

## SISTEMAS DE SAÚDE: ESTRUTURAÇÃO DE REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO A SAÚDE NO SUS

<sup>1</sup>Richel Bruno Oliveira Castelo Branco; <sup>1</sup>Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira;

<sup>1</sup>Katherine Jerônimo Lima; <sup>2</sup>Rita Luana Castro Lima <sup>3</sup>José Jackson Coelho Sampaio.

<sup>1</sup>Mestrando em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE .

<sup>2</sup>Graduanda em Psicologia, pela Fanor Devry - Faculdades . <sup>3</sup>Médico. Pós-graduando e Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

**Área Temática:** Sistemas de Saúde: atenção em rede e o desafio da integralidade

**Modalidade:** Comunicação Oral

**E-mail do apresentador:** [richelbrunoo@yahoo.com.br](mailto:richelbrunoo@yahoo.com.br)

**Introdução:** Os sistemas de saúde, de iniciativa do poder público e da saúde, formam-se por um conjunto de ações e serviços integrados, que são constituídos para dar respostas à população e aos problemas de saúde. Neste, observam-se as segmentações de um sistema público de caráter universal, o Sistema Único de Saúde – SUS; um sistema médico supletivo e um conjunto de atividades sustentadas por pagamentos diretos dos cidadãos. Contudo, o SUS atinge a totalidade da população desde a Constituição Brasileira de 1988. (MS. 2000). O SUS orientado pelos princípios organizativos e doutrinários estruturou em todo território nacional uma ampla e diversificada rede de atenção em saúde, nos municípios, estados e união e desta forma se constrói a complementariedade entre eles. Ressalte-se o grande volume de produção de ações e serviços de saúde no território brasileiro, a partir dos dados do Ministério da Saúde, o qual se evidenciou no ano de 2016, apresentou a cobertura populacional de 63,70% de Equipes da Saúde da Família, (DAB, 2017); no que se refere à morbidade, atendeu 11.289.229 internamentos; e assistência à saúde com 11.511.078 procedimentos hospitalares e 3.987.506.742 procedimentos ambulatoriais (DATASUS, 2017). A partir destes dados consegue-se perceber a importância do sistema para a população brasileira. **Objetivo:** Tendo em vista a relevância da temática, o objetivo do presente estudo foi através da produção na literatura, compreender a estruturação de redes regionais de atenção a saúde no SUS. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura realizada através de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Esse portal foi escolhido por possuir um acervo considerável para coleta de dados, com 09 bases de dados em saúde albergadas. Foi realizada a coleta de dados no mês de junho de 2017, com dois pesquisadores “cegos” visando resultados similares. No processo de busca, foram empregados os seguintes descritores isolados e

combinados: sistemas de saúde e estruturação de redes. Foram incluídos estudos que abordassem a temática de sistemas de saúde como um fator promotor para estruturação de redes regionais de atenção a saúde no SUS, em artigos completos, teses e dissertações, nos idiomas português e inglês publicados no período de 2000 a 2016. Foram excluídos aqueles que possuísem em seus resumos temáticas que não estivessem dentro do escopo do presente estudo. **Resultados e Discussão:** Na saúde pública, anterior a criação do SUS houve várias outras iniciativas de gestão e assistência a saúde. Diante do exposto apresenta-se a estruturação das redes regionais de atenção a saúde no SUS. Inicialmente a assistência era prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS aos trabalhadores formais e suas famílias e aos excluídos do mercado formal de trabalho era prestado o atendimento por entidades filantrópicas. Na década de 70 em alguns municípios brasileiros observou-se a emergência de projetos de intervenção na atenção à saúde sob responsabilidade dos governos municipais com o objetivo de atingir tanto a medicina previdenciária quanto a saúde pública. O desenvolvimento desses projetos foi articulados em âmbito mais amplo ao da reforma sanitária. Com a configuração das Ações Integradas de Saúde –AIS e posteriormente com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, foram sendo delegados aos municípios: a gerência dos serviços estaduais e federais de saúde existentes em seus territórios; a administração dos recursos humanos existentes nesses sérios, embora seus vínculos permanecessem com as instituições de origem; e a transferência ou cessão de uso do patrimônio e dos equipamentos aí existentes. (LAVRAS, 2015). Ressalta-se que a transferência de recursos era por conveniência e não existia uma atuação articulada entre as três esferas do governo e por isso inviabilizava as ações integradas de saúde. A partir da implementação do SUS foram estabelecidos outros fatores que ampliam o cenário para um novo sistema federativo, com reformas que iniciaram no Brasil. A descentralização político-administrativa efetivou a transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais, com ênfase na municipalização. Estes avanços foram orientados pelas Normas Operacionais Básicas 1/93 e 1/96. A NOB 1/93 consolidou a transferência de recursos “fundo a fundo”, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, criação das Comissões Intergestores Bipartites no âmbito dos estados e Tripartite no âmbito da União, institucionalizou um espaço de negociação e pactuação entre os níveis gestores do SUS e estimulou a municipalização: incipiente, parcial e semiplena, que corresponde aos agravos diferenciados de organização e autonomia de gestão no SUS. A NOB 1/96 consolidou o papel gestor do município além de ter incorporado avanços como o Piso de Atenção Básica – PAB e o incentivo à saúde da família. Dessa forma, o SUS imprimiu gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades. (LAVRAS,2015). No final da década de 90 surge as Normas Operacionais de Assistência a Saúde - NOAS/2001 e a NOAS/2002, que definem a regionalização como estratégia para reorganização da atenção a saúde na lógica do planejamento e redes de serviços articulados, determinaram também a formulação pelos estados do Plano Diretor de Regionalização. No ano de 2006 o Pacto pela Saúde, firmado pelos gestores em seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Isso representou uma mudança pela relevância que a diretriz de regionalização resumiu no contexto do Pacto de Gestão. Esse Pacto estabelece diretrizes para gestão em

