

III. Análise das redes de serviços de saúde no Brasil

Capítulo 8. As Redes Integradas de Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Ingrid Vargas Lorenzo
Maria Rejane Ferreira da Silva
Itamar Lages
María Luisa Vázquez Navarrete

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VARGAS LORENZO, I., SILVA, M. R.F., LAGES, I., and VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. As Redes Integradas de Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 185-195. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from:
<https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-17.pdf>.
<https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 8

As Redes Integradas de Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

INGRID VARGAS LORENZO, MARIA REJANE FERREIRA DA SILVA,
ITAMAR LAGES E MARÍA LUISA VÁZQUEZ NAVARRETE

Nesse capítulo se apresentam as características gerais do sistema de saúde brasileiro e das redes de serviços de saúde definidas nas políticas de saúde. O conteúdo se baseia na análise de documentos oficiais, leis, normas e decretos, e se orienta no marco conceitual do projeto.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

Com a Constituição Federal de 1988, nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no princípio de acesso universal, gratuito e descentralizado, de acordo com a estrutura política do Brasil, com três níveis de governo autônomos: federação, estados e municípios. A criação do SUS significou uma tentativa de integrar os principais subsistemas públicos que existiam no momento da reforma: o subsistema do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, que atendia os trabalhadores formais; e o subsistema de beneficência, constituído por serviços sob a gestão do Ministério da Saúde, estados e municípios, que atendiam a população sem recursos (Mesa-Lago, 2007). Como parte da reforma, em 1990, os recursos físicos e humanos do seguro social foram transferidos e unificados com os do Ministério da Saúde, sendo excluídos do SUS as Forças Armadas, a

polícia, e os funcionários públicos cobertos por serviços próprios ou por planos privados (Mesa-Lago, 2007).

Não obstante, na prática a utilização dos serviços de saúde do SUS não é universal, visto que se concentra nas camadas de média e baixa renda – ainda que os de média e alta também utilizem seus serviços de alto custo (Ocke-Reis, 2010). Em 2009, 26% da população de renda média e alta estava afiliada a seguros privados (sistema suplementar) (Paim et al., 2011), cofinanciados indiretamente com fundos públicos através dos incentivos fiscais (Ocke-Reis, 2010). A população de baixa renda também procura os serviços de saúde privados pelas dificuldades de acesso e qualidade do SUS, realizando pagamentos do próprio bolso (Mesa-Lago, 2007; Paim et al., 2011). Tudo isto faz com que a despesa privada no Brasil - 56,4% da despesa total em saúde -, seja uma das mais elevadas da região (Ocke-Reis, 2010), na qual 57,2% é gasto do bolso, e 41% é pagamento para planos de saúde privados (World Health Organization, 2012).

A descentralização do SUS nos estados e municípios foi outro dos objetivos da reforma. A Constituição Federal declarou inicialmente a saúde como uma responsabilidade comum entre os diferentes níveis de governo, cujo papel específico a legislação infraconstitucional tentou delimitar (Brasil, 2006c; Brasil, 2001; Brasil, 1996; Brasil, 2006a). De forma esquemática, o financiamento e gestão são responsabilidades compartilhadas que cada parte desenvolve em seu âmbito, enquanto a provisão da atenção é de responsabilidade dos municípios e, de forma subsidiária, dos estados (Brasil, 2006a; Brasil, 2006c). A continuação se descreve cada uma delas.

Financiamento

O SUS é financiado, principalmente, através dos impostos gerais e contribuições sociais destinadas especificamente ao orçamento da seguridade social (saúde, seguridade e bem estar social), arrecadados, sobretudo, pelo nível federal (58% da arrecadação), e minoritariamente pelos estados (24,7%) e municípios (17,3%) (Paim et al., 2011), - ainda que desde o final da década de 1990, a participação das esferas subnacionais tenha aumentado progressivamente. O financiamento do SUS se caracterizou por uma alta instabilidade. Com frequência, as contribuições sociais foram desviadas a outros fins, como o pagamento de juros da dívida externa, ou eliminadas sem serem substituídas por outros recursos, como no caso da

Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (Sobrinho, 2007). Para reduzir a incerteza sobre o financiamento do SUS, em setembro de 2000 foi aprovada a emenda constitucional, que depois de dois anos de debate, foi finalmente regulamentada pela Lei Complementar 141, de 2012. Tal lei garante, por um lado, uma aplicação da mesma percentagem do gasto do ano anterior corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal por parte da União, e por outro, a obrigação dos municípios e estados a destinar 12% e 15% respectivamente de sua arrecadação orçamentária (impostos e transferências provenientes do nível federal). Depois da aprovação da emenda, e principalmente devido ao aumento da participação dos municípios e estados, o gasto do SUS passou de 2,9%, em 2000 a 3,8%, em 2010, proporcionalmente ao PIB (Ugá et al., 2008). O gasto do SUS, *per capita*, foi de R\$ 717,33, em 2010.

