

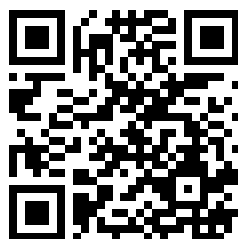
# 6


## Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar

# BIBLIOTECA DIGITAL DO CONASS



Tenha acesso a centenas de publicações sobre a gestão do SUS, disponíveis gratuitamente na biblioteca digital do Conass. É só baixar e compartilhar!





**A** área de atenção especializada tem sido conceituada e delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica (tecnologias especializadas).

Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde, deve-se reconhecer que é a atenção primária que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Se por um lado, enquanto a rede de serviços de atenção primária deve ser extremamente capilarizada, com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, de outro lado, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (SOLLA; CHIORO, 2012).

### ***Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)***

**A** Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui-se em um problema nos sistemas de atenção à saúde em geral e, no Sistema Único de Saúde (SUS), em particular. Há que se ressaltar duas dimensões fundamentais desse problema: o vazio assistencial e cognitivo; ser analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde no mundo e não é diferente no SUS. Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos, comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há de se destacar que o campo da AAE constitui-se em um vazio cognitivo que necessita ser superado, para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente.



Ainda, a desorganização fragmentada da AAE é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade, que afetam esse nível de atenção. Em decorrência dos vazios cognitivos e da organização fragmentada, o diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE constitui-se em um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, o que, normalmente, se denomina de “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial”.

Evidências têm indicado que é fundamental operar, nas RAS, com relações produtivas entre os generalistas da APS e os especialistas da AAE para se obterem os melhores resultados sanitários, sendo fundamental para a garantia do cuidado adequado das condições crônicas. Contudo, nos sistemas fragmentados vigentes, essas relações dificilmente são construídas e desenvolvidas de forma consistente e coordenada.

Como produto da fragmentação, a AAE é desenvolvida como um ponto de aten-

ção isolado e com baixo grau de comunicação com outros pontos de atenção, especialmente com a APS. É o que se denomina de organização em silos, em que, em geral, não há comunicação entre os generalistas e os especialistas, o que implica baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas.

Importa, ainda, destacar que, mesmo tendo passado mais de uma década de instituição das RAS (BRASIL, 2010), ainda não foi instituída uma política específica para a AAE no SUS, fragilizando a estruturação e a efetividade desse nível de atenção nas RAS do SUS.

Embora, em setembro de 2021, a discussão da Política de Atenção Especializada, com foco na otimização do seu financiamento tripartite e na perspectiva da RAS, tenha sido pactuada como um dos temas prioritários na Agenda Estratégica Tripartite para o ano de 2022, essa discussão ainda não teve avanços.

Como contribuição, o Conass organizou, em outubro de 2021, uma Oficina

de trabalho junto às Secretarias Estaduais de Saúde, que resultou em contribuições e proposições para a formulação de política para a AAE, na perspectiva da

RAS, pauta essa que o Conass pretende continuar priorizando junto aos respectivos espaços tripartites.

## **Atenção Hospitalar (AH)**

**A** Instituição Hospitalar do século XXI, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000), é caracterizada como uma instituição complexa, com a presença de diversos pontos de atenção, voltada para o manejo de eventos agudos com incorporação tecnológica compatível com a sua atuação, eficiente, eficaz, dotado de ambiência física compatível com suas funções e acolhedora para seus usuários (CONASS, 2013).

A portaria nº 4.279 GM/MS, de 30/12/2010 (BRASIL, 2010), ao estabelecer diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, expôs o cenário de fragmentação das ações e serviços de saúde, e continua atual em sua análise dos desafios existentes a serem superados para o estabelecimento de uma Política de Atenção, no caso em tela, do componente Hospitalar, tendo em vista a implementação da RAS.

Segue, no entanto, o desafio de enfrentamento das importantes lacunas assistenciais; de finan-

ciamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; de uma configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; a fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios, o perfil tecno-assistencial; a alocação desigual inter-regional; a complexidade administrativa-gerecinal; a ambiência hospitalar e a Educação Permanente em Saúde e formação (CONASS, 2013).

Em outubro de 2012, teve início a discussão da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), desencadeada pelo Ministério da



Saúde (MS) na reunião do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT e pela publicação, em novembro do mesmo ano, das consultas públicas nº19 e n.º 20, sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP e sobre a Contratualização Hospitalar, respectivamente.

Passado mais de um ano, foi publicada a portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013), instituindo a PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Pensar nessa política hospitalar no contexto de redes regionalizadas, propõe desconstruir o hospital como estabelecimento monolítico em sua representação sistêmica, para poder representá-lo como “condomínio” de serviços que se articulam em diferentes hierarquias da atenção, conforme a natureza da inserção dos seus serviços, em termos de responsabilidades populacionais e territoriais, compondo redes de atenção e linhas de atenção e cuidados. Inclui, dessa maneira, as diversas expressões desse condômino hospitalar na rede de atenção às urgências, na atenção ambulatorial especializada, no apoio diagnóstico, na integração resolutiva junto à atenção básica e às redes de apoio psicossocial, compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente e possam ser remuneradas conforme a responsabilidade integrada territorial e populacionalmente definidas (FILHO; BARBOSA, 2014).

