

Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate

Health care networks: contextualizing the debate

Rosana Kuschnir¹
Adolfo Horácio Chorny²

Abstract *The proposal of organization in health services networks has been included in the broad field of integrated health care, a general denomination which includes a wide range of interventions varying in objectives and scope, which have in common the pursuit of integration strategies and tools. Among the main experiences in the field are the American integrated delivery systems and the traditional regionalized networks of the national health systems, especially after the introduction of new cooperation strategies. However, while strategies and organizational arrangements might be similar, context is central to debate. Not considering differences concerning health systems nature may turn it difficult to grasp main distinctions in policy making which are responsible for possibilities and limitations of adopting integration strategies and tools. This article aims to look for references in the literature and international experience that might contribute to the debate on health networks building in the Brazilian Unified Health System (SUS). It discusses context regarding the creation of integrated health services networks in two cases, the British National Health Service and the American Health System, focusing specifically on the health services organization component.*

Key words *Health services network, Regionalization, Integrated systems, Health services organization*

Resumo *A proposta de organização de redes de atenção à saúde tem sido incluída no grande campo do “cuidado integrado”, denominação genérica que agrupa intervenções que variam muito em objetivos e escopo, tendo em comum a busca por mecanismos e instrumentos de integração do cuidado. Entre as experiências consideradas centrais, estão os sistemas integrados americanos e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde, especialmente após a adoção de novos mecanismos de cooperação. No entanto, ainda que possam ser observadas semelhanças nas estratégias e arranjos organizacionais, é fundamental contextualizar o debate. Não considerar a natureza distinta dos sistemas de saúde tende a obscurecer diferenças centrais do âmbito da política, que condicionam as possibilidades de aplicação em um dado sistema de instrumentos desenvolvidos em outro contexto. Este artigo tem por objetivo buscar referências na literatura e na experiência internacional que possam contribuir para o debate da constituição de redes no SUS. Busca contextualizar a discussão da organização de serviços de saúde “em redes” em dois casos, o sistema nacional de saúde britânico e o sistema privado americano, focalizando especificamente no recorte da organização de serviços.*

Palavras-chave *Redes de atenção, Regionalização, Sistemas integrados, Organização de serviços*

¹Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Leopoldo Bulhões 1.480/
sala 319, Manguinhos.
21041-210 Rio de Janeiro
RJ. rosanak@ensp.fiocruz.br

²Departamento de
Administração e
Planejamento em Saúde,
Escola Nacional de Saúde
Pública, Fundação Oswaldo
Cruz.

Introdução

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema brasileiro – tomando como referência a experiência dos países que construíram sistemas universais e a literatura internacional –, e formou parte da bagagem do planejamento em saúde durante décadas.

No entanto, ao longo da década de noventa, pelos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se construía a organização de serviços, voltando ao centro do debate apenas a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)¹, em 2000, e especialmente com o Pacto pela Saúde², em 2006.

Em seu retorno, a proposta de organização de redes tem assumido diferentes significados, utilizada de forma distinta por diferentes atores. Especificamente em seu recorte de organização de serviços de saúde, uma vertente de discussão – refletindo o debate observado na literatura e na experiência internacional –, centra-se no “campo do cuidado integrado”³.

Sob esta denominação genérica, é agrupada uma gama de intervenções com diferentes denominações em vários países, que variam muito em objetivos, escopo e mecanismos, que têm em comum a busca por mecanismos e instrumentos de integração, aqui incluídos os dirigidos à prática clínica individual, à integração organizacional horizontal ou vertical e entre setores, como saúde e cuidado social⁴.

Entre as experiências consideradas centrais neste campo, estão os sistemas integrados americanos, uma grande variedade de arranjos organizacionais derivados da integração vertical de provedores no mercado americano e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde, especialmente em suas recentes inovações no campo da integração do cuidado.

No entanto, ainda que possam ser observadas semelhanças nas estratégias utilizadas e nos arranjos organizacionais resultantes, focar o debate apenas nestes aspectos, sem considerar a natureza distinta dos sistemas, seus valores e princípios, tende a obscurecer diferenças centrais do âmbito da política, que condicionam, inclusive, as possibilidades de adoção dos instrumentos desenvolvidos em cada caso.

