

# REGIONALIZAÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

# **A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PACTO DE GESTÃO**

**A REGIONALIZAÇÃO É UMA DIRETRIZ DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E UM EIXO ESTRUTURANTE DO PACTO DE GESTÃO E DEVE ORIENTAR A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E OS PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO ENTRE OS GESTORES**

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE – PORTARIA 399-GM, 2006

# O CONCEITO DE REGIÕES DE SAÚDE

**AS REGIÕES DE SAÚDE SÃO RECORTES TERRITORIAIS INSERIDOS EM UM ESPAÇO GEOGRÁFICO CONTÍNUO, IDENTIFICADAS PELOS GESTORES MUNICIPAIS E ESTADUAIS E APROVADAS NAS CIB's**

# OBJETIVOS DA REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- GARANTIR ACESSO, RESOLUTIVIDADE E QUALIDADE ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE CUJA COMPLEXIDADE E CÔNTINGENTE POPULACIONAL TRANSCENDA A ESCALA LOCAL/MUNICIPAL
- GARANTIR O DIREITO À SAÚDE, REDUZIR DESIGUALDADES SOCIAIS E TERRITORIAIS E PROMOVER A EQUIDADE
- GARANTIR A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A SAÚDE ATRAVÉS DA ORGANIZAÇÃO DE REDES DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE INTEGRADAS
- POTENCIALIZAR O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO, FORTALECENDO ESTADOS E MUNICÍPIOS PARA EXERCEREM PAPEL DE GESTORES E ORGANIZANDO AS DEMANDAS NAS DIFERENTES REGIÕES
- RACIONALIZAR OS GASTOS E OTIMIZAR OS RECURSOS, POSSIBILITANDO GANHOS EM ESCALA NAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA REGIONAL

# OS TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

- **OS TERRITÓRIOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS:**  
OS TERRITÓRIOS DE DESCONCENTRAÇÃO DAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE. POR EXEMPLO, AS GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
- **OS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS:**  
OS TERRITÓRIOS DE DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL ÓTIMA DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA A CONFORMAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE QUE SE EXPRESSAM NOS PLANOS DIRETORES DE REGIONALIZAÇÃO

FONTE: MENDES (2001)

# AS ESCALAS MÍNIMAS DOS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS

- **A MACRORREGIÃO SANITÁRIA: MÍNIMO DE 500 MIL HABITANTES**
- **A MICRORREGIÃO SANITÁRIA: MÍNIMO DE 100 MIL HABITANTES**

FONTE: KRONICK et al. (1993); BENGOA (2001)

# OS CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DOS PLANOS DIRETORES DE REGIONALIZAÇÃO

- A CONTIGÜIDADE INTERMUNICIPAL
- A SUBSIDIARIDADE ECONÔMICA E SOCIAL
- A ESCALA ADEQUADA (COMPATIBILIZAÇÃO DE ECONOMIA DE ESCALA E EQÜIDADE NO ACESSO)
- A ESCALA COMO PROXY DA QUALIDADE
- A IDENTIDADE SOCIAL, ECONÔMICA E CULTURAL
- OS FLUXOS VIÁRIOS (INFRA-ESTRUTURA DE TRANSPORTES E COMUNICAÇÃO SOCIAL)
- OS FLUXOS ASSISTENCIAIS

# AS RELAÇÕES ENTRE OS TERRITÓRIOS SANITÁRIOS E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO

- **O TERRITÓRIO MACRORREGIONAL:**  
A AUTOSUFICIÊNCIA EM ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE  
(ALTA COMPLEXIDADE)
- **O TERRITÓRIO MICRORREGIONAL:**  
A AUTOSUFICIÊNCIA EM ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE  
(MÉDIA COMPLEXIDADE)
- **O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**  
A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- **O TERRITÓRIO DA MICRO-ÁREA:**  
A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

# O CONCEITO DE NÍVEIS DE ATENÇÃO

- OS NÍVEIS DE ATENÇÃO ESTRUTURAM-SE POR ARRANJOS PRODUTIVOS DA SAÚDE, CONFORMADOS SEGUNDO DENSIDADES TECNOLÓGICAS ESPECÍFICAS
- OS SISTEMAS DE SAÚDE ORGANIZAM-SE NOS SEGUINTE NÍVEIS DE ATENÇÃO:  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (“BAIXA COMPLEXIDADE”)  
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE (“MÉDIA COMPLEXIDADE”)  
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE (“ALTA COMPLEXIDADE”)