Os recursos federais são transferidos globalmente (transferência fundo a fundo) às secretarias estaduais e municipais, divididos em cinco blocos: atenção básica, secundária e terciária, vigilância em saúde, atenção farmacêutica e gestão do SUS (Brasil, 2006c). Os critérios de distribuição dependem do tipo de serviço – *per capita*, sem ajuste para os serviços de atenção primária e farmácia, e orçamento (teto financeiro), calculado em função da atividade assistencial realizada com base histórica para a atenção secundária e terciária. O critério de distribuição adotado na atenção especializada considera a capacidade instalada, concentradas nas regiões do sul e sudeste, perpetuando as desigualdades geográficas – o gasto público em saúde *per capita* é maior nas regiões mais ricas do que nas pobres, por exemplo, no sudeste é de R\$ 596,1 e no nordeste R\$ 421,1 (Ugá et al., 2008).

Gestão

A função de gestão no SUS, tanto na formulação de políticas de saúde como de planejamento, regulação e avaliação da assistência é uma responsabilidade compartilhada desenvolvida por cada nível de governo no seu âmbito territorial (Brasil, 2006c). As políticas se negociam em diferentes instâncias, com a participação dos gestores dos diferentes níveis de governo. Em nível nacional, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais

de Saúde (CONASEMS); e em nível de estados, na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), com representação das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde materializam a participação da sociedade na formulação de políticas. As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos, com representantes dos diversos segmentos sociais (50% de usuários, 25% de trabalhadores em saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços públicos e privados), e ocorrem em um processo ascendente – local, estadual e nacional. Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente em nível municipal, estadual e nacional e estão compostos por 25% de representantes dos governos (gestores) e prestadores de serviços, 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e 50% de representantes dos usuários. Além de participar na formulação de políticas, atuam no controle da aplicação da política de saúde no âmbito correspondente.

O Ministério de Saúde é o responsável pela regulação da rede privada complementar, que abarca a elaboração de normas para a regulação das relações entre o SUS e os serviços privados, e a regulação dos valores para a remuneração dos serviços.

Prestação de serviços

A carteira de serviços do SUS abarca desde a atenção primária, secundária e terciária (alta tecnologia), ofertadas pelos prestadores de serviços públicos e privados, que participam de maneira complementar no SUS. A proporção público-privada no país varia segundo o tipo de serviço e segundo a região. Uma grande parte dos leitos de hospital e as unidades de serviços de apoio ao diagnóstico do país são privadas (em 2005, 66% e 92% respectivamente), enquanto que a maioria das unidades ambulatoriais (atenção primária, secundária e terciária) são públicas (75%). No Nordeste 46,7% dos hospitais eram públicos em 2009, enquanto que os hospitais públicos do Sudeste representavam somente 29% do total.

As redes de serviços de saúde nas políticas de formuladas no SUS

As redes integradas de serviços de saúde não são algo novo nas políticas que regulam o SUS no Brasil. A Constituição de 1988 estabelece que os

serviços de saúde devam se organizar em forma de redes regionais e hierárquicas (Presidência da República Federativa do Brasil, 1998), para garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade – atenção integral (Brasil, 2006c; Brasil, 2010; Presidência da República Federativa do Brasil, 1998). As normas posteriores (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011) foram introduzindo, com diferentes ênfases, instrumentos para a criação das redes, baseados principalmente no planejamento, assim como propostas para o desenho das redes. As últimas normas publicadas – em substituição às anteriores – foram: o Pacto pela Saúde, em 2006, Portaria 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização das redes, em 2010, e o Decreto 7.508, em 2011, que regula a Lei 8.080 em matéria de organização do SUS. O Pacto pela Saúde, e em menor medida o Decreto 7.508 e a Portaria 4.279, introduzem alguns elementos novos ao desenho das redes, sublinhando a importância de outros já propostos na legislação anterior.