Para o sistema americano, por exemplo, não se coloca a questão da regionalização – intrinsecamente derivada dos princípios de universalidade e equidade dos sistemas universais. Os sistemas integrados americanos são, por definição, destinados aos que podem pagar, com planos diferenciados que pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes sociais, próprias do Estado.

Os sistemas nacionais, ao contrário, não podem abdicar de sua responsabilidade de garantia do direito e a organização de redes regionalizadas constitui-se num instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades.

Este artigo tem por objetivo buscar referências na literatura e na experiência internacional que possam contribuir para o debate da constituição de redes no SUS. Busca contextualizar a discussão da organização de serviços de saúde “em redes” em dois casos, o sistema nacional de saúde britânico e o sistema privado americano, através da análise histórica comparada, focalizada especificamente no recorte da organização de serviços.

Redes regionalizadas: o Relatório Dawson e a constituição do NHS britânico

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920⁵, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

Ainda hoje, a leitura do relatório surpreende por sua abrangência e profundidade. Em sua introdução, explicita que seu objetivo só poderia ser alcançado através de uma nova organização, com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa.

Para cada dado território, propõe a organização de serviços para atenção integral à população com base formada por serviços “domiciliares” apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Esta seria a “porta de entrada” do sistema, que empregaria os *general practitioners* (GP) – os médicos clínicos generalistas, que já então trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social.

Os centros primários, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de

serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando “em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias”.

Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam. Os profissionais trabalhariam de forma integrada, de modo que [...] *o pessoal adscrito aos centros de saúde poderia acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar.*

O centro primário foi proposto como núcleo do sistema, onde os médicos generalistas poderiam se relacionar com especialistas e consultores, central ao aperfeiçoamento profissional, já que “[...] o médico sai da universidade e observa a enorme discrepância entre sua preparação e as necessidades dos pacientes que deve atender”.

Para que essa coordenação fosse possível, já era apontada a necessidade de *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.*

Do ponto de vista da gestão do sistema, *todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de ideias 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.*

Coube, portanto, ao Relatório Dawson, introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública – necessariamente nas mãos do Estado – e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes.

A organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de

referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes.

A contraposição entre atenção primária e hospitalar não se colocava e o conceito de hierarquização referia-se à complexidade – compreendida como densidade tecnológica – e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis. O primeiro nível de atenção e a assistência hospitalar eram compreendidos como elementos indissociáveis da mesma rede, atendendo aos mesmos usuários, de acordo com a necessidade. O primeiro nível seria – como efetivamente é, até hoje – responsável pelo acesso de toda a população aos meios diagnósticos e aos serviços especializados/hospitalares.

Chama a atenção na leitura do relatório que tantas dimensões centrais à organização de sistemas, em discussão até hoje, já tenham sido abordadas em 1920. O relatório é também caracterizado pela flexibilidade e é enfatizado que, dentro das diretrizes estabelecidas, deveriam ser levadas em conta as condições locais, a forma como a população ocupava o território. O próprio esquema proposto (Figura 1) mostra a multiplicidade de relações estabelecidas entre os componentes da rede, inclusive com integração horizontal.

A proposta, no entanto, era inerentemente controversa. Sua adoção implicaria em que os hospitais filantrópicos – principais responsáveis pela atenção hospitalar à época –, desaparecessem como sistema autônomo; a ideia de organizar serviços para a cobertura de grandes territórios desafiava o conceito de governo local e os custos para a construção e manutenção dos serviços necessários seriam altos. Não se conseguiu chegar a uma proposta final e o relatório foi engavetado⁶.

Apenas durante a Segunda Guerra Mundial, no âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada pelo Relatório Beveridge em 1942, o relatório voltaria a servir de base à proposta de organização do novo sistema de saúde universal e equitativo.