FONTE: MENDES (2001)

# PDR – CRITÉRIOS

OBJETIVOS	CRITÉRIOS
A – Ganho de Escala	Mínimo 150.000 habitantes <sup>1</sup> para microrregião
B – Acessibilidade geográfica e viária	a) Distância em Relação ao Pólo – 150 Km b) Máximo de 2 horas em vias não pavimentadas, ideal 1h e 20 minutos

<sup>1</sup> Referências: ALETRAS, V. ; JONES A & SHELDON, T.A. Economies of scale and scope. IN: FERGUSON, B. ; SHELDON, T.A. & POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare. 1997.

# O PRINCIPAL PROBLEMA DO SUS

**A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRIPLA CARGA DE DOENÇA, COM PREDOMINÂNCIA RELATIVA FORTE DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE ATENÇÃO À SAÚDE, VOLTADO PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS.**

# **O CONCEITO DE SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**

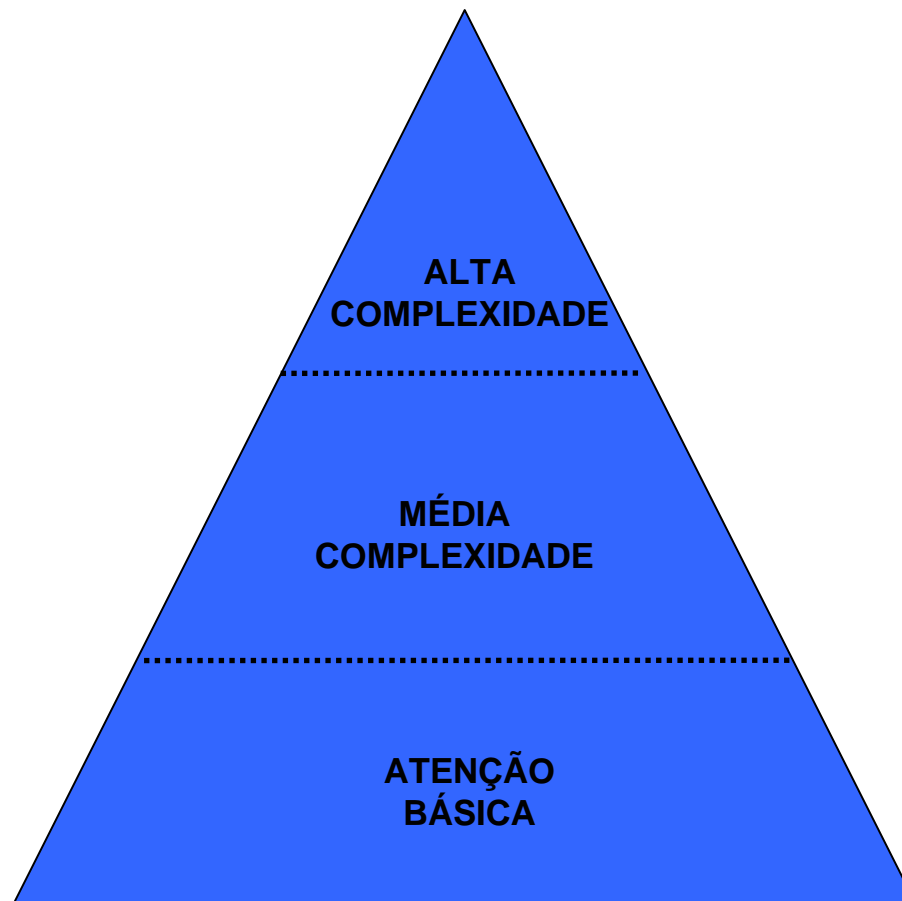
**OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO  
RESPOSTAS SOCIAIS, ORGANIZADAS  
DELIBERADAMENTE, PARA RESPONDER ÀS  
NECESSIDADES DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES, EM  
DETERMINADA SOCIEDADE E EM CERTO TEMPO.**

FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000); MENDES (2002)

# A FRAGMENTAÇÃO NO SUS

- A PEQUENA DIVERSIDADE DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.
- A PRECARIEDADE DA FUNÇÃO DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMUNICANDO OS DIFERENTES PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.
- A ATENÇÃO ISOLADA NOS PONTOS DE ATENÇÃO SEM VISÃO SISTÊMICA, GERANDO POUCO VALOR PARA OS USUÁRIOS EM TERMOS DE UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE.

