

Redes de atenção à saúde: diagnóstico das ações construídas entre a APS e os hospitais de pequeno porte

Lucas Gomes Costa de Paula

RESUMO

A busca por uma maior eficiência dos sistemas de saúde passa sobretudo pela organização dos serviços de saúde em redes de atenção. Estruturar os serviços de saúde, e assim garantir o atendimento integral e de qualidade para seus usuários, nas suas mais diversas complexidades e tendo como eixo coordenador a atenção primária a saúde tem sido o grande desafio. Este trabalho apresenta uma análise das relações existentes entre Hospitais com menos de 50 leitos e a Atenção Primária à Saúde no SUS.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Redes de Atenção à Saúde, Hospitais de Pequeno Porte, Saúde Pública, Integralidade.

ABSTRACT

The search for greater efficiency in health systems depends mainly on the organization of health services in care networks. Structuring health services, and thus guaranteeing comprehensive and quality care for its users, in its most diverse complexities and having primary health care as its coordinating axis, has been the great challenge. This paper has as aim analysis of the relationships between Small Hospitals and Primary Health Care in National Health Care in Brazil.

Keywords: Primary Health Care; Health care networks; Small Hospitals; Public Health; Integrality

Revista da Rede APS 2021

Publicada em: 01/04/2021

DOI:10.14295/aps.v3i1.76

Lucas Gomes Costa de Paula
(Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas
Gerais, Belo Horizonte, MG,
Brasil)

Correspondência para:

Lucas Gomes Costa de Paula
lucagomes_cp@hotmail.com

Submissão recebida em 30 de abril de 2020.
Aceito para publicação em 18 de dezembro de 2020.
Avaliado pelo sistema *Double Blind Review*

INTRODUÇÃO

Em relatório divulgado no início da década, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), alertou sua preocupação para o alto nível de fragmentação persistente nos sistemas de saúde da América Latina, destacando alguns dos principais problemas que dizem respeito a sua organização. Dificuldades no acesso, na disponibilidade dos serviços, na capacidade técnica, bem como o uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, foram identificados como obstáculos para efetivação de um sistema integrado de atenção à saúde (1).

Longe de ser apenas um problema dos países latino-americanos, a crise contemporânea observadas nos grandes sistemas de saúde, é tida principalmente como resultado da fragmentação e segmentação de seus serviços, reflexo de um desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por doenças crônicas e uma resposta social ineficaz, que não garante a continuidade dos processos assistenciais (2). No caso brasileiro, embora se tenha ao longo dos anos resultados expressivos para Sistema Único de Saúde (SUS) existe uma lacuna no que se refere ao planejamento e gestão, em especial à integralidade das ações, que enquanto princípio doutrinário do SUS, somente seria qualificada a partir da estruturação das redes de atenção (3).

Neste contexto, a proposta de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido defendida devido aos ganhos de qualidade e eficiência, buscando romper o paradigma hospitalocêntrico centrado no cuidado do médico, para um modelo alternativo, que tenha a família e a comunidade como eixo norteador da assistência à saúde (4), atuando como um instrumento de garantia dos direitos, à medida que se amplia o acesso e consequentemente diminui-se as desigualdades (5). Logo, garantir a integração da saúde, com qualificação e continuidade do cuidado, superando lacunas assistenciais e buscando a racionalização e otimização dos recursos disponíveis torna-se uma condição indispensável das redes regionalizadas e integradas da atenção (6).

Não obstante, a opção por um sistema público e universal, organizado de forma regionalizada tem gerado concomitantemente um duplo desafio: ofertar um conjunto de serviços a grupos majoritariamente desassistidos, sob o prisma da focalização de programas, como é observado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, paralelamente, implantar as redes de atenção à saúde que, de fato, possam dar conta das necessidades de saúde da população (7). Sob este olhar, é preciso cuidado para não reforçar ainda mais o caráter fragmentado e segmentado do sistema, visto que a focalização da Atenção Primária à Saúde (APS), restritos a um determinado grupo populacional e constituído por um pacote básico de serviços, acaba sendo implementado em detrimento do acesso a níveis de maior complexidade (6).

Nesse sentido, posição semelhante ocupam também os serviços de média e alta complexidade. Tendo como amparo legal o princípio da integralidade, a assistência à saúde ao usuário do SUS também é garantida nos níveis de atenção em que o acesso se justifica pela necessidade de utilização de serviços mais densos tecnologicamente, não ofertados na atenção básica (AB). E, mesmo que a APS seja o eixo orientador do sistema e porta de entrada (preferencialmente) do usuário, por vezes, os procedimentos demandados por eles exigem maior grau de especialização e uso de tecnologias mais avançadas, na maioria das vezes, dispostas apenas nos hospitais.