A organização de serviços e os mecanismos de financiamento e gestão foram alvo de intenso debate e negociação. A discussão da regionalização expressava a disputa: as novas autoridades

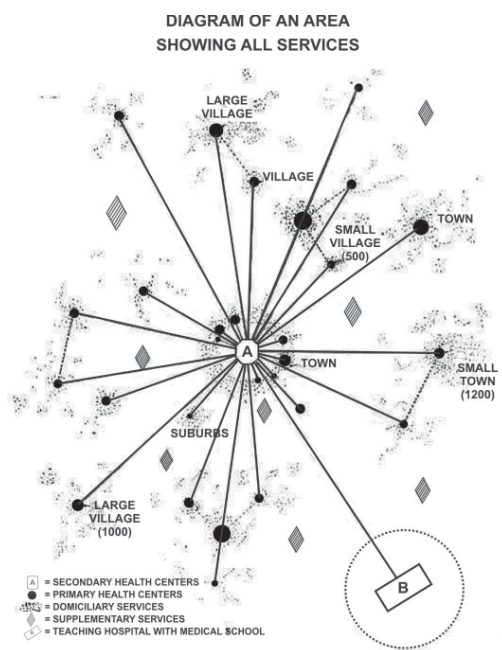


Figura 1. Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson.

Fonte: Ministerio de Salud de la Gran Bretana⁵.

sanitárias, responsáveis pelas regiões, seriam constituídas por um colegiado de autoridades locais ou por especial designação do poder central?⁷

Com a vitória esmagadora do Partido Trabalhista no pós-guerra, o National Health Service (NHS) britânico foi criado em 1948. A organização de serviços seguiu a proposta do relatório, com mudanças resultantes de acordos com a corporação médica. Como não aceitaram trabalhar como assalariados em centros de saúde, os médicos generalistas foram contratados por capitação, responsáveis por cuidados integrais à sua lista de pacientes, com grau importante de autonomia, mas mantida sua função de *gate-keeper*, responsáveis pelas referências para os outros níveis e pela manutenção do vínculo⁷. Uma nova forma de inserção que se mostrou muito bem-sucedida e foi mais tarde copiada por vários países.

Com relação à regionalização, considerou-se que sua construção através de colegiados com decisões tomadas por consenso havia sido inviabilizada por interesses divergentes de hospitais, autoridades locais e médicos. Após nacionaliza-

ção e encampação dos hospitais, as regiões foram instituídas como delegação do poder central, a partir das bases de referência de um hospital universitário, com populações da ordem de dois milhões de pessoas⁷.

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, como os nórdicos e o Canadá, com as devidas adaptações às especificidades locais. Preconizado pela Organização Mundial de Saúde, compõe a base da proposta dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde), estratégia desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde a partir de meados da década de oitenta⁸.

Para cumprir as funções do primeiro nível, diferentes países optaram por composições distintas de recursos, como generalistas autônomos, equipes em centros de saúde ou policlínicas. Mas, em todos os casos, o primeiro nível é dotado de resolutividade, dada a partir da qualificação dos recursos humanos, do acesso a meios diagnósticos e terapêuticos e das articulações funcionais com os demais componentes da rede⁹.

Ao mesmo tempo, a construção da regionalização é acompanhada do arcabouço jurídico e dos arranjos institucionais compatíveis, seja em Estados unitários seja em países federativos, de modo a possibilitar a instituição do comando único, prescrito por Dawson em 1920.

No caso dos Estados unitários, as regiões são estabelecidas por delegação do poder central, ainda que com um grau considerável de autonomia (desconcentração) e, no caso das federações ou de arranjos federativos – Canadá, Espanha, Itália, entre outros –, a descentralização é feita para as províncias (ou seus equivalentes). As bases para o planejamento são as regiões e os distritos e as atribuições assumidas pelos governos locais, em geral, restringem-se ao cuidado social¹⁰.

Reformas no sistema saúde britânico: da competição à integração

Inserida na ampla agenda de reforma do Estado e no questionamento de seu papel na execução de políticas, a primeira fase da reforma do sistema de saúde britânico foi implementada no início dos anos noventa, durante o governo de Margaret Thatcher. Ainda que inicialmente se propusesse a modificar a base do financiamento, a resistência política à mudança dos princípios

os do NHS fez com que as medidas fossem focadas no aumento da eficiência no uso dos recursos públicos, no contexto de um sistema cronicamente subfinanciado^{11,12}.

A adoção do “mercado interno”, com a separação das funções de financiamento e provisão e foco na competição, substituiu a provisão direta financiada por orçamentos globais. Os hospitais públicos transformados em *trusts* – entes públicos autônomos – passaram a disputar os contratos realizados pelas autoridades sanitárias, que poderiam comprar serviços também fora de suas regiões e distritos. Paralelamente, criou-se um projeto-piloto em que era transferido aos generalistas parte do orçamento da região, para que comprassem serviços para os pacientes sob sua responsabilidade, os *GP's fundholders*¹³.