# A CONCEPÇÃO HIERÁRQUICA DO SUS



# O CONCEITO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

**É A ORGANIZAÇÃO HORIZONTAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE, COM O CENTRO DE COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, QUE PERMITE PRESTAR UMA ASSISTÊNCIA CONTÍNUA A DETERMINADA POPULAÇÃO - NO TEMPO CERTO, NO LUGAR CERTO, COM O CUSTO CERTO E COM A QUALIDADE CERTA - E QUE SE RESPONSABILIZA PELOS RESULTADOS SANITÁRIOS E ECONÔMICOS RELATIVOS A ESSA POPULAÇÃO**

# OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **Os princípios organizativos** (economia de escala; grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção a saúde)
- **Os territórios sanitários** (população adscrita)
- **As formas de integração** (horizontal: fusão ou aliança estratégica; vertical – unidades produtivas diferentes)
- **As diretrizes clínicas** (protocolos, linhas-guia)

# A RELAÇÃO DIALÉTICA ENTRE ESCALA, QUALIDADE E ACESSO NA CONSTRUÇÃO DO PDR

- ECONOMIA DE ESCALA



- ACESSO

- QUALIDADE

# As Características das Redes de Atenção à Saúde

- Organizadas de forma integral: ações de promoção da saúde e de prevenção, cura, cuidado, reabilitação ou palição das doenças;
- Coordenadas pela atenção primária à saúde;
- Orientadas para a atenção às condições agudas e crônicas e eventos agudos;
- Focadas em processos

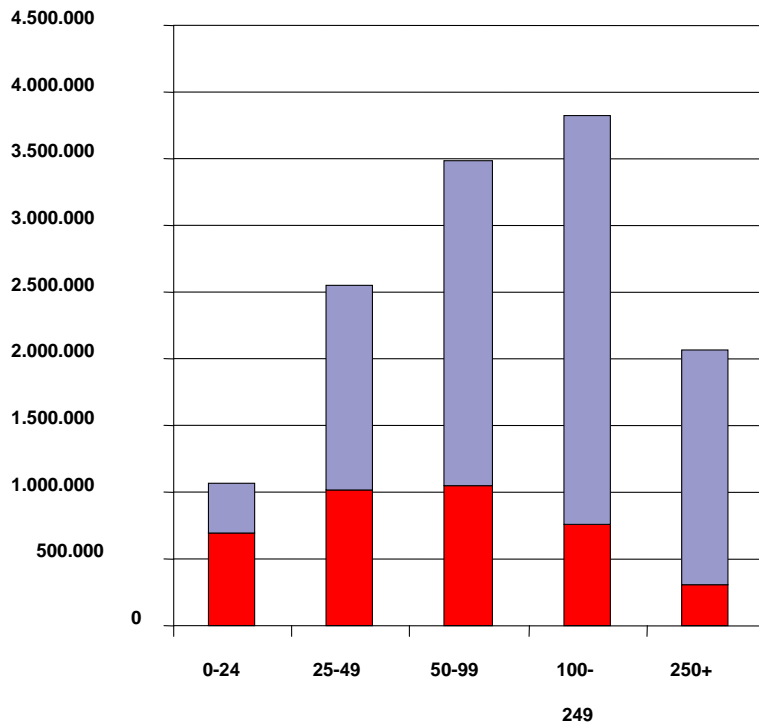
# POR QUE REDE?

- Foco nas necessidades de saúde da população.
- Correspondência entre capacidade de oferta de serviços e necessidades.
- Coordenação e articulação da atenção envolvendo vários prestadores.
- Sistemas de informação articulando pacientes, prestadores e pagadores e subsidiando a tomada de decisão.
- Qualidade e efetividade do cuidado e satisfação do usuário.
- Uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para harmonizar os diversos níveis decisórios - gestão, corpo clínico e outros profissionais – induzindo o compartilhamento de objetivos.