A luz desta discussão e, considerando a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, este artigo propõe analisar as ações estabelecidas entre a atenção primária a saúde e os Hospitais de Pequeno Porte do SUS.

METODOLOGIA

Este trabalho, adotou como estratégia metodológica a análise de dados obtidos a partir do *survey* censitário proveniente do projeto denominado como “Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Especialização” realizado por Facchini e Barbosa (8). Foi financiado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela

Universidade Federal de Minas Gerais via Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Neste artigo, especificamente, as variáveis analisadas contemplam as dimensões da APS, investigadas no instrumento. Dessa forma, para atender o propósito do estudo foram identificadas ações estabelecidas entre os Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) e atenção básica (Tabelas 1, 2 e 3), cujas informações foram cruzadas com a finalidade de encontrar conexões existentes entre estes serviços. A expectativa com este trabalho é diagnosticar, levando-se em conta o papel central da APS nas RAS, possíveis evidências do fortalecimento das redes a partir das relações construídas entre esses dois níveis de atenção.

RESULTADOS

Os resultados expressados na Tabela 1 sugerem, em linhas gerais, que os HPPs apresentaram interações significativas junto a atenção primária em seus municípios. Esse valor foi maior para as regiões Nordeste (86,69%) e Sul (87,21%). Não por menos estas duas regiões geográficas apresentavam em 2013, os maiores índices de cobertura da atenção básica dentre as demais (81,6% e 73,05%) respectivamente (9). Do ponto de vista da natureza jurídica destes hospitais identificou-se um elevado nível de atuação em conjunto a AB entre as instituições públicas e privadas s/fins lucrativos (Entre 78 e 94%). Por outro lado, considerando os hospitais privados com fins lucrativos, apenas 1/3 deles mantinham ações junto a AB.

Tabela 1 - Percentual dos HPPs que atuam de forma conjunta com a atenção básica e compartilha ações de educação permanente

	O hospital atua de forma conjunta com a AB?				Há compartilhamento de ações de educação permanente do hospital com a AB?			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Região								
Centro Oeste	220	73,09	81	26,91	109	36,09	193	63,91
Nordeste	749	86,69	115	13,31	356	41,25	507	58,75
Norte	149	71,98	58	28,02	64	30,48	146	69,52
Sudeste	356	78,41	98	21,59	148	32,89	302	67,11
Sul	266	87,21	39	12,79	107	35,08	198	64,92
Natureza Jurídica								
Público Federal	16	84,21	3	15,79	9	47,37	10	52,63
Público Estadual	130	78,31	36	21,69	61	36,97	104	63,03
Público Municipal	1122	93,27	81	6,73	530	43,98	675	56,02
Privado s/ fins lucrativos	373	84,77	67	15,23	147	33,49	292	66,51
Privado c/ fins lucrativos	96	32,65	198	67,35	36	12,29	257	87,71
Número de Leitos								
00 a 19 leitos	512	85,05	90	14,95	246	40,73	358	59,27
20 a 29 leitos	489	81,64	110	18,36	217	36,11	384	63,89
30 a 39 leitos	408	80,79	97	19,21	170	33,86	332	66,14
40 a 49 leitos	209	79,47	54	20,53	80	30,77	180	69,23
50+ leitos	122	75,31	40	24,69	71	43,56	92	56,44
Categoria								
Hospital Geral	1414	86,64	218	13,36	626	38,38	1005	61,62
Hospital Geral c/especialidade	258	68,62	118	31,38	125	33,33	250	66,67

Hospital Especializado	60	53,57	52	46,43	29	25,66	84	74,34
Quem arca com os custos do hospital?								
Gestão Municipal	1057	91,67	96	8,33	484	41,90	671	58,10
Gestão Estadual	126	76,36	39	23,64	55	33,54	109	66,46
Gestão Municipal e Estadual	330	92,70	26	7,30	161	45,48	193	54,52
Gestão Privada	13	9,15	129	90,85	12	8,45	130	91,55
Gestão Federal	8	72,73	3	27,27	4	36,36	7	63,64
Hospital contratualizado com o SUS?								
Sim	1430	87,20	210	12,80	658	40,15	981	59,85
Não	185	53,01	164	46,99	75	21,43	275	78,57
População do Município								
Menor que 10mil habitantes	509	91,55	47	8,45	242	43,53	314	56,47
Entre 10mil e 50mil habitantes	1052	84,70	190	15,30	454	36,70	783	63,30
Entre 50mil e 100mil habitantes	68	62,39	41	37,61	33	28,95	81	71,05
Entre 100mil e 250mil habitantes	32	43,24	42	56,76	13	17,57	61	82,43
Entre 250mil e 500mil habitantes	17	48,57	18	51,43	10	29,41	24	70,59
Mais de 500mil habitantes	62	53,91	53	46,09	32	27,83	83	72,17