Em que pesem os ganhos em eficiência em alguns campos, as medidas resultaram num grau importante de fragmentação, aumento na desigualdade de acesso e em seleção de pacientes. Os hospitais passaram a privilegiar os procedimentos mais lucrativos – em geral, cirurgias eletivas para diminuição de filas de espera – e os pacientes crônicos e idosos tornaram-se pouco atrativos; hospitais universitários, referência natural para casos mais complexos, não conseguiram garantir seus orçamentos e os custos administrativos do sistema aumentaram de forma muito significativa^{12,13}.

O projeto *fundholders* foi capaz de garantir maior acesso a seus pacientes, mas criou uma clientela com acesso diferenciado, inadmissível no sistema britânico. Por outro lado, ao instituir centenas de compradores que contratavam serviços sem articulação com as autoridades regionais, contribuiu ainda mais para a fragmentação¹⁴.

O comprometimento da equidade ajudou a derrubar o governo conservador e, em 1997, os trabalhistas assumiram, prometendo menos competição e mais cooperação. Durante a década seguinte, mantidos os princípios fundantes do sistema, instituiriam uma nova leva de reformas, que geraram novos arranjos para a provisão, inclusive com participação do setor privado na prestação de serviços.

Mantiveram a contratualização, mas com muito maior grau de controle, com definição central das diretrizes, parâmetros e indicadores para elaboração dos contratos. Transferiram a ênfase para o fortalecimento da coordenação entre os níveis da rede – ainda que busquem manter alguma medida de competição em alguns campos – e reforçaram o papel de planejamento das autoridades sanitárias nacionais, regionais e distritais.

Foram institucionalizados alguns dos ganhos obtidos durante a primeira fase de reformas, especialmente o aumento do escopo da atenção primária e o estímulo a arranjos cooperativos que haviam sido criados e que se tornariam a base para os *Primary Care Trusts* (PCT) hoje estabelecidos – grupos que congregam os generalistas e que, em conjunto com as autoridades regionais, compram serviços para seus usuários^{9,12}.

Foram também desenvolvidas estratégias de coordenação do cuidado clínico, como as *clinical networks*/redes clínicas para o tratamento de crônicos, articulação funcional de profissionais dos diversos níveis de atenção, organizações de pacientes e sociedades de especialistas, que desenvolvem protocolos clínicos e mecanismos próprios de integração das práticas que perpassam todos os serviços envolvidos¹⁵. O NHS sugeriu a possibilidade das *clinical networks* se transformarem em novos *trusts* com quem seriam realizados contratos, à semelhança dos sistemas integrados americanos¹⁶. No entanto, ainda que a partir de 2000 tenha sido possível a integração vertical através da criação de *trusts*, até 2009 um número muito pequeno havia sido estabelecido e nenhum com as características de uma *clinical network*¹⁷.

Durante os anos 2000, a integração do cuidado – em suas várias concepções – se tornaria o foco da formulação de estratégias e de projetos-piloto empreendidos pelo NHS, com influência direta da experiência americana de sistemas integrados¹⁸.

Do outro lado do Atlântico: a experiência norte-americana

Baseado em seguro voluntário de empresas e dois grandes programas públicos – o Medicare, de responsabilidade federal e dirigido à população maior de 65 anos e o Medicaid, para cobertura de populações de baixa renda, sob responsabilidade dos estados – o sistema americano é caracterizado pela segmentação e por um grau de fragmentação incomparavelmente maior que os sistemas públicos, inclusive os de seguro social.

Os custos gerados pela fragmentação, aliada a formas de pagamento por itens e procedimentos, geraram o significativo crescimento do *managed care*, originado dos planos de pré-pagamento da década de trinta, e institucionalizados como política governamental nos anos setenta e oitenta¹¹. Engloba diferentes arranjos organizacionais, centrados no pagamento por capitação a distintos tipos de organizações, que se respon-

sabilizam pela provisão de todo o cuidado a um paciente, seja através de rede própria de serviços, seja por diferentes tipos de contratos estabelecidos com provedores¹⁹.

