

# Redes de atenção à saúde: das concepções à realidade

Ligia Bahia  
UFRJ

## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

- Primeiras propostas de regionalização a partir da discussão da área de abrangência de hospitais, em torno de 1860, na Inglaterra
- Ainda em 1890, proposta instância para coordenação de todos os hospitais e dispensários para provisão unificada de cuidado para um distrito

## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

### Relatório Dawson – 1920

- Dawson é um pioneiro delineou o esquema de rede
- Médico que trabalhou na organização de serviços de emergência na I guerra
- O primeiro Ministro da Saúde o nomeou coordenador de uma comissão para definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada”

Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn)

## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

### Relatório Dawson

Introdução/ Justificativa “...só pode ser assegurada mediante uma organização nova e ampliada, **distribuída** em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e da profissão médica”

## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

### Relatório Dawson

- “Com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e as enfermidades se tornam mais complexas, reduzindo-se o âmbito da ação individual e exigindo, ao contrário, esforços combinados”
- “ A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido e em qualquer plano de serviços médicos devem coordenar-se estreitamente”

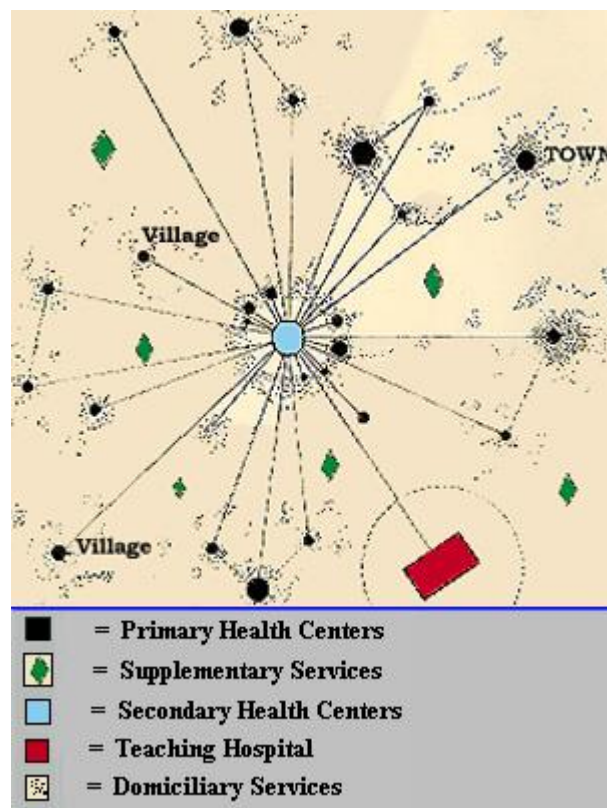
## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

### Relatório Dawson

- Serviços “domiciliares” apoiados por centros de saúde primários e auxílio de laboratórios, radiografias e acomodação para internação
- Nas cidades maiores, centro de saúde secundários, com serviços **especializados no mínimo, clínica, cirurgia, gineco, oftalmo, otorrino**

Localização “de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte” e com “as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego” , variando “em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias”

## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização



## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

### Relatório Dawson

“para maior eficácia e progresso do conhecimento, deveria estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas; **no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica”**



## Breve Histórico: Redes de Atenção/Regionalização

### Relatório Dawson

“**Todos os serviços** – tanto curativos como preventivos – **estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área**. É indispensável a unidade de idéias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade”

# NHS

## **The principles of the NHS**

The NHS was based on principles unlike anything that had gone before in health care. Few other countries followed this pathway outside the eastern (Soviet) block. Others tended to rely on insurance based schemes.

- It was financed almost 100% from central taxation. The rich paid more than the poor for comparable benefits and this as a crucial part of the scheme
- Everyone was eligible for care, even people temporarily resident or visiting the country. People could be referred to any hospital, local or more distant.
- Care was entirely free at the point of use, although prescription charges and dental charges were subsequently introduced

## Rede de Serviços: Concepções

A noção de rede remete a várias concepções e significados, estando presente em quase todos os sentidos a ideia de conexão, entrelaçamento, comunicação.

