

HIERARQUIZAÇÃO EM SAÚDE

Lívia Figueiredo Pequeno

Lavinia Messias Alves

Vanessa Antonietta de Souza Trindade

No Brasil, segundo Teixeira (2018), o conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde (1978), e trazido pela Medicina Social (Saúde Coletiva) na América Latina nos anos de 1970/80, influenciaram o “Movimento da Reforma Sanitária”, que, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, consolidou o avanço do entendimento do conceito de saúde e da própria política de saúde do país. A partir disso, tivemos a apresentação da concepção de saúde ampliada, que foi proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária dois anos mais tarde foi e aderida pela Constituição Federal de 1988 (CF 88), tornando-se a base para a saúde coletiva brasileira.

Como exposto no artigo nº 196 da CF 88, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Esta concepção de saúde é determinada não apenas por aspectos biológicos que influenciam no adoecimento, mas também, por aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos, ou seja, ela é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde da população. Mas, acima de tudo, é o “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 12).

Após a adesão de tal concepção de saúde na Constituição de 1988, no início da década de 1990, as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 constituíram um novo sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – baseado no modelo da Reforma Sanitária e na defesa de seus princípios. Desta forma, viabilizou-se a implantação do SUS onde a saúde é tida como direito fundamental do homem, sendo dever do Estado garanti-la em todos os seus níveis de complexidade. De acordo com Santos (2017), o SUS é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. É dessa integração que nasce o sistema único, sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde. O SUS está estruturado em princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema, são eles: Universalidade, Equidade e Integralidade. Sob a forma de organização e operacionalização, buscando imprimir efetividade ao seu funcionamento, temos os princípios organizativos: Regionalização, Descentralização, Hierarquização e Participação social.

Neste verbete nos cabe refletir sobre a hierarquização em saúde. A hierarquização é um princípio que pensa e organiza o atendimento em redes de atenção à saúde (RAS), que são escalonadas em níveis de atenção. No SUS, desta maneira, os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Assim, com a ideia de hierarquização, busca-se ordenar o sistema

de saúde por níveis de complexidade na atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, tendo por base a atenção primária à saúde, que deve ser a principal porta de entrada do sistema e referência para a regulação do acesso aos serviços de atenção especializada de média e alta complexidade.

O nível de atenção primária, caracterizado pela baixa complexidade, é definido por promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. São serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde (UBS), postos de saúde e/ou Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. Este modelo de atendimento trabalha pautado na Estratégia de Saúde da Família.¹ Neste nível de atenção são realizados atendimentos médicos, pediátricos, obstétricos, ginecológicos, odontológicos e assistência de enfermagem, além de contar com programas que auxiliam as ações de promoção e prevenção à saúde como o Programa de Controle do Tabagismo, Programa de Hipertensão e Diabetes, e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visa ampliar o escopo de ações e resolutividade da atenção básica, sendo responsável pela retaguarda técnica das equipes de saúde da família, compartilhando o cuidado nos territórios de forma integrada. Aqui se insere o Serviço Social. Os procedimentos são de baixo custo e aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos e/ou incluídos neste nível.

O nível secundário de atenção à saúde é caracterizado pela média complexidade e custo médio no atendimento. Este nível engloba ações de saúde com as especialidades médicas e usualmente é uma assistência oferecida em ambulatorios, atendimentos de urgência (Unidades de Pronto Atendimento – UPA, por exemplo) e reabilitação, além de internações em hospitais locais e/ou regionais. O nível terciário é caracterizado pela alta complexidade e custo, ou seja, neste nível de atenção à saúde estão os casos mais complexos, que envolvem maiores danos à saúde ou mesmo risco de vida. O atendimento é realizado por hospitais de grande porte e especializados, como os hospitais de emergência aberta e os universitários, e oferece serviços de cirurgias, neurocirurgias, transplantes, quimioterapias, radioterapias, diálise, entre outros. Entretanto, é importante salientar que os níveis de atenção não devem ser estanques e, muito menos, não se relacionarem entre si. Para respeitar o princípio da hierarquização é necessário que os níveis de atenção estejam interligados, garantindo à população o acesso e o movimento entre eles, quando necessário, para o atendimento das suas necessidades de saúde. Para isso, **foi criado** o sistema de referência e contrarreferência que **designava** os movimentos e fluxos no SUS. A referência **designava** o trânsito do usuário do SUS de um nível de menor complexidade para um de maior complexidade. E a contrarreferência **consistia** no trânsito de um nível de maior complexidade para um de menor. Segundo Santos (2017),