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em se tratando do porte destes hospitais aparentemente os resultados indicaram que quanto maior o número de leitos menor sua relação com a atenção básica. No tocante a população do município em que se encontravam estes hospitais, chama atenção o fato de que quanto menor o município maior era a proporção dos HPPs que atuavam de forma conjunta com atenção básica. Este resultado traduz o reflexo característico do programa de saúde da família à medida que fica claro sua proposta de focalização.

Em relação ao compartilhamento de ações de educação permanente dos hospitais com os

serviços de atenção básica ou demais pontos da rede, chama atenção o maior valor entre os HPPs com 50 ou mais leitos. Ainda que estes não se enquadrem no conceito de pequeno porte foram os que tiveram em termos proporcionais mais ações compartilhadas junto a AB. Todavia, como de se esperar, hospitais especializados com gestão privada e não contratualizados com o SUS alcançaram baixos índices de parceira de atividades de educação permanente se comparado aos seus pares. Novamente, os HPPs em municípios com menos de 10 mil habitantes apontaram maior interação junto aos serviços básicos de saúde.

Tabela 2 - Percentual dos HPPs que compartilham profissionais com a AB

	Médicos				Enfermeiros			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Região								
Centro Oeste	178	58,75	125	41,25	100	32,79	205	67,21
Nordeste	554	63,90	313	36,10	393	45,38	473	54,62
Norte	103	49,28	106	50,72	54	25,71	156	74,29
Sudeste	238	52,65	214	47,35	147	32,52	305	67,48
Sul	227	74,67	77	25,33	98	32,03	208	67,97
Natureza Jurídica								
Público Federal	12	63,16	7	36,84	8	42,11	11	57,89
Público Estadual	83	50,00	83	50,00	57	34,13	110	65,87

Público Municipal	853	70,67	354	29,33	526	43,51	683	56,49
Privado s/ fins lucrativos	270	61,36	170	38,64	153	34,85	286	65,15
Privado c/ fins lucrativos	77	26,19	217	73,81	46	15,54	250	84,46
Número de Leitos								
00 a 19 leitos	384	63,37	222	36,63	245	40,43	361	59,57
20 a 29 leitos	396	66,00	204	34,00	231	38,37	371	61,63
30 a 39 leitos	289	57,46	214	42,54	181	35,91	323	64,09
40 a 49 leitos	141	53,82	121	46,18	78	29,66	185	70,34
50+ leitos	90	54,88	74	45,12	57	34,76	107	65,24
Categoria								
Hospital Geral	1054	64,46	581	35,54	626	38,17	1014	61,83
Hospital Geral c/especialidade	201	53,46	175	46,54	130	34,67	245	65,33
Hospital Especializado	38	33,63	75	66,37	83	73,45	30	26,55
Quem arca com os custos do hospital?								
Gestão Municipal	801	69,23	356	30,77	495	42,71	664	57,29
Gestão Estadual	79	47,88	86	52,12	50	30,30	115	69,70
Gestão Municipal e Estadual	252	70,79	104	29,21	151	42,42	205	57,58
Gestão Privada	16	11,35	125	88,65	13	9,15	129	90,85
Gestão Federal	5	45,45	6	54,55	2	18,18	9	81,82
Hospital contratualizado com o SUS?								
Sim	1082	65,82	562	34,18	657	39,89	990	60,11
Não	134	38,51	214	61,49	83	23,78	266	76,22
População do Município								
Menor que 10mil habitantes	428	76,43	132	23,57	234	41,86	325	58,14
Entre 10mil e 50mil habitantes	773	62,44	465	37,56	476	38,33	766	61,67
Entre 50mil e 100mil habitantes	46	40,71	67	59,29	32	28,07	82	71,93
Entre 100mil e 250mil habitantes	21	28,38	53	71,62	20	27,03	54	72,97
Entre 250mil e 500mil habitantes	10	28,57	25	71,43	9	25,71	26	74,29
Mais de 500mil habitantes	22	19,13	93	80,87	21	18,26	94	81,74

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com a Tabela 2, constatamos que os profissionais médicos que trabalham no HPPs possuem uma atuação maior junto a AB do que os demais profissionais. Estende-se por este resultado que a escassez de médicos no município onde estão localizados estes hospitais, pode significar que este mesmo profissional também atua nos serviços de atenção básica. A possibilidade de trabalho com carga horária reduzida nos hospitais, muito comum entre a classe médica, indica em maiores possibilidades de atuarem também sob outros vínculos empregatícios, tais como na AB.