Com a transferência do risco financeiro dos pagadores aos provedores, as organizações de *managed care* desenvolveram mecanismos de controle de acesso e de utilização de recursos, entre os quais a instituição do generalista *gatekeeper*, que controla o acesso aos especialistas e a adoção muito rígida de protocolos clínicos e controle da prática profissional¹⁹.

A fragmentação é um problema particularmente importante para o Medicare, com grande proporção de crônicos entre seus beneficiários e poucas possibilidades de interferir na forma como se organiza a provisão²⁰. Como alternativa, utiliza as organizações de *managed care*, que desenvolveram dois mecanismos principais de coordenação do cuidado a crônicos. O *case management*/gerenciamento de casos é dirigido a pacientes mais frágeis, identificados através de seu padrão de alta utilização de recursos. O coordenador, em geral enfermeiras especializadas em geriatria ou em doenças crônicas específicas, tem o papel de articular as práticas dos múltiplos provedores envolvidos no cuidado²¹.

Já os programas de *disease management*/gerenciamento de doenças crônicas específicas tem por alvo pacientes e grupos de risco. Entre seus objetivos, está o controle do processo de desenvolvimento da doença – de forma semelhante aos programas verticais – através de protocolos clínicos muito estruturados²².

As primeiras empresas especializadas em *disease management* foram criadas pela indústria farmacêutica – que permanece responsável por grande fatia do mercado. Do pacote comprado pelo plano, constavam os protocolos clínicos que incluíam os medicamentos providos pela própria empresa dentro do contrato²². Estes arranjos causaram estranheza e críticas entre os pesquisadores e gestores europeus, que consideraram inadequado que em seus países os sistemas públicos garantissem fatia de mercado à indústria, ao mesmo tempo em que restringiriam a autonomia clínica dos médicos em favor dos fabricantes de medicamentos²³.

A partir de meados da década de noventa, os programas de *disease management* foram sendo ampliados em seu escopo, mudando seu foco de uma patologia específica às múltiplas necessidades de pacientes crônicos/idosos portadores de comorbidade. Ao mesmo tempo, sua adoção foi se expandindo e, sob este rótulo, hoje acom-

dam-se desde pequenas intervenções focalizadas a programas amplos em escopo e objetivos²⁴.

Do ponto de vista da configuração do sistema, em resposta às formas de pagamento com cada vez maior transferência de risco aos provedores, num mercado altamente competitivo, ainda na década de setenta, iniciou-se um intenso processo de reestruturação caracterizado pela consolidação, com a substituição dos hospitais filantrópicos que haviam sido responsáveis pela maior parte da provisão por corporações lucrativas²⁵.

As décadas de oitenta e noventa foram marcadas pelo movimento de integração vertical, desde entre provedores de serviços clínicos de diferentes níveis – em geral, a articulação de serviços ambulatoriais em torno de um hospital – até a constituição de sistemas mais abrangentes, integrando provisão clínica, serviços de laboratórios e imagem e de produção de equipamentos e insumos²⁶.

Este processo deu origem a diferentes combinações de provedores, com conformações estruturais muito diversas, que se tornaram conhecidas pela denominação genérica de *integrated delivery systems* (IDS)/sistemas integrados de provisão. Apenas no período 1993-1997, foram identificados 1.917 sistemas integrados formados e 1.466 dissolvidos²⁶.

Os IDS foram definidos por Shortell²⁷ como *uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, um continuum coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve*, definição que se tornaria a mais amplamente utilizada.

Redes em sistemas distintos: em busca de um referencial conceitual

Em que pesem as diferenças centrais entre redes regionalizadas e sistemas integrados – a começar pela natureza radicalmente distinta dos sistemas de saúde nos quais estão inseridos –, a semelhança em alguns arranjos organizacionais e na utilização de instrumentos de integração levou a um debate sobre as aproximações entre os dois modelos, que influenciou a formulação da política britânica na década de 2000 e que ajudou a conformar o grande e pouco delimitado campo dos sistemas integrados/cuidado integrado.