Conceito de redes e seus objetivos

Apesar de o conceito de rede aparecer desde a Constituição Federal de 1988 (Presidência da República Federativa do Brasil, 1998) e a Lei orgânica de saúde de 1990 (Brasil, 2006a), não se encontra uma definição clara das mesmas até a Portaria 4.279, de 2010 e o Decreto 7.508, de 2011, das quais se desprendem várias características chave: uma população definida com base geográfica, de âmbito supramunicipal – região; a integração vertical de serviços de diferentes níveis assistenciais; o “pacto” ou acordo entre os governos municipais e estaduais que a conformam como forma de relação; a integração funcional de sua estrutura, coordenando as funções de direção e apoio para toda a rede; e o modelo de organização dos serviços de tipo hierárquico (tabela 8-1).

Tabela 8-1. Definições de rede integrada de serviços de saúde nas políticas analisadas

Redes de Atenção à Saúde (RAS)	<p>“acordos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).”</p> <p>“conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com o fim de garantir a integralidade da atenção a saúde (Brasil, 2011)”</p>
--------------------------------	---

As políticas utilizaram distintas denominações para se referir às RISS: Redes Regionalizadas e Hierarquizadas (Presidência da República Federativa do Brasil, 1998), Redes de Serviços de Saúde (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011), e nas normas mais recentes (Brasil, 2006c; Brasil, 2010), Redes de Ações e Serviços e Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Em relação aos objetivos definidos para as redes de atenção, o que se menciona com mais intensidade é a garantia de acesso a todos os níveis de complexidade – atenção integral – (Brasil, 2006c; Brasil, 2010; Presidência da República Federativa do Brasil, 1998). O Pacto pela saúde e a Portaria 4.279 especificam o acesso a uma atenção de qualidade. Também se assinalam a melhoria da eficiência do sistema através das economias de escala, que são obtidos ampliando a área de referência da provisão de serviços à região, à promoção da equidade através da diminuição das desigualdades de acesso geográficas e sociais, e à cooperação e coordenação entre os gestores de saúde (Brasil, 2006c; Brasil, 2010). Além disto, estabelecem que a política de conformação de redes objetiva avançar na descentralização do SUS, promovendo o cumprimento das responsabilidades de cada ente federativo, através da assinatura de um pacto político que os comprometa.

O desenho das redes nas políticas

O desenho das redes destaca, pelas amplas responsabilidades outorgadas aos governos municipais em sua configuração, a indeterminação em relação às funções dos atores chave das redes e os critérios para sua organização (território de referência, níveis assistenciais, mecanismos de financiamento), assim como a negociação como base para sua conformação.

Os distintos níveis de governo desempenham diferentes **funções na formulação e implementação da política**: a elaboração das diretrizes da política, a coordenação, acompanhamento e avaliação de sua implementação, assim como a cooperação técnica e financeira com os municípios no processo, é compartilhada pelos governos federal e estadual, em seus respectivos âmbitos de atuação. Por sua vez, os estados são responsáveis por planejar as redes dentro de seu âmbito territorial (em colaboração com os municípios), e organizar e pactuar com os municípios as referên-

cias de pacientes de média e alta complexidade. Os municípios são os responsáveis pelo planejamento e organização da rede de atenção para sua população, em articulação com os estados, provendo diretamente, pelo menos a atenção básica, e garantindo a atenção especializada de média e alta complexidade, mediante provisão direta ou pactuada com outros municípios. Finalmente, os três entes federativos aportam os recursos financeiros humanos e tecnológicos para a conformação de redes, de acordo com o pactuado (Brasil, 2006c).

Esta distribuição de responsabilidades se caracteriza, por um lado, pela dotação compartilhada de funções como o planejamento, financiamento, organização e coordenação da rede, o que pode dar lugar à superposição ou vazios no cumprimento das responsabilidades, assim como a atribuição de amplas responsabilidades aos municípios. Isso requer competência técnica e política das secretarias de saúde municipais, para que negociem com outros municípios da rede para por em andamento processos complicados de contratação, coordenação do acesso, avaliação, etc.