Analisando sua natureza jurídica, destacam-se os hospitais públicos municipais e os federais, onde o compartilhamento de profissionais foi maior nessas instituições. Enquanto 70% dos hospitais públicos municipais compartilhavam

médicos esse valor caía para em torno de 26% quando o HPP era privado com fins lucrativos. No caso dos enfermeiros a o percentual foi de 44% e 15% respectivamente. A mesma lógica ocorreu para o porte dos municípios, quanto maior, menor o compartilhamento de profissionais.

Hospitais contratualizados com o SUS assim como aqueles cuja gestão é pública se comparados aos hospitais não-contratualizados ou que possuem a gestão privada o índice de compartilhamento de profissionais foi muito superior. É o que mostra o compartilhamento dos enfermeiros: 42%, dos HPPs de Gestão Municipal e Estadual compartilhavam seus profissionais enquanto somente 9,15% dos HPPs de Gestão Privada tinham está prática.

Tabela 3 - Percentual dos HPPs que participam do fórum de reunião com a atenção básica e tem suas consultas ambulatoriais também marcadas pela Unidade Básica de Saúde

	O Hospital tem participação no fórum de reunião com a AB?				Marcação direta na UBS				
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Região									
Centro Oeste	70	67,96	33	32,04	61	20,89	231	79,11	
Nordeste	257	65,39	136	34,61	171	20,68	656	79,32	
Norte	54	64,29	30	35,71	18	9,38	174	90,63	
Sudeste	140	70,00	60	30,00	97	23,37	318	76,63	
Sul	84	67,74	40	32,26	78	26,90	212	73,10	
Natureza Jurídica									
Público Federal	7	77,78	2	22,22	5	26,32	14	73,68	
Público Estadual	51	54,84	42	45,16	20	13,61	127	86,39	
Público Municipal	403	72,48	153	27,52	282	24,39	874	75,61	
Privado s/ fins lucrativos	125	60,68	81	39,32	97	23,89	309	76,11	
Privado c/ fins lucrativos	18	47,37	20	52,63	21	7,53	258	92,47	
Número de Leitos									
00 a 19 leitos	167	66,80	83	33,20	114	19,52	470	80,48	
20 a 29 leitos	171	68,13	80	31,87	115	20,14	456	79,86	
30 a 39 leitos	142	67,62	68	32,38	110	23,81	352	76,19	
40 a 49 leitos	74	65,49	39	34,51	44	17,89	202	82,11	
50+ leitos	51	63,75	29	36,25	42	27,45	111	72,55	
Categoria									
Hospital Geral	495	67,44	239	32,56	319	20,74	1219	79,26	
Hospital Geral c/especialidade	93	67,88	44	32,12	84	23,14	279	76,86	
Hospital Especializado	16	51,61	15	48,39	18	17,14	87	82,86	
Quem arca com os custos do hospital?									
Gestão Municipal	377	70,34	159	29,66	267	24,23	835	75,77	
Gestão Estadual	40	48,78	42	51,22	18	12,24	129	87,76	
Gestão Municipal e Estadual	129	76,33	40	23,67	91	27,08	245	72,92	
Gestão Privada	1	16,67	5	83,33	2	1,49	132	98,51	
Gestão Federal	1	50,00	1	50,00	3	27,27	8	72,73	
Hospital contratualizado com o SUS?									
Sim	479	65,62	251	34,38	354	22,90	1192	77,10	
Não	70	66,67	35	33,33	45	13,60	286	86,40	
População do Município									
Menor que 10mil habitantes	179	74,58	61	25,42	128	23,88	408	76,12	
Entre 10mil e 50mil habitantes	369	64,96	199	35,04	253	21,53	922	78,47	
Entre 50mil e 100mil habitantes	27	62,79	16	37,21	18	17,65	84	82,35	
Entre 100mil e 250mil habitantes	9	42,86	12	57,14	10	15,15	56	84,85	
Entre 250mil e 500mil habitantes	5	71,43	2	28,57	3	9,38	29	90,63	
Mais de 500mil habitantes	16	64,00	9	36,00	13	12,38	92	87,62	