Em 2002, foi publicado um estudo em que o NHS era comparado à Kaiser Permanente²⁸, uma

organização americana de *managed care* de tipo grupo – que opera a maior parte dos serviços e que dispõe de seu próprio quadro de profissionais de saúde. Os resultados seriam favoráveis à Kaiser, que teria *performance* semelhante a custo menor. A publicação gerou polêmica e profissionais e gestores britânicos apontaram a impropriedade da comparação entre o NHS e um sistema integrado, que opera com seleção de pacientes com relação à condição econômica e idade, os principais condicionantes da utilização de serviços. Em 2004, foi publicado novo artigo²⁹, em que eram questionadas as premissas e a metodologia utilizadas, demonstrando que os casos não haviam sido tornados comparáveis. Outros estudos se seguiram³⁰, dando origem a um extenso debate acerca da possibilidade de aumentar a eficiência e melhorar a qualidade no NHS através da utilização dos instrumentos desenvolvidos pela Kaiser para cuidado a pacientes crônicos. Como resultado, foi instituído um programa de cooperação e troca de experiências, que apoia alguns projetos-piloto, ainda em andamento³¹.

Outro experimento em integração foi desenvolvido a partir da atenção primária, utilizando o modelo americano Evercare de *case management* para pacientes crônicos¹⁷. No entanto, não se observaram efeitos significativos nas admissões hospitalares, tempo de permanência ou mortalidade. De acordo com os estudiosos britânicos, há pouca evidência de que estas estratégias de integração possam reduzir internações no caso da Grã-Bretanha, já que a efetividade de abordagens complexas de *case management* depende do tipo específico de intervenção, da natureza da população-alvo e das características do sistema de saúde em questão¹⁷.

Outros autores também afirmam que, dadas as diferenças entre os sistemas de saúde, os achados originados no contexto americano podem não ser facilmente transferíveis e que compreender o contexto institucional é essencial para a identificação dos facilitadores e das barreiras à integração^{24,32}.

Como resultado destas experiências, o NHS assumiu uma atitude mais cautelosa, contrariamente ao que havia sido antecipado, e optou por não definir as estratégias de integração como política nacional, lançando em abril de 2009 novos pilotos, com o objetivo de buscar mais evidências¹⁷.

No contexto de outro sistema nacional de saúde – da Catalunha, na Espanha –, observou-se a emergência de sistemas integrados de forma mais assemelhada aos arranjos verticais americanos. Neste caso, a autoridade sanitária contrata uma

multiplicidade de provedores de forma complementar à provisão pública financiada por orçamentos. Processos de integração vertical se deram a partir da década de noventa, quando a gestão conjunta de um hospital de agudos, um centro para tratamento de crônicos e de uma equipe de atenção primária tornou-se o embrião das denominadas organizações sanitárias integradas, das quais havia dezoito catalogadas em 2006³³.

Portanto, no grande campo do cuidado integrado, são englobadas experiências que vão dos sistemas integrados americanos às redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde, passando por um conjunto de intervenções com maior ou menor grau de abrangência em seu escopo e que podem ou não se traduzir em arranjos organizacionais de diferentes tipos. Não por acaso, do ponto de vista conceitual, é um campo pouco delimitado, sem definições comuns, com uma plethora de terminologias. Foi descrito alternativamente como “um pântano acadêmico de definições e análise conceitual”³⁴ ou mais simplesmente como uma torre de Babel³⁵. Em revisão sistemática recente, foram encontrados mais de setenta termos ou frases relacionadas à integração, compreendendo 175 definições e conceitos³⁶.

Nolte e McKee²⁴ observam que a formulação de Shortell reflete fortemente a perspectiva do *managed care*, em que a ênfase é numa população definida (mas selecionada), e na integração das funções de financiamento e da provisão, que nos Estados Unidos tradicionalmente estiveram separadas. Este conceito não seria facilmente comparável com a interpretação européia, na qual tradicionalmente integração se refere à integração de setores – saúde e cuidado social – e não de funções.

Já pesquisadores ligados ao Consórcio Hospitalar da Catalunha utilizam o critério de afiliação da população para classificar os sistemas ou redes integradas em dois tipos: (1) população definida pelo território, sob gestão de uma autoridade sanitária, geralmente formando parte de um sistema nacional de saúde e (2) população definida por afiliação voluntária, nos países em que se estabeleceu um mercado para a saúde, como é o caso dos sistemas integrados americanos³⁷.

Uma série de autores tem argumentado a necessidade de esclarecer conceitos e delimitar modelos, de modo a tornar possível a compreensão de seu significado, a troca de experiências e a avaliação de resultados^{38,39}.

Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde empreendeu consultas nacionais e regionais para validação de sua proposta de organização de redes, denominada em sua versão final

“Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária”³, que provê um marco conceitual para os países latino-americanos.

O documento adota uma versão modificada da definição de Shortell, considerando que *as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.*

Ao basear as redes na atenção primária e introduzir o conceito de serviços de saúde equitativos e integrais, a proposta alinha-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos e fornece um marco conceitual para a organização de redes no caso brasileiro.

Uma contribuição central do documento é a clara separação entre os atributos da rede e os mecanismos e instrumentos de coordenação a serem utilizados para sua implementação. Entre os treze atributos essenciais definidos, são centrais à discussão aqui realizada: população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura de toda a população, porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede. Estes atributos remetem à proposta de Dawson das redes regionalizadas, que assim constituídas, devem utilizar mecanismos de coordenação ao longo de todo o *continuum* dos serviços.

De acordo com a proposta, dada a diversidade de contextos, não seria possível prescrever um modelo organizacional único para as redes e vários esquemas seriam possíveis. O objetivo da política pública seria o de propor um desenho que satisfaça as necessidades organizacionais específicas de cada sistema.

São identificados instrumentos de política e mecanismos institucionais, cuja pertinência dependerá de cada contexto específico. Uma questão central, ainda, é que quaisquer que sejam os mecanismos ou instrumentos utilizados, devem estar sempre respaldados por uma política de Estado que impulse as redes como estratégia fundamental para o alcance de serviços de saúde mais acessíveis e integrais, apoiada em um referencial jurídico coerente.

Conclusão

Ao colocar no centro do debate a discussão da integração/coordenação do cuidado, o processo de reforma dos sistemas nacionais, em sua fase mais recente, passou a utilizar mecanismos e instrumentos próximos aos desenvolvidos no mercado americano. Este, por outro lado, como resposta às pressões de mercado, experimentou processos de integração vertical com arranjos organizacionais em níveis de atenção, generalistas *gatekeepers* e mecanismos de referência, que lembram os modelos tradicionais de organização em redes dos sistemas universais.

No entanto, ainda que os arranjos organizacionais e os instrumentos institucionais em busca da integração do cuidado sejam similares – desenvolvidos num padrão comum de alta expectativa de vida e prevalência de doenças crônicas –, os valores, premissas e objetivos que informam cada um dos sistemas e a resultante forma de organização de serviços implicam contextos muito distintos.

Os sistemas nacionais de saúde operam redes com populações definidas geograficamente por que saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único por que, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária.

Dependendo do contexto, esta autoridade sanitária pode utilizar a estratégia de contratualização para a garantia da provisão, inclusive através de provedores privados, e até mesmo empregar mecanismos de pagamento ou de outro tipo que incentivem a integração vertical e a emergência de sistemas integrados. No entanto, não lhe deveria ser possível abdicar da responsabilidade sobre as condições de saúde e o acesso da população às ações e serviços. A utilização da contratualização, pelo contrário, implica decisão política para exercício do poder regulatório, inseparável da capacidade técnica para definição do plano no qual os contratos estarão inseridos e para o desenho dos instrumentos, incluído o alinhamento dos incentivos financeiros.

As redes regionalizadas a serem construídas no SUS claramente estão neste campo, com referencial teórico remetendo a Dawson, atualizado na proposta da OPAS. Sua construção nestes moldes, no entanto, representa alguns desafios, considerando as dimensões técnica e política, de resto indissociáveis.

Frente à peculiar combinação de uma federação trina com descentralização da responsabilidade sanitária para o nível local, como construir a regionalização? Do ponto de vista técnico, como se configuram as regiões de saúde? Qual o grau de autossuficiência da “extensa rede de serviços

que provê cuidados integrais” que propõe a OPAS? Do ponto de vista político institucional, como construir o território regional? Qual o papel e a responsabilidade de cada ente federado na constituição deste espaço? Como construir a institucionalidade?

O enfrentamento destes desafios permitirá definir um marco referencial para a constituição das redes, em suas diretrizes gerais – a ser traduzida em condições regionais específicas –, e permitirá avaliar possibilidades e limitações de modo a embasar a escolha dos mecanismos e instrumentos pertinentes.