[...] as redes de atenção à saúde devem ser organizadas de modo hierarquizado quanto à complexidade tecnológica exigida pelo diagnóstico e tratamento. A atenção primária em saúde deve ser a ordenadora de todo esse encadeamento sanitário-sistêmico, o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica.

¹ A Estratégia Saúde da Família é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território, por gestão qualificada e conduzida por equipe multiprofissional de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, para ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde da população e coletividade. As equipes dessa estratégia são compostas, no mínimo, pelo profissional médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família; pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem e pelo agente comunitário de saúde.

A atenção básica, porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado em todas as suas dimensões, é o alicerce da atenção à saúde ordenando as redes e demais serviços (p. 1282).

Atualmente, esse processo de movimento entre os níveis de atenção se dá, prioritariamente, por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). O SISREG, desenvolvido em 2001 pela Secretaria de Atenção à Saúde em parceria com o DATASUS, é um sistema público disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios para apoiar as atividades dos complexos reguladores. O sistema tem como objetivo principal regular procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) e internações hospitalares nas Centrais de Regulação. As solicitações no sistema são realizadas, em sua maioria, pelas unidades básicas de saúde ou clínicas da família, sendo realizadas também em outras portas de entrada do SUS, como por exemplo: Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades hospitalares.

De acordo com o CONASS (2016), o SISREG é composto por três módulos:

- O módulo Ambulatorial, que tem como função primordial a marcação de consultas e exames especializados, controlando o fluxo dos usuários no sistema no que diz respeito à solicitação, agendamento e atendimento.
- O módulo de Internação Hospitalar que acompanha a alocação de leitos (urgência e eletiva) e a disponibilidade de leitos em tempo real, encaminhando e autorizando internações.
- E, o módulo de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) que acompanha os encaminhamentos de procedimentos de alta complexidade/custo, permitindo seguir todas as etapas, desde a requisição até a autorização e execução.

Entretanto, nem sempre o fluxo de atendimento dos serviços acontece da maneira adequada. Muitas especialidades e exames não são disponibilizados no sistema em quantidade suficiente para atender a demanda da população, o acesso ao SISREG é dificultado devido ao fluxo de atendimento na atenção básica, à falta de médicos nas UBS para realizar as avaliações clínicas necessárias; também, a população fica aguardando muito tempo na fila do SISREG, muitas vezes não são avisados quando ocorre o agendamento e/ou a solicitação entra em exigência ou é devolvida, o que aumenta ainda mais a dificuldade de acessar serviços especializados capazes de complementar ou mesmo ampliar os cuidados em saúde já realizados na rede básica.

Soares (2020) aponta que este modelo de regulação faz parte da base da racionalidade hegemônica, característica da contrarreforma do SUS. Ainda, segundo a autora, “a contratualização, o planejamento e a programação das ações, constituem-se instrumentos do modelo de regulação dos serviços que devem conferir organicidade e racionalidade ao sistema, com suas normatizações de acesso, fluxo e rotinas” (SOARES, 2020, p. 109-110). Contudo, tal modelo segue a lógica do mercado, típica da racionalidade empresarial, apoiada em instrumentos de administração e regulação por produtividade, com ênfase na eficiência e na busca pelo aumento do lucro.