Assim, uma rede de ações e serviços de saúde também pressupõe conexões e comunicações.

Quando se diz que um serviço de saúde está integrado numa rede, deve-se compreender que ele não conseguirá sozinho resolver as demandas que ocorrem a uma unidade e que terá que contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), bem como com outras redes que se articulam com o setor saúde e que lhe dão suporte, como a educacional, a de ciência e tecnologia, a de transportes e de infraestrutura, entre outras.

## Rede de Serviços: Concepções

A construção de redes de atenção à saúde representa um desafio de enorme complexidade. Envolve uma série de questões, que vão desde o “desenho” das próprias redes – incluindo a definição dos vários equipamentos sociais e serviços de saúde que a compõem, suas diferentes funções, finalidades e modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação das ações desenvolvidas, entre outros – até os mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde.

## Rede de Serviços: Concepções

A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização).

## Rede de Serviços: Concepções, Escala

O pressuposto da economia de escala relaciona-se com a otimização dos recursos disponíveis. Quando se considera, por exemplo, um centro cirúrgico, há que se levar em conta toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, não varia com o número de atendimentos realizados (volume da produção). Portanto, manter uma sala cirúrgica apenas para realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter duas, sendo necessário otimizar os recursos disponíveis, concentrando-os em poucas unidades. Outro bom exemplo dessa situação é o das unidades de terapia intensiva (UTI). Do mesmo modo que para um centro cirúrgico, manter uma UTI com dois leitos é relativamente mais caro que manter uma UTI com dez leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira será mais caro que na segunda.

## Rede de Serviços: Concepções/ Escopo e Qualidade

Quanto à qualidade e escopo, o volume de produção está relacionado à melhoria do desempenho dos serviços de saúde de maior complexidade. Dessa forma, dificuldades para manutenção da expertise do staff são maiores para um serviço de cirurgia cardíaca que realiza um procedimento por semana do que para um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Não por acaso, um serviço, para que possa se tornar um centro formador de recursos humanos, deve manter uma produção mínima que permita o treinamento de profissionais.

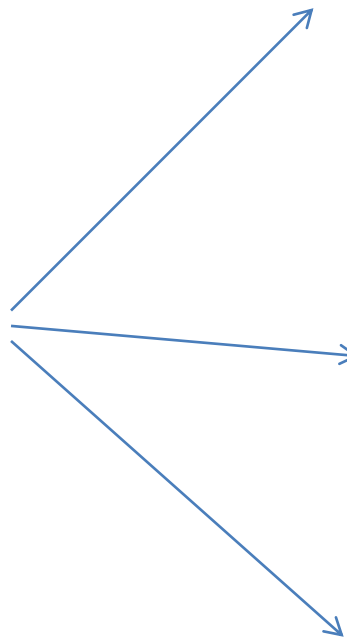
## Contratos de Planos/ Garantia de Cobertura/ Credenciamento de Serviços

Quantidade e Qualidade (especialidades)  
relacionadas com as coberturas previstas  
pelas normas legais

Em que território?

Para que empresas  
empregadoras?

