializados, equipamentos, insumos, processos de trabalho em saúde, etc., com o objetivo de proporcionar subsídios consistentes para reduzir custos, buscar tecnologias alternativas com maior potencial de equidade e ampliar o bem e a qualidade de vida usuários. Outros temas também poderiam ser abordados nesse conjunto, como a análise da dinâmica de difusão de novas tecnologias em saúde, os processos de incorporação de medicamentos e equipamentos, estratégia de obtenção de economias de escopo e escala na média e na alta complexidade, entre outros.

Esse conjunto não esgota as necessidades de busca de subsídios para o aperfeiçoamento das redes de atenção no SUS, mas permite aprofundar o entendimento das principais questões operacionais mais complexas da agenda atual do SUS. Cada uma dessas linhas ainda precisa ser detalhada e dimensionada na forma de projetos específicos de pesquisa.

5 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRENECHEA, J. J.; TRUJILLO, E.; CHORNY, A. **Salud para Todos en el Año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud**. Medellín: Universidad de Antioquia/ OPS/OMS, 1990. 323 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA/DAB. **Números da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de Saúde. Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**: Portaria GM / MS 373 (27 de fevereiro de 2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mais Saúde**: direito de todos — 2008-2011. 5. ed. Brasília, 2007. 128 p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pacsauade/programa.php>>. Acesso em: 20 out. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil**: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG; Cedeplar, 2007. 28 p. Texto para discussão n. 318.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

COCHRANE A.L. **Effectiveness and efficiency**. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. (Reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London (ISBN 1-85315-394-X).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **The integration of health care**: dimensions and implementation. Canada: Université de Montréal, 2003. 27 p. n. 04-01.

CRIMMINS, E. M.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? **Journal of Gerontology**: Social Sciences, St. Louis, v. 66, n. 1, p. 75-86, 2011.

DIAZ, V. P. **Organizaciones Sanitarias Integradas em Países con Distintos Sistemas de Salud**. Dissertação (Mestrado). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 8, n. 23, p. 1-6, 2008.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.

FLEURY, S., MAFORT, A. L. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204 p.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. Rio de Janeiro: Abrasco; Cebes; Abres; Rede Unida; Ampasa, 2006. 8 p.

FRIES, J. F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 303, n. 3, p. 130-135, 1980.

FURTADO, C. **Desenvolvimento e subdesenvolvimento**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. Y. Regionalização da Saúde e consciência regional. **Hygeia — Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 35-46, 2006.

GILLIES, R. R. et al. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. **Hospital & Health Services Administration**, Chicago, v. 38, n. 4, p. 467-489, 1993.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. **Clinically integrated systems: the next step in English health reform?** London: The Nuffild Trust, 2007. 11 p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de informações básicas municipais: perfil dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: Ministério da Cultura; IBGE, 2006. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/cultura2006/cultura2006.pdf. Acesso em: 16 jul. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

KODNER, D. L.; SPREEUWENBER, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, Netherlands, v. 14, n. 2, p. 1- 6, 2002.

KUSCHNIR, R. **A construção da regionalização**: nota técnica sobre o Pacto pela Saúde. Versão preliminar. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2007.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEAT, P.; PINK, G. H.; GUERIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Health Care Papers**, Toronto, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LEAVELL, H.R e CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill do Brasil, 1976.

LERNER, M. **Modernization and health**: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association. São Francisco, 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LLOYD, J.; WAIT, S. **Integrated care**: a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future, 2005. 22 p.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. **Divulg. saúde debate**; (42):12-22, abr. 2008.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. **Sistemas integrados de serviços de saúde**: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo., 2000.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. 154 p. Mimeo.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2297-2305, 2010.

MESA-LAGO, C. **Las reformas de salud en América Latina y el Caribe**: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal, 2005.

MUR-VEEMAN, I. et al. **Comparison and reflection**: integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier, 2003.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? **Health Policy**, v. 85, n. 2, p. 172-183, 2008.

NASH, D. et al. **Practicing medicine in the 21st Century**. Florida: American College of Physicians Executives, 2006. 414 p.

NAVARRETE, L. V. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.

NICOLETTO, S. C. F.; CORDONI JUNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005.

NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. Maidenhead: Open University Press, 2008. 214 p.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). **Chronic Disease Management**. New York,: Springer Science, 2007. 384 P.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais: o caso do câncer de mama. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.

OLIVEIRA, F. **A economia brasileira: crítica à razão dualista**. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Sistemas integrados de servicios de salud. Documento de trabajo**. VII Foro Regional — Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito: 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OMS/OPS, 2008. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

PAIM, J. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: Anvisa, ISC/UFBA, 2001. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, número especial, p. 73-78, 2006.

PIOLA S.F.;SERVO L.M.S.; SÁ E.B.; PAIVA A.B.; JAKOB A.C.Estruturas de financiamento e gasto do sistema de saúde brasileiro. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 323 p.

PIZZARO DÍAZ, V. **Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de**

- salud**. 2004. 86 f. Dissertação (Mestrado) — Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2004. Disponível em: <www.consorcio.org/publicacions/catalog-de-publicacions/tesi-doctorals-i-tesines/pizarro-diaz-v.-organizaciones-sanitarias-integradas-integradas-en-paises-con-distintos-sistemas-de-salud--tesina-.-barcelona-2004/?searchterm=DIAZ>. Acesso em: 15 dez. 2008.
- RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 771-782, 2009.
- ROBINE, J. M.; CHEAUNG, S. L. K. Nouvelles observations sur la longévité humaine. **Revue Économique**, Paris, v. 59, n. 5, p. 941-953, 2008.
- SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing the evidence on European health care reforms. **Health Affairs**, Millwood, v. 17, n. 2, p. 85-108, 1998.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos**. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
- SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes en México. **Salud Pública de México**, v. 45, supl. 1, p. S140-S152, 2003.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
- SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa; Conasems, 2008.
- SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. Redes de atenção à saúde na agenda de prioridades do SUS. **Revista do Conasems**, Brasília, 2008.
- SMITH, G.; CLARKE, D. Assessing the effectiveness of integrated interventions: terminology and approach. **Medical Clinics of North America**, v. 90, n. 4, p. 533-548, 2006.
- SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.
- STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**. 10:15, 2011.
- TAVARES, M. C. **Da substituição de importações ao capitalismo financeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- TODD, W. Strategic alliances. In: TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing; San Francisco: Jossey-Bass, 1996. p. 281-304.
- TODD, W.; NASH, D. (Ed.). **Disease management: a systems approach to improving patient outcomes**. Chicago: American Hospital Publishing; San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 92 p. (Projeto Economia da Saúde. Cooperação técnica Brasil--Reino Unido)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP). **O setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2000. Caderno n. 46.

WOLFF J.L.; STARFIELD B.; ANDERSON G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. **Arch Intern Med**. 162(20):2269-76, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2002. 105 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Decentralization in health care**. Brussels: Open University Press; Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making decisions on public health**: a review of eight countries. Brussels: Open University Press; Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated health services**: what and why? Geneva: WHO, 2008. Technical Brief n. 1.

ZUCCH, I. P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.