Apesar de todo alicerce legal para sua implementação e organização, a política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, por diversos motivos. Segundo o CFESS (2010), destes motivos podemos mencionar a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio para a construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Tais questões são fruto de um panorama maior que vem ocorrendo desde a década de 1990 com a entrada da ideologia neoliberal no país, o que trouxe grandes impactos para as políticas sociais e na saúde não foi diferente. Mesmo com os avanços promovidos pelo Projeto da Reforma Sanitária e a consolidação do SUS na CF 88 e nas Leis Orgânicas da saúde, o programa da reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos de 1990, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este projeto,

[...] pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores, que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 20).

É nesse espaço de correlações de forças que a política pública de saúde no Brasil tenta se consolidar. A lógica privatista trouxe para a materialização do SUS consideráveis impeditivos que hoje se mostram como desafios para o acesso universal à saúde no país, pois à medida que o Estado avança em seu vínculo com a lógica neoliberal, menos garantias e recursos são destinados à agenda pública da saúde, o que traz consequências para efetivação e materialização das ações e serviços executados em todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, afeta toda a hierarquização do SUS. Como aponta Oliveira e Ghiraldelli (2019), o avanço do projeto ideopolítico neoliberal fez com que a política pública de saúde enfrentasse obstáculos para sua materialização, hoje, agudizados por meio das contrarreformas apresentadas pelos últimos governos, com o sucateamento da saúde pública, a terceirização dos trabalhadores, o projeto de privatização do SUS e o subfinanciamento das políticas públicas, que afetam diretamente o acesso dos usuários a uma saúde de qualidade. Esses retrocessos contribuem para a descontinuidade e desarticulação com a rede de serviços, fragilizando o atendimento em todos os níveis de atenção, sobretudo na organização da atenção primária a saúde (APS), por meio da desqualificação das equipes de saúde da família e dos frágeis contratos de trabalho dos profissionais de saúde, fazendo com que haja uma grande mudança do corpo de profissionais, dificultando o vínculo com os usuários do SUS, atributo fundamental para determinar a continuidade do cuidado e adesão do tratamento por parte dos usuários. Assim, levando em consideração que a atenção básica é definida como a porta de entrada do sistema e o primeiro nível de atenção, responsável pela ordenação do cuidado e da regulação para os demais níveis; com a “porta de entrada” fragilizada, temos,

frequentemente, a interferência direta no acesso dos usuários à saúde em todos os níveis de atenção.

Segundo Bravo e Correia (2012), hoje há dois programas de saúde privatistas disputando com o projeto de saúde gratuita defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária. De um lado, o projeto da Reforma Sanitária Flexível que defende uma proposta de “SUS possível” com a otimização das gestões, responsabilização e perda de direitos dos profissionais de saúde. A materialização desse projeto se mostra, por exemplo, nas concessões das unidades de atenção primária para Organizações Sociais (OSs), Organizações Não Governamentais (ONGs), Fundações etc. E, como temos observado, a retirada da gestão da saúde da administração pública não tem se configurado como solução para os desafios postos, como: falta de profissionais de saúde, demora no atendimento, falta de medicamentos, precárias instalações das unidades, entre outros. E, de outro, o Projeto totalmente privatista que defende a total privatização da saúde. Este projeto compreende que os investimentos públicos em saúde deveriam ser focalizados nos procedimentos de maior custo, como os serviços de atenção terciária e quaternária, em detrimento de investimento na atenção primária e secundária que passariam a ser privatizadas e oferecidas somente a quem não pudesse adquirir.

Embora a pressão popular não tenha deixado esse projeto substituir o projeto inicial de SUS defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária, a falta de investimentos tem sufocado as ações em saúde, sobretudo as desenvolvidas pela atenção primária, gerando uma cadeia de desafios para os demais níveis de atenção à saúde, como já mencionado.