Para que “tipo” de plano

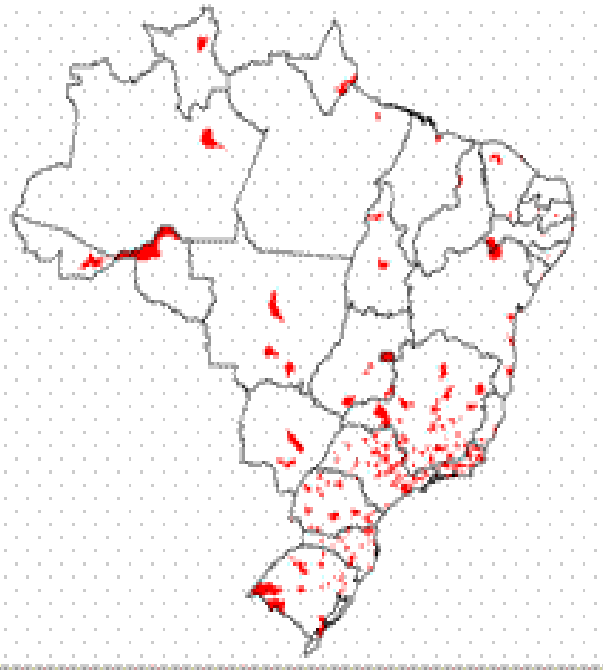




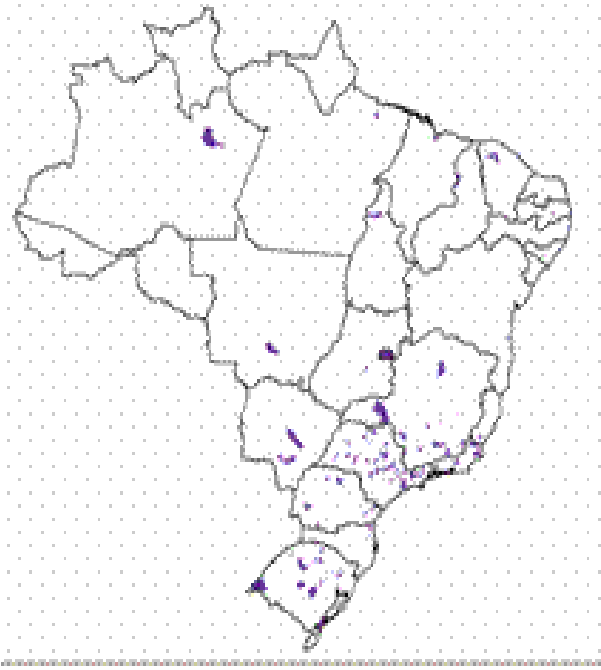
# O sistema de saúde no **território**: desigualdade

Municípios com registro de internações hospitalares no SUS,  
por procedimentos de alta complexidade selecionados - Brasil, 2005