Colaboradores

R Kuschnir e AH Chorny participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento*. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria*. Washington, D.C.: OPAS; 2009.
4. Delnoij D, Klazinga N, Glasgow IK. Integrated care in an international perspective. *Int J Integr Care* [periódico na Internet] 2002 [cerca de 4 p.] Disponível em: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/62/124>
5. Ministerio de Salud de la Gran Bretaña. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93]
6. Webster C. *The National Health Service: a political history*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
7. Rivett CGC. *From cradle to grave: 50 years of NHS*. London: London King's Fund; 1998.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias*. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1990. [Publicación científica nº 519]
9. Rico A, Saltman R, Boerma W. *Primary Health Care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
10. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. *Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes*. Berkshire: Open University Press; 2007.

11. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):263-286.
12. Klein R. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006.
13. Saltman RB, Figueras JF, Sakellarides C, editors. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. London: Open University Press; 1998.
14. Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Service: learning from a decade of health service reform. *Med J Aust* 2002; 176(9):539-542.
15. Edwards N. Clinical Networks. *BMJ* 2002; 324(7329):63.
16. Department of Health. *National Framework for Renal Services*. [site da Internet] Disponível em: <http://www.doh.gov.uk>
17. Hawkes N. Joined up thinking. *Health Policy* 2009; 338:1238-1239.
18. Ham C. *Clinically Integrated Systems: The next step in English Health Reform?* [site da Internet] 2007. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk>
19. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D. Managed care: origins, principles and evolution. *BMJ* 1997; 314:1823-1833.
20. Berenson RA, Horvath J. *Confronting the Barriers to Chronic Care Management in Medicare Health Affairs*. [site da Internet] 2003. Disponível em: <http://www.content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w337v1.pdf>
21. Cunningham LG, Koen MJ. Improving patient care delivery with integrated case management. *Health Care Financ Manag* 1996; 50(12):34-45.
22. Bodenheimer T. Disease management in the American market. *BMJ* 2000; 320:563-566.
23. Greenhalgh T, Herxheimer A, Isaacs AJ, Beaman M, Morris J, Farrow S. Commercial partnerships in chronic disease management: proceeding with caution. *BMJ* 2000; 320:566-568.
24. Nolte E, McKee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, editors. *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
25. Bazzoli GJ. The corporization of American hospitals. *J Health Polit Policy Law* 2004; 29(4-5):885-905.
26. Greenberg W, Goldberg LG. The determinants of hospital and HMO vertically integrated delivery systems in a competitive health care sector. *Int J Health Care Finance Econ* 2002; 2(1):51-68.
27. Shortell S, Gillies R, Anderson D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994; 13:46-54.
28. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324:135-143.
29. Talbot-Smith A, Gnani S, Pollock AM, Gray DP. Questioning the claims from Kaiser. *Br J Gen Pract* 2004; 54(503):415-421.
30. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327:1257-1260.
31. Ham C. *Developing integrated care in the NHS: adapting lessons from Kaiser*. [site da Internet] 2006. Disponível em: http://www.hsmc.bham.ac.uk/documents/kaiser_paper_may06.pdf
32. Mur-Veeman I. Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy* 2008; 8(2):172-183.
33. Vázquez MLN, Lorenzo IV. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona: CHC; 2007.
34. Howarth M, Haigh C. The myth of patient centrality in integrated care: the case of back pain. *Int J Integr Care* [periódico na Internet] 2007 [cerca de 7 p.] Disponível em: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/203/404>
35. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* [periódico na Internet] 2002 [cerca de 6 p.] Disponível em: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/67>
36. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* [periódico na Internet] 2009 [cerca de 7 p.] Disponível em: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/316/630>
37. Vasques MLN, Vargas Lorenzo I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Rev. Cienc. Salud* 2006; 4(1):5-9.
38. Billings, JR. What do we mean by integrated care? A European interpretation. *Int J Integr Care* 2005; 13(5):13-20.
39. Stein KV, Rieder A. Integrated care at the crossroads – defining the way forward *Int J Integr Care* [periódico na Internet] 2009 [cerca de 7 p.] Disponível em: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/315/628>

Artigo apresentado em 24/05/2010

Aprovado em 02/06/2010

Versão final apresentada em 08/06/2010