aspectos relacionados à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento e programação, participação e controle social e gestão e educação na saúde. (LAVRAS, 2015). O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que traz a regulamentação da Lei nº 8.080, ordenando sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Considera que as Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). As redes regionais de saúde consolidam um sistema integrado que garanta acesso e qualidade do serviço ofertado. Esse sistema é hierarquizado e dividido em três níveis de atenção à saúde, sendo eles: Nível primário (centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família); Nível secundário (centros de referência, ambulatórios e hospitais gerais); Nível terciário (ambulatórios e hospitais especializados, que desenvolvem procedimentos de alta densidade tecnológica). Vale destacar, a organização de uma Região de Saúde, deverá abranger, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). A perspectiva de construção de sistemas integradas de serviços de saúde é fornecida pela utilização do conceito de redes de atenção à saúde, entendidos como potentes indutores da organização ou reorganização de sistemas locais e regionais. Essa abordagem implica uma atuação mais cooperativa entre as unidades de saúde, de modo que possibilite a garantia do acesso e do atendimento integral à saúde dos usuários. (LAVRAS,2015). Diante do contexto apresentado, há a compreensão de que a regionalização da saúde tem por objetivo garantir o direito à saúde, reduzindo as desigualdades sociais territoriais, promover a equidade e garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde. No entanto, reflete-se o quanto é desafiador para as Regiões de Saúde inserir uma gestão unificada, coordenar os seus serviços de saúde da região de maneira participativa nos municípios, conduzindo políticas que exigem compartilhamentos das ações. Já que cada município traz em si assimetrias quanto ao seu desenvolvimento e organização (SANTOS, 2012). **Conclusão:** O histórico de construção do sistema de saúde do Brasil, como apresentado neste estudo, apresentou uma cronologia aparentemente linear de conquistas para o cumprimento da consolidação do sistema enquanto único e universal. No entanto, o cenário sempre foi de lutas e não se pode deixar de salientar contextos históricos mais críticos, que não foram aprofundados por não ser escopo do estudo. A sua construção também foi marcada pelo processo da descentralização, que pode ser apontado como pertinente dado as dimensões territoriais do país e sua diversidade e heterogeneidade populacional. Um sistema descentralizado em esferas de governo que vão do macro ao micro (e do micro ao macro) e hierarquizado em níveis de atenção é importante nesse contexto. Dentro das regiões de saúde, tem-se uma gama de equipamentos e serviços de saúde disponíveis para garantir a busca pelo cuidado integral dos usuários do sistema, com o usuário caminhando pelos serviços de acordo com suas demandas de saúde para construção de itinerários terapêuticos adequados e resolutivos. Com relação à organização desses equipamentos e serviços, tem-se o sistema de redes de atenção, conforme abordado nos resultados do estudo. Nas redes,

a atenção primária à saúde figura-se como a coordenadora do cuidado, onde os usuários têm esse nível de atenção como principal porta de entrada, e a partir de sua entrada, por relações de referências e contrarreferências, os usuários utilizam dos outros níveis de atenção para complementar a assistência e garantir o cuidado integral. No entanto, deve-se levar em consideração que a construção do sistema apresenta-se dessa forma na literatura, mas que se deve ter em mente como o acesso e manutenção do cuidado ocorre de fato na realidade. Essa realidade deve ser levada em conta principalmente ao se pensar a curto, médio e longo prazo e ao se abordar a atual conjuntura política de nosso país onde tem havido um processo de fragilização dos direitos da população, incluindo os relacionados à saúde. Dessa forma, faz-se necessário novos estudos que abordem a realidade prática da estruturação do sistema único de saúde e seu funcionamento em redes de atenção considerando-se os espaços de luta da saúde dos brasileiros.

**Palavras-chave:** Sistemas de saúde. Estruturação de redes. Saúde no SUS.

### **Referências:**

Brasil. Ministério da Saúde. **Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011:** Regulamentação da Lei no 8.080/90. Brasília, 2011. 16 p.

Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de Cobertura Saúde da Família.** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)> Acesso em 15 Jun. 2017

Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações em Saúde.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qa>> Acesso em 15 Jun. 2017

Políticas de saúde: organização e operacionalização do do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Correia Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

Política e gestão pública em saúde / orgnizadores, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas. – São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

SANTOS, L. **Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos?** Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/06/20/regionalizando-a-descentralizacao-regiao-de-saude-como-imposicao-constitucional-ou-como-ato-de-vontade-dos-entes-federativos/>> Acesso em 15 Jun. 2017.