# Brasil: Por que Redes?

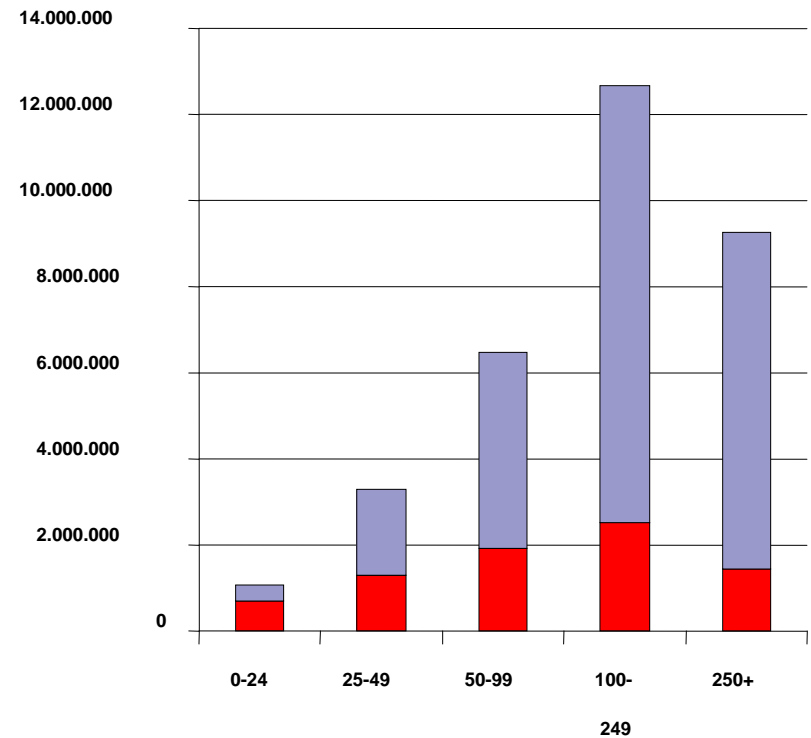
## Internações e gastos hospitalares evitáveis por atenção primária, 2002