Em relação ao **âmbito geográfico** no qual se encontram inseridas as redes, as políticas estabelecem critérios pouco concretos para sua definição: a contiguidade entre municípios e a existência de vias de comunicação, a resolutividade da oferta de serviços disponível, e a conciliação entre a equidade de acesso geográfico e a economia de escala (Brasil, 2006c; Brasil, 2010). Para a amplitude, se estabelece como requisito inespecífico que a rede compreenda pelo menos a atenção básica, urgências, especialidades, atenção psicossocial e vigilância em saúde (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011), e não se estabelecem critérios relacionados com a **profundidade** dos serviços da rede (número de estabelecimentos por nível assistencial), nem sua **distribuição geográfica**.

A **forma de colaboração** principal entre os governos que participam na rede é o pacto, através do qual se estabelecem as diretrizes sobre a organização e funcionamento da rede (Brasil, 2006c). As políticas definem que os acordos devem ser definidos nas diferentes comissões intergovernamentais constituídas no âmbito nacional, estadual e regional, porém, sem especificar o que deve estabelecer cada comissão, nem como se articulam entre elas. Ainda assim, o pacto se converte na única fórmula de garantia do compromisso no cumprimento das responsabilidades que

se outorgam a governos municipais e estaduais, ao se eliminar o procedimento de acreditação para avaliar sua capacidade (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011).

Além do pacto, as normas contemplam outras formas de colaboração como os consórcios públicos de saúde – fórmulas de cooperação interfederativas para o desenvolvimento de ações conjuntas, e objetivos de interesse comum para melhorar a eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalidade das redes –, e o contrato de gestão para a relação entre o financiador público de serviços e o prestador de serviços de saúde (Brasil, 2010).

As políticas analisadas não formulam um **mecanismo de financiamento** global para as redes de atenção – ainda que evidenciem a necessidade de sua definição (Brasil, 2010) –, mas sim para os serviços de saúde os quais agrupam, definidos na legislação anterior.

Finalmente, o **modelo de organização da atenção nas redes** está estruturado em níveis hierárquicos de complexidade. Este se organiza a partir da atenção básica, que funciona como porta de entrada para o sistema, permitindo o acesso dos usuários de média e alta complexidade e como coordenadora da atenção ao paciente ao longo do contínuo assistencial (Brasil, 2006c; Brasil, 2010).

Instrumentos para o desenvolvimento das redes e estratégias para seu fomento

As políticas de redes propõem a implementação de um amplo leque de instrumentos para o desenvolvimento das redes (Tabela 8-2). No **âmbito macro**, predominam os mecanismos de planejamento das redes – o Plano Diretor de Regionalização (PDR), acompanhado pelo Plano Diretor de Investimentos (PDI), para o desenho das redes, e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), para estabelecer os fluxos de pacientes entre os municípios que formam parte da rede –, e de compra de serviços públicos e privados mediante contratos de serviços.

No **âmbito meso**, destacam os mecanismos para coordenar os entes governamentais que participam nas redes – as Comissões Intergovernamentais Regionais (CIR) – também chamadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) –, e para coordenar o acesso dos pacientes na rede – os complexos reguladores –. As CIR são espaços de negociação e colaboração

para a organização da rede, nas quais participam de forma obrigatória todos os gestores municipais da rede e representantes do governo estadual (Brasil, 2006c). Suas funções básicas são a definição de responsabilidades e recursos que devem dotar os entes que participam nas redes, o planejamento, coordenação do acesso (“regulação”), seguimento da Programação Pactuada Integrada - (PPI) e avaliação da rede. Os acordos sobre estes aspectos se formalizam através dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde (COAP). O complexo regulador está composto por uma ou mais centrais de regulação (urgências, receita hospitalar, consultas e provas diagnósticas) e tem como função coordenar o acesso dos pacientes entre as diferentes unidades da rede. No âmbito micro predominam os mecanismos de coordenação de gestão baseados na programação – protocolos, linhas de cuidado, etc. –, e não se estabelecem mecanismos para compartilhar a informação dos pacientes. As linhas de cuidado são acordos sobre os papéis e tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais da rede para um processo assistencial específico, baseado em diretrizes clínicas (Brasil, 2010).

A implantação da maioria dos instrumentos propostos é responsabilidade dos municípios – coordenados pelos estados e pelas CIR – porém, não se especifica como se articulariam. Em outras pala palavras, não se define quem é o ente responsável. No caso das CIR, tão pouco se especifica o financiamento para a implantação e a estrutura administrativa necessária para desenvolver suas funções (Brasil, 2006c).