Este projeto privatista requisitou, e continua requisitando, ao assistente social, demandas que retomam o conservadorismo profissional, sobretudo diante de um cenário atual no qual, junto à agenda político-econômica do capital, existe um aprofundamento do conservadorismo. Temos hoje o avanço de uma espécie de ultraneoliberalismo, que fomenta práticas reacionárias, ataca cada vez mais direitos e está a serviço do grande capital, ocasionando consequências destrutivas para a sociedade e a classe trabalhadora, além de impulsionar perspectivas neoconservadoras ao Serviço Social. Bravo e Matos (2006) já apontavam como demandas requisitadas a seleção socioeconômica da população usuária, a atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predominância de abordagens individuais, demandas que atualmente só se agudizaram.

Portanto, faz-se necessário o exercício constante de reflexão e interlocução com outras áreas e políticas sociais, a fim de manter um exercício profissional reflexivo e o mais próximo possível das necessidades da população usuária. Isto significa dizer que o assistente social deve compreender que sua atuação não pode se limitar a unidade de saúde em que trabalha, mas precisa estar em constante articulação com os demais equipamentos sociais, seja da política de saúde, seja de outras políticas e/ou serviços sociais, uma vez que os usuários chegam aos serviços de saúde com diversas demandas que ultrapassam o âmbito da saúde, trazendo a necessidade do trabalho intersetorial.

Cabe, portanto, resgatar que o conceito de intersetorialidade é pautado na descentralização e articulação das políticas públicas. Estrutura-se como uma estratégia para a construção de um modelo assistencial que priorize a troca de saberes, que revisa as formas de planejar, executar e avaliar a prestação de serviços, criando uma forma de gestão administrativa que incorpore as demandas sociais dos territórios e que possa ser avaliada e

construída com os usuários. Nesse sentido, a intersetorialidade desempenha um papel fundamental de fortalecimento das políticas sociais, de controle social e de combate às investidas para a fragmentação dos serviços públicos.

Na saúde, é necessário que o assistente social tenha, em seu trabalho profissional, como direção social a articulação entre os princípios do projeto da reforma sanitária e os princípios e valores do projeto ético-político do Serviço Social para que possa, de fato, dar respostas qualificadas às necessidades de saúde e outras apresentadas pelos usuários. Assim, cabe ao Serviço Social a defesa e o aprofundamento do SUS, estimulando estratégias e ações nos serviços de saúde de qualquer nível de atenção, que busquem a efetivação do direito social à saúde e primem pela democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, pelo atendimento humanizado, pelo trabalho interdisciplinar, pelo fomento às abordagens grupais e pelo acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (BRAVO; MATOS, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 8^o Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.
- _____. Constituição Federal Brasileira promulgada em 5 de outubro de 1988. In: Assistente social: ética e direitos (coletânea de leis e resoluções). Rio de Janeiro: CRESS, 7^a região, v.1, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. *et al.* (Orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-47.
- _____; CORREIA, M.V.C. Desafios do Controle Social na atualidade. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.
- CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. CFESS, Brasília, 2010.
- CONNAS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O SISREG. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>>. Acesso em: 17 de out. de 2022.
- SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2017, v. 22, n.4, p.1281-1289.
- SOARES, R. C. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social [recurso eletrônico]. Recife: Ed. UFPE, 2020, p. 281-331. Disponível em: <<https://editora.ufpe.br/books/catalog/view/70/120/322>>. Acesso em: 25 de out. de 2022.
- TEIXEIRA, M. J. de O. Determinantes sociais em saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. In: FORTI, V.; GUERRA, Y (Orgs.). Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre trabalho e formação profissionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 47-66. (Coletânea nova de Serviço Social), 2018.
- OLIVEIRA, A. de; GHIRALDELLI, R. O Serviço Social na atenção primária à saúde. In: Revista Em Pauta. Rio de Janeiro., N. 44, v. 17, p. 255-273, 2^o semestre de 2019.