Internações



■ evitável ■ inevitável

R\$000



■ evitável ■ inevitável

# Brasil: Por que Redes?

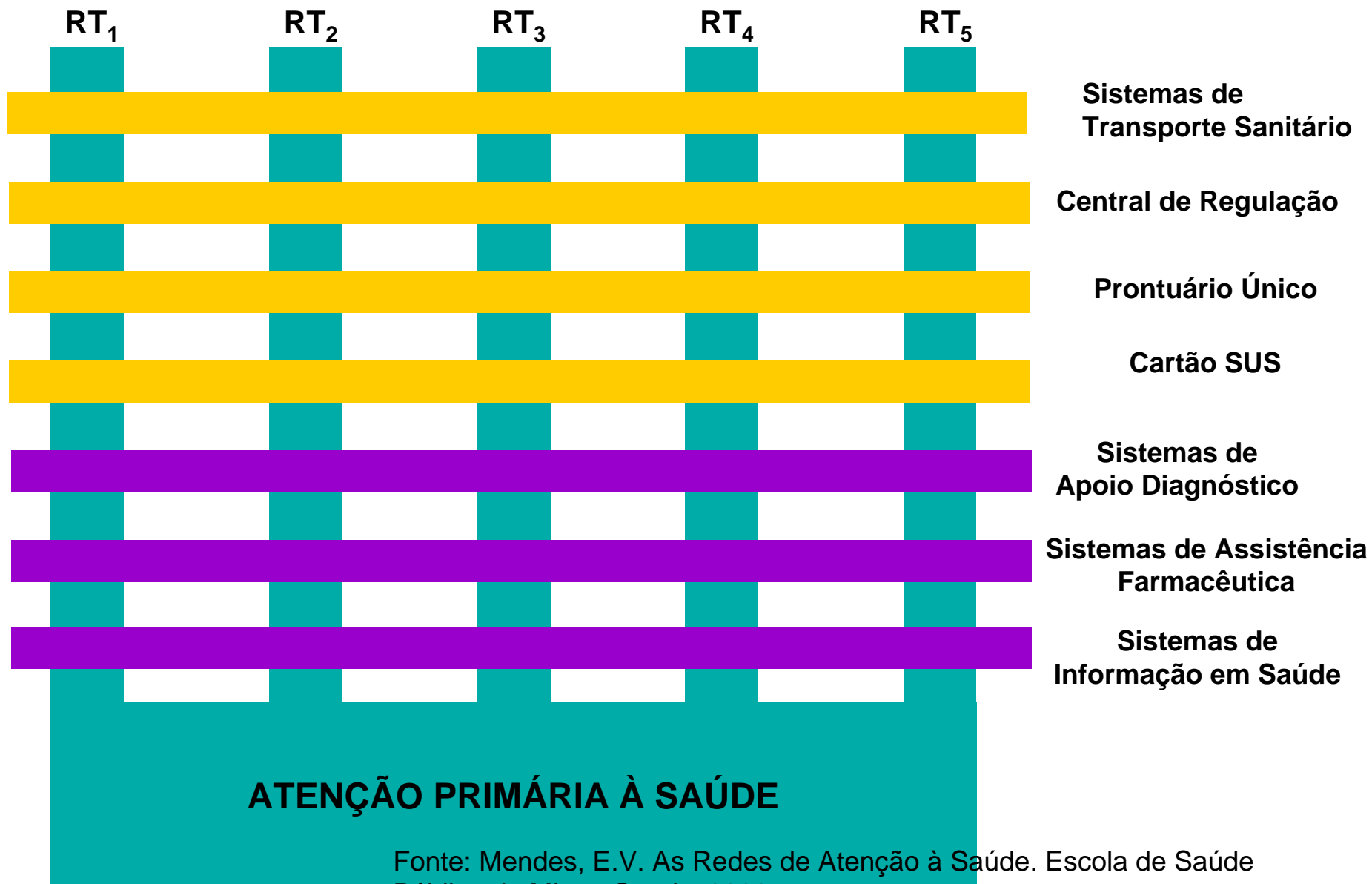
## O vínculo entre escala e qualidade

### Cirurgia de Revascularização Cardíaca Brasil, 1995

Procedimentos por Hospital	No. de Hospitais	Total de Procedimentos	Mortes totais	Taxa de Mortalidade
1-9	22	93	12	12.9
10-49	31	681	86	12.6
50-149	43	2947	264	10.0
150-299	23	8077	509	6.3
300+	5	4269	228	5.2

Source: Noronha, 2001 and 2003; WHO, 2003

# REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: Mendes, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

# **OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- 1. Uma população e território definido, amplo conhecimento das necessidades e preferências de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde;**
- 2. Uma grande diversidade de pontos de atenção, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob uma única coordenação organizacional;**
- 3. Uma atenção primária que atua como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população;**
- 4. Disponibilização de serviços ambulatoriais de especialidade no lugar mais adequado, os quais devem ocorrer preferencialmente em ambientes ambulatoriais;**
- 5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção;**