Atualmente, a PNHOSP, no âmbito do SUS, está instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (pag. 142 a 145), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Conass vem apontando para a necessária revisão de políticas, adequando-as à proposta de Rede de Atenção à Saúde, quais sejam:

- ❖ O componente hospitalar da rede de urgências;
- ❖ O papel dos Hospitais de Pequeno Porte nas RAS;
- ❖ As políticas e programas de média e alta complexidade hospitalar na concepção da RAS, a exemplo das pessoas com doenças crônicas, tais como câncer, renal, cardiovascular, dentre outros;
- ❖ A estratégia de cirurgias eletivas;
- ❖ A Política Nacional de Regulação;
- ❖ A contratualização dos hospitais públicos e privados sem fins lucrativos;
- ❖ As formas de financiamento e alternativas de gerência da atenção especializada ambulatorial e hospitalar.



## Procedimentos de média e alta complexidade no SUS

A atenção especializada, dividida em atenção ambulatorial ou hospitalar, também vem sendo descrita, respectivamente, como atenção secundária e terciária, ou, ainda, como média e alta complexidade. Aqui descreveremos a complexidade independentemente do nível de atenção, tendo em vista que estes, nem sempre, vêm sendo realizados nesses níveis, justificado, entre outros motivos, pelo fato de os avanços tecnológicos terem permitido a realização de procedimentos antes mais complexos em ambientes ambulatoriais e, ainda, de procedimentos menos complexos necessitarem ser realizados em ambiente hospitalar.

Assim, a média complexidade é composta por serviços especializados encontrados tanto em hospitais como em ambulatorios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas. Nesse sentido, importa abordar outros conceitos relacionados à média e alta complexidade no SUS.

Conceitualmente, o campo da média complexidade no SUS vem sendo compreendido como *locus* de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica ou, ainda, pelos procedimentos especializados de menor

valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH). Seu papel e poder organizativo têm sido definidos por exclusão, ou seja, abrangendo tudo aquilo que, ao mesmo tempo, não está no alcance da atenção primária e nem da alta complexidade.

Destaca que os efeitos do estrangulamento da oferta na atenção ambulatorial de média complexidade forçam uma ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussões nos custos do sistema.

Ainda, a partir da definição de um elenco de procedimentos ambulatoriais de alto custo, estruturou-se uma rede de serviços com crescente inclusão de novas tecnologias, com tabela de valores diferenciados e com padrão de oferta assimétrico do ponto de vista da distribuição regional. A oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS, realizados sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, propiciando, por um lado, distorções na prática médica e, por outro, extensas regiões sem cobertura assistencial.

## ***Programas e Políticas de Atenção Especializada***

**D**iversos programas e políticas vinculadas à atenção especializada vêm sendo implantadas desde a criação do SUS. Destacamos, entre os programas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), instituído em 27 de abril de 2004, por meio do Decreto nº 5.055 (BRASIL, 2004), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima, após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgentes situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

## ***Financiamento da Atenção Especializada no SUS***

**D**iferente da atenção primária, a lógica do financiamento da atenção especializada conta com critérios de valoração e de alocação de recursos, subdividindo em média e alta complexidade, ou médio e alto custo, fundamentando-se na diferença de remuneração de procedimentos afetos a cada um daqueles níveis, a partir das tabelas utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos serviços públicos e privados integrantes do SUS, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde consiste naquele que se faz de forma mais equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de modo eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzi-

dos melhorem os níveis de saúde, gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado. Contudo, estudos têm demonstrado a prevalência, nacional e internacionalmente, de sistemas de pagamento focados no volume de recursos, o que dirige os incentivos financeiros à prestação de mais serviços a mais pessoas, aumentando os custos do sistema de forma incontável (CONASS, 2016).

Será preciso, nesse sentido, inovar no financiamento para além do pagamento por procedimentos, pois, embora estes ajudem a construir a lógica de financiamento, instituir módulos de cuidados integrais resolutivos ou continuados, requer modalidades de pagamento diferentes do que temos hoje, superando a lógica de pagamento por tabela de procedimentos do SUS,



a exemplo do que já foi feito, em parte, com os incentivos, desde que foram criados o PAB fixo, o PAB variado, os pisos de vigilância, até chegarmos aos incentivos de contratualização (CONASS, 2016).

Ao longo do tempo, pela insuficiência de recursos na média complexidade, os estados e os municípios foram injetando recursos para ampliar o acesso da população a consultas e exames, porém, não há um sistema de informação que registre os repasses estaduais e municipais para o SUS. Muitas vezes, esses recursos também são utilizados para complementar o valor de consul-

tas e exames pagos pela Tabela SUS, considerada a insuficiência, a exemplo da consulta médica em Atenção Especializada, que mantém o mesmo valor por quase duas décadas.

No que refere às despesas da saúde executadas pela união, segundo o portal da transparência da Controladoria-Geral da União (BRASIL, 2022), considerado o total de despesas executadas pela União em 2022, de R\$ 120,35 bilhões, 46,73 % estão alocados na subárea da Assistência hospitalar e ambulatorial, enquanto 26,16% estão alocados na subárea da Atenção Primária.



## Referências

BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência [internet]. Despesas da saúde executadas pela União por subfunção. Disponível em: <https://portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2022> Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 253, p. 54-56, 31 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 316, de 06 de junho de 2008. Recompõe os atributos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS Debate 5. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota técnica 24: Política Nacional de Atenção Hospitalar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2013 Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-24-2013-PNOHOSP-vf.pdf> Acesso em: 11 nov. 2022.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_AMBULATORIAL\\_ESPECIALIZADA\\_Solla\\_e\\_Chioro.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf) Acesso em: 11 nov. 2022.

FILHO, A. N.; BARBOSA, Z. O papel dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde. Revista Consensus. 2º sem, 2014. Disponível em: [https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo\\_consensus\\_11.pdf](https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_11.pdf) Acesso em: 11 nov. 2022.