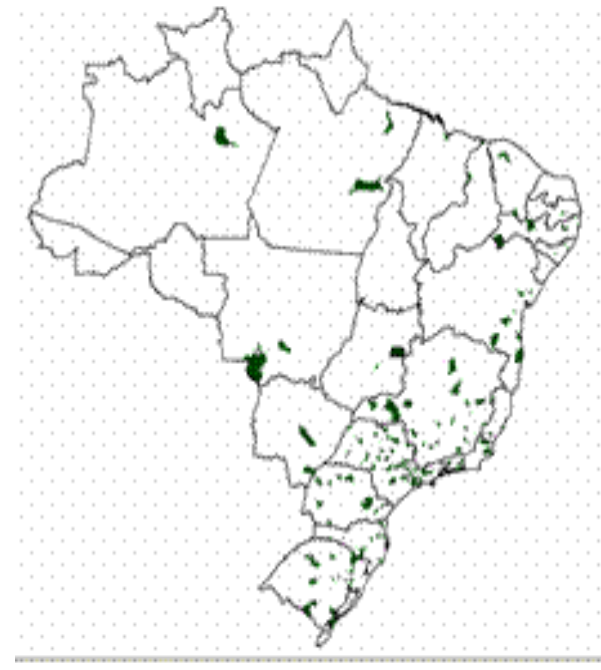
Cardiologia



Cirurgia Oncológica

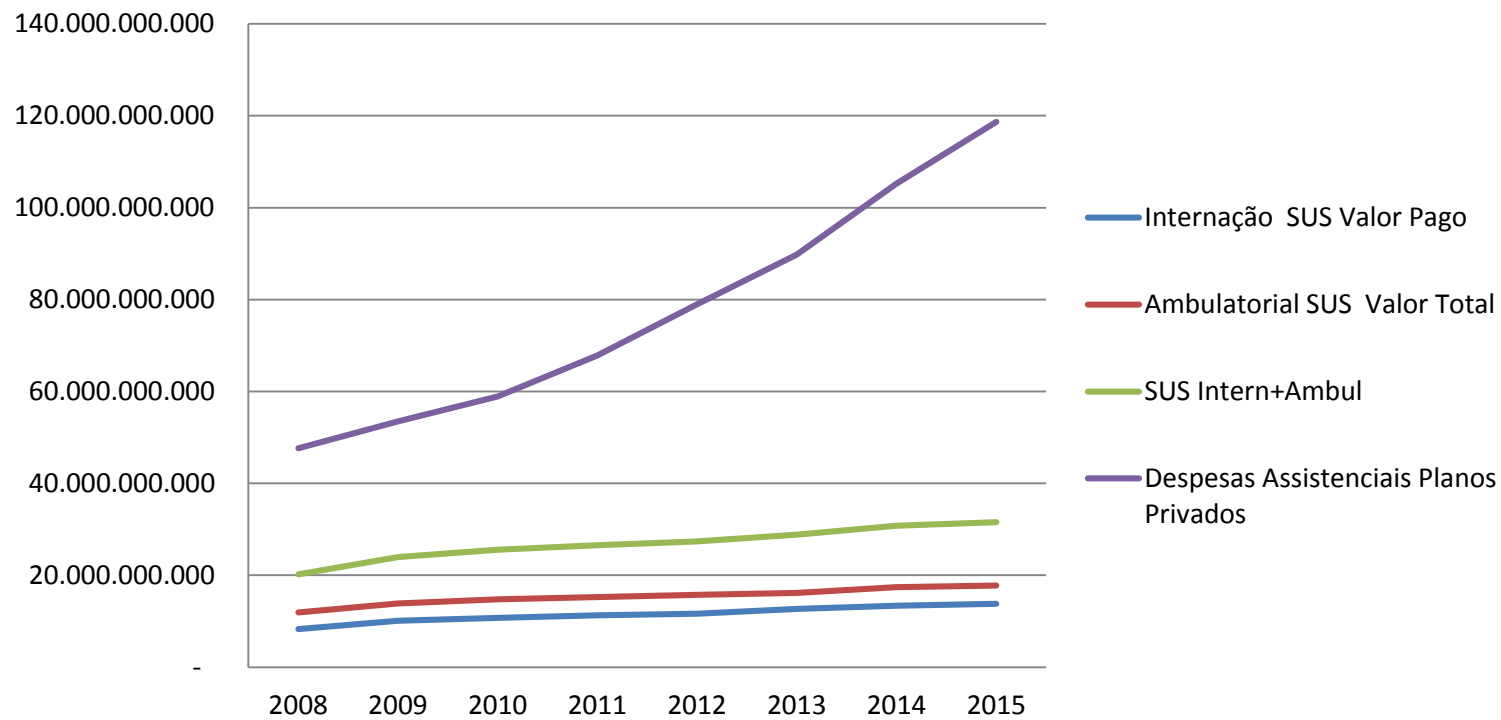


Transplantes



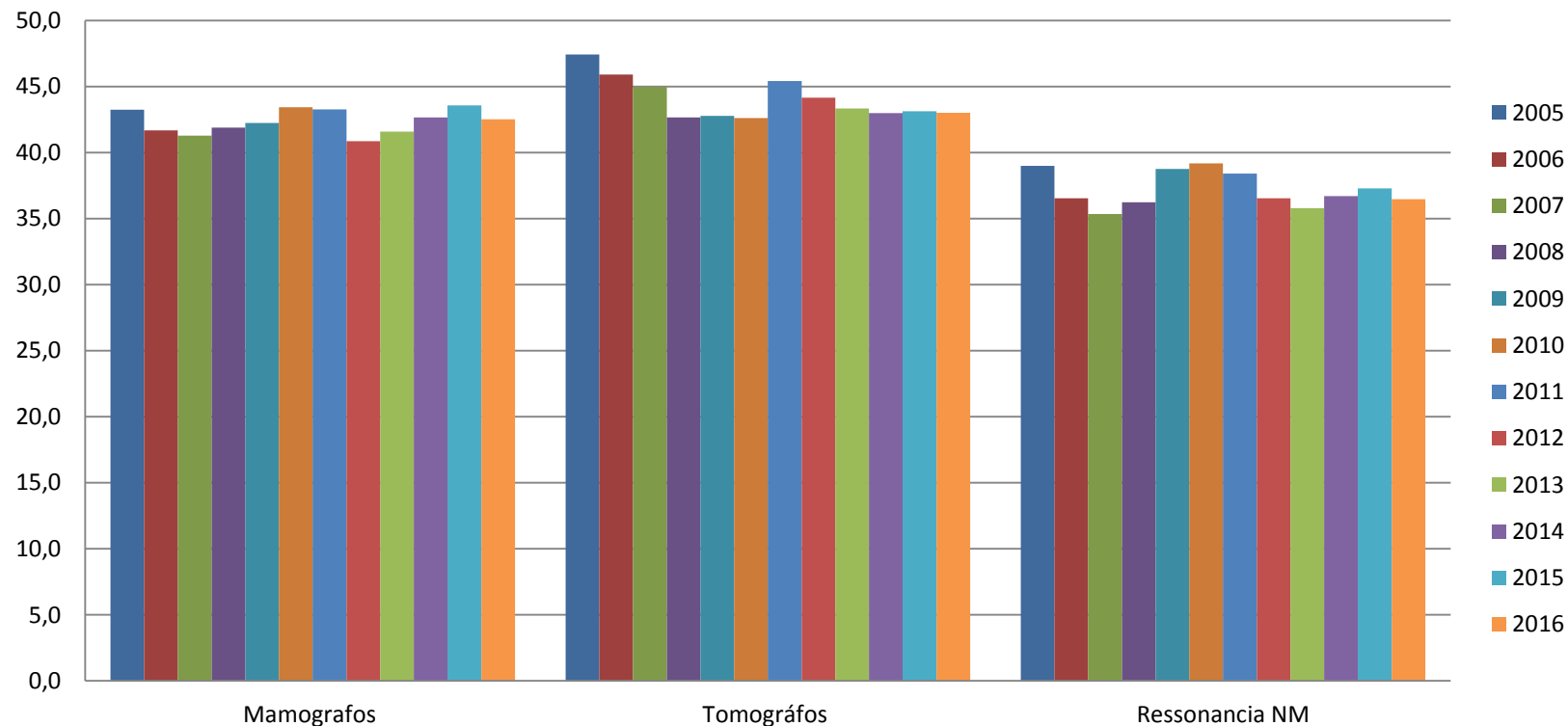
# Desafios

## Gastos Assistenciais, SUS e Empresas de Planos Privados, Brasil 2008 a 2015



# Desafios

## Equipamentos Seleccionados Proporção SUS, Brasil 2005 a 2016



Porporção da População com Cobertura de Plano Privado de Saúde

Ano %

1998

24,5

2003

24,6

2008

25,9

2013

27,9

Fonte: IBGE Suplemento Saúde Pnad 1998, 2003 e 2008 e Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

## Contratos de Planos/ Garantia de Cobertura/ Credenciamento de Serviços

### Desafios

#### As principais Barreiras ao Acesso e Uso

- “Vazios” quantidade e qualidade
- Oferta “aos pedaços”
- Racionamento mediante “autorizações”

Contratos de Planos/ Garantia de Cobertura/ Credenciamento de Serviços

Desafios

As principais Barreiras ao Acesso e Uso Continuado/ Integralidade do Cuidado

- Coordenação
- Monitoramento
- Avaliação de resultados

# Desafio Conjuntural

Planos baratos/populares/acessíveis

“Para todo problema complexo existe uma  
solução simples, fácil – e errada” H.L.  
Menckel (1880-1956)