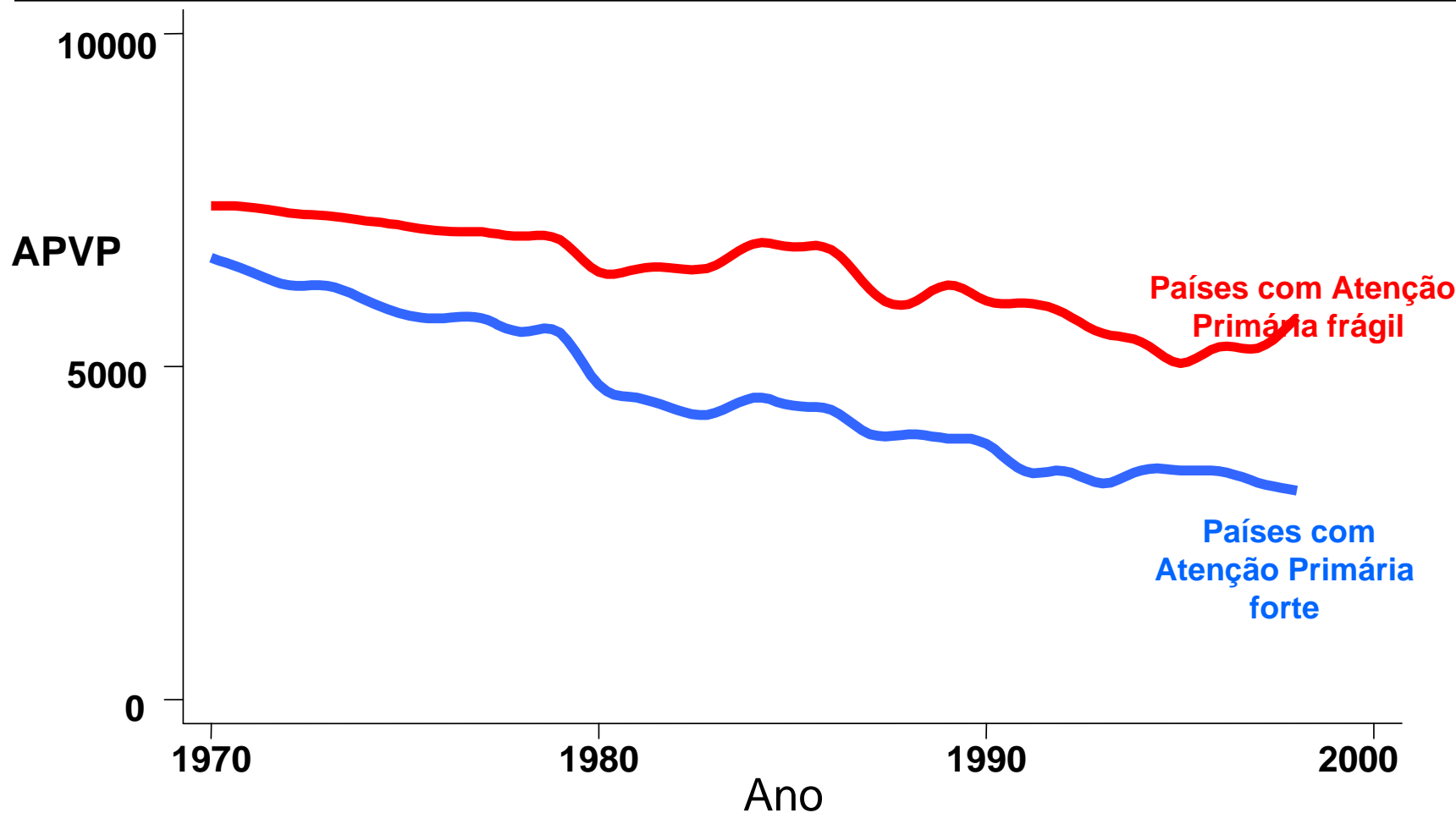
# **OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

- 6. O cuidado de saúde centrado no indivíduo, nas famílias e na comunidade em determinado território;**
- 7. Um sistema de governança participativo e único para todo o sistema;**
- 8. Gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico;**
- 9. Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema;**
- 10. Sistema de informação integrado e que vincula todos os membros do sistema;**
- 11. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema;**
- 12. Ação intersetorial ampla.**

# RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DIABETES

- **REDUÇÃO DE 50% NAS AMPUTAÇÕES DE EXTREMIDADES**
- **REDUÇÃO DE 50% NAS DOENÇAS RENAIIS GRAVES**
- **REDUÇÃO DE 60% NAS CEGUEIRAS POR RETINOPATIAS**
- **REDUÇÃO DE 40% NOS DIAS PERDIDOS DE TRABALHO**

# TIPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E MORTALIDADE PREMATURA EM 18 PAÍSES DA OCDE



**Essas situações colocam para os gestores do SUS a necessidade de inovar este modelo de atenção e adotar medidas para que as ações e os serviços de saúde sejam integrados e alcancem melhores resultados sanitários e atendam as necessidades de saúde da população.**

**“A grande revolução nos sistemas de Saúde só será possível quando o cerne da discussão for o valor gerado para o usuário”**



**“Problemas complexos requerem soluções complexas e sistêmicas.” Eugênio Vilaça**