Por fim, as políticas analisadas propõem **estratégias para fomentar a implementação das redes de atenção** de diversa natureza, em geral pouco concretas: do tipo econômico - incentivos para estimular a criação de redes e implantar instrumentos para seu desenvolvimento (Brasil, 2006c; Brasil, 2010), investimentos para reformar e ampliar a oferta de serviços (Brasil, 2006c); normativo – elaboração de portarias específicas pactuadas nas comissões intergovernamentais (Brasil, 2006; Brasil, 2006c); e de formação - capacitação dos gestores municipais que integram a CIR (Brasil, 2006c; Brasil, 2010). Para a implantação destas estratégias se contempla dentro dos fundos federais transferidos aos governos estaduais e municipais, recursos específicos para a criação de redes sem concretizar os critérios de dotação (Brasil, 2006c).

Conclusões

A análise das políticas de redes de serviços de saúde no Brasil mostra debilidades importantes relacionadas com a falta de concretização de alguns dos elementos. Em primeiro lugar, a proposta reúne critérios pouco específicos para delimitar o âmbito territorial e os níveis assistenciais compreendidos nas redes, e a negociação entre municípios e estado como mecanismo para seu desenho. Não obstante, existem aspectos como o tamanho mínimo que deve ter a área de referência de uma rede, os serviços que devem ser integrados para obter economias de escala, ou a organização dos fluxos de referência e contrarreferência de pacientes entre os serviços da rede, que por motivos de equidade e eficiência, parece ser mais adequada a definição de forma planejada, por um nível central – por exemplo, os estados –, do que negociada.

Em segundo lugar, a insuficiente definição para a aplicação de instrumentos considerados chave para as políticas como as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Não entanto, é improvável que as CIR possam atuar sem financiamento e estrutura administrativa e sem que sejam definidas quais as competências dos estados e/ou municípios lhes serão delegadas, e como se coordenam com estes entes federativos para evitar duplicações.

Finalmente, as políticas tão pouco definem qual o mecanismo de financiamento das redes. Tal definição pode ser elemento chave para neutralizar, por um lado, os incentivos à concorrência entre os municípios e os estados pelos recursos para atenção especializada (que gera o sistema de dotação atual, baseada no procedimento), e por outro os desincentivos à coordenação entre níveis assistenciais (que supõe a combinação da alocação de recursos per capita à atenção básica, e baseada no procedimento para a atenção especializada).

Tabela 8-2. Estratégias e instrumentos para o desenvolvimento das redes de atenção a saúde em Brasil nas políticas analisadas

Âmbito	Tipo de estratégia/ferramenta/incentivos	Responsável
MACRO	• Ferramentas para o planejamento das redes	Estados
	– Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) (Brasil, 2006c)	
	– Programação Pactuada e Integrada de Atenção em Saúde (PPI) (Brasil, 2002; Brasil, 2006a; Brasil, 2006c; Brasil, 2010)	Estados e Municípios
• Ferramentas de compra de serviços às redes	– Contratos de serviços entre financiadores e prestadores públicos e privados (Brasil, 2010)	Municípios (Brasil, 2006c) Municípios, Estados e União (Brasil, 2010)
	MESO	• Instrumento de coordenação da gestão das redes
	– Comissão Intergovernamental Regional (CIR) /Colegiados de Gestão Regional (CGR) (Brasil, 2006c)	
	– Contratos organizativos de ação pública de saúde (Presidência da República Federativa do Brasil, 2011)	
	• Ferramentas para o planejamento das redes	CIR (Brasil, 2010)
	– Plano (PDRI) e programação regional, guia de diagnóstico (Brasil, 2010)	
	• Ferramentas de compra de serviços às RISS	Municípios e Estados (*) (Brasil, 2006c)
	– Contratos de serviços	
	• Estratégias de coordenação do acesso (“regulação”):	CIR (Brasil, 2010)
	– Complexos reguladores, protocolos de regulação do acesso (Brasil, 2006c)	
MICRO	• Mecanismos de coordenação de gestão	Municípios e Estados (Brasil, 2006a)
	– Protocolos clínicos (Brasil, 2006b; Brasil, 2010; Presidência da República Federativa do Brasil, 2011)	
	– GPC (Brasil, 2010), Linhas de cuidado (Brasil, 2010), Programa de gestão de doenças (Brasil, 2010), Programa de gestão de casos (Brasil, 2010), auditoria clínica	Não se define (Brasil, 2010)

(*) referências intermunicipais e interestaduais