

# INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA: DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE À ESPECIALIDADE

## INTEGRALITY IN CARE: FROM PRIMARY HEALTH CARE TO SPECIALTY

Raquel da Silva Nogueira<sup>1</sup>

**Resumo:** Introdução: O direito à saúde, ao acesso e à integralidade da assistência constitui princípios doutrinários do SUS. Compete à Rede de Atenção à Saúde (RAS) garantir esses direitos ao usuário, partindo daquela que é a ordenadora do cuidado, a Atenção Primária a Saúde (APS). A atenção secundária no âmbito da especialidade tem se mostrado ao longo dos anos como um grande desafio. Objetivo: Identificar, nos diferentes achados bibliográficos, questões pertinentes às dificuldades de acesso dos usuários aos níveis de atenção à saúde. Método: Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica da literatura. Resultados: Por meio de busca em base de dados, foi possível encontrar dez artigos. Da análise dos artigos, depreende-se que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vidas. Portanto, é oportuno compartilhar algumas experiências relatadas em literaturas sobre a integração de servi-

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina



ços, que se revelam interessantes a pesquisadores e gestores. Considerações finais: Considera-se que a integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais entre os níveis de atenção à saúde e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto e fragmentado o processo do cuidado na rede.

**Palavras chaves:** Integralidade na Assistência, Integralidade e Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Secundária.

**Abstract:** Introduction: The right to health, access and integrality of care are the doctrinal rights of the SUS, guarantee these rights to the user within the Network of Health Care, starting from

the one that is the care provider, Primary Health Care, Secondary Care in the field of specialty, has been shown over the years as a great challenge. Objective: To identify pertinent questions, in the different bibliographic findings, that relate the difficulties of users' access to health care levels. Method: This is a literature review of the literature. Results: A total of 10 articles were found. We recognize that no organization brings together all the resources and skills necessary to solve the health problems of a population in its various life cycles. We see that it is opportune to share some experiences reported in literatures on the integration of services, which we think seem interesting to researchers and managers. Final considerations: We consider that the integration between different points of attention, the insufficiency of formal



flows between health care levels and the disarticulation of policies that regulate secondary care are obstacles to the guarantee of integral care, making the care process incomplete and fragmented on the network. Integrality in Care, Integrality and Basic Attention, Ambulatory Specialized Attention, Secondary Care.

**Keywords:** Integrality in Care, Integrality and Basic Attention, Ambulatory Specialized Attention, Secondary Care.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 é fruto de exaustivos debates entre diversos atores, a qual representa o resultado de anos de lutas, que culminam na garantia de direitos sociais e coletivos. Em destaque o direito à saúde, ao ser construído como um ser-

viço de relevância pública, que se caracteriza como essencial para o exercício de outros direitos, sobretudo o direito à vida. Esse marco democrático consolidou demandas sociais relevantes, a exemplo dos princípios e das regras específicas do campo da saúde, tais como descentralização, integralidade, participação e outros. (PINHEIRO, ASENSI, 2010).

O direito à saúde, à integralidade e ao acesso é um conceito utilizado para analisar a organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A luta pela integralidade como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) implica repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes



e práticas de saúde. (FRACOLLI, 2011).

O acesso aos serviços de Atenção Secundária tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o “gargalo” na efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (ERDMANN et al., 2013).

Ações articuladas, tanto no âmbito da política de saúde, quanto da organização dos serviços e da reorganização do processo de trabalho, em todos os níveis do sistema de saúde, estão intrinsecamente vinculadas à operacionalidade da atenção secundária na RAS. (ERD-MANN et al., 2013).

A Atenção Secundária desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso a consultas e procedi-

mentos especializados, articulando os pontos da RAS que tradicionalmente encontravam-se distantes.

Para Lavras (2011), a exemplo do que acontece em outros países, o SUS apresenta-se fragmentado, dificultando o acesso, gerando descontinuidade assistencial e comprometendo a integralidade.

Como o SUS, o próprio sistema não tem capacidade de garantir o que ele mesmo preconiza e defende?

## JUSTIFICATIVA

Sabemos que ao usuário é assegurada uma assistência de saúde de forma integral em todos os seus aspectos, porém o acesso e a integralidade nos serviços da rede nem sempre ocorrem de forma coesa e oportuna entre os níveis da assistência, causando



prejuízo na con-tinuidade do cuidado e na integralidade da atenção.

A reflexão sobre a problemática surgiu a partir de situações vivenciadas na prestação da assistência, onde se observam a fragmentação e a quebra