Fonte: Elaborado pelo autor

Retomando um pouco aos dados coletados no inquérito original, que buscou evidenciar a existência de conselhos assistenciais nos HPPs, nota-se que dentre aqueles que hospitais que afirmaram participar das instancias de governança aproximadamente 67% deles diziam ter participação nos fóruns de reunião com a atenção básica. Esse valor é ainda maior proporcionalmente, olhando a Tabela 3, nos HPPs da Região Sudeste (70%); entre aqueles de Natureza Jurídica Federal (77,78%) e Municipal (72,48%); nos HPPs de 20 a 29 leitos (68,13%); nos Hospitais Gerais (67,44%); hospitais com os custos arcados pelo município e estado (76,33%); entre os não contratualizados com o SUS (66,67%) e os localizados em municípios com menor que 10 mil habitantes (74,58%).

Quanto ao nível de atuação do HPP sob regulação foi perguntado se a marcação de consultas ambulatoriais era também realizada via Unidade Básica de Saúde (UBS). A região Sul tinha 27% dos seus hospitais com menos de 50 leitos com marcação realizada também na UBS. Dos hospitais privados com fins lucrativos e que provavelmente também atendem SUS este valor foi 7%, ao contrário dos hospitais municipais na qual $\frac{1}{4}$ deles tinham consultas marcadas no posto de saúde. Resultado semelhante ocorre nos municípios de até 50 mil habitantes cuja taxa de marcação via UBS foram as maiores entre os demais municípios com maior porte populacional.

DISCUSSÃO

Em se tratando dos HPPs, a ineficiência econômica, traduzida pela ausência de ganhos de escala e escopo, contrasta sobretudo na atuação estratégica que desempenham no sistema. Parte considerável destes hospitais se localiza fora dos grandes centros urbanos, o que demonstra seu poder de capilaridade para o interior do país, e ao mesmo tempo acirra os debates acerca da sua viabilidade.

Fato é, conforme este trabalho propôs apresentar, que os HPPs têm um papel a desempenhar no fortalecimento das redes de

atenção. Obviamente agora mais do que nunca, no contexto das RAS, estes hospitais precisam servir como referência e contra referência da APS. E foi em linhas gerais o que os resultados apontaram, visto que 80% dos hospitais atuavam junto a AB. O que não necessariamente foi observado nos outros parâmetros tais como o de marcação das consultas pela UBS.

Todas as categorias de certa forma diziam muito sobre relação dos HPPs com a AB. Os índices de cobertura e de qualidade foram observados, principalmente nas regiões Nordeste e Sul. A natureza jurídica tanto quanto a gestão dos HPPs mostrou um certo grau de desigualdade ao realçar uma maior interação entre os serviços públicos e a atenção primária, e uma baixa vinculação na rede entre os serviços privados. Resultados semelhantes para os HPPs contratualizados com SUS, que em termos percentuais também tiveram maior conexão com os serviços da AB se comparados com aqueles não contratualizados.

Por fim, do ponto de vista espacial, ficou ainda mais evidente a importância dos HPPs no fortalecimento da rede de atenção à saúde, ainda que local. Hospitais localizados em municípios com menor número de habitantes, tinha interações maiores e compartilhavam mais os profissionais junto a atenção básica. E muito embora estes hospitais estejam longe dos grandes centros, dos recursos tecnológicos, humanos e de formação, muitos se mantem como referência no atendimento à população local. Cabe aos gestores entender o papel que ali ocupam e por meio deles garantir a integralidade da atenção à saúde estreitando ainda mais seus vínculos com a atenção primária à saúde.

NOTAS E REFERÊNCIAS

(1) OPAS – Organización Pan-Americana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hojave Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: OPAS, 2010

(2) OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

(3) Rivaldo Mauro de Faria. Atenção Primária, o Território, e as Redes de Atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia 10 (19): 8 - 23, Dez/2014.

(4) Eugênio Vilaça Mendes. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

(5) Rosana Kuschnir e Adolfo Horácio Chorny. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2307-2316, 2010.

(6) Silvio Fernandes da Silva. Organização das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011

(7) CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade. Brasília: CONASS, 2011.

(8) FACCHINI, L. A.; BARBOSA, A. C. Q. B (coord.). Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – diagnóstico, avaliação e espacialização. Belo Horizonte/Pelotas: UFPEL e Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2014. (Relatório de pesquisa)

(9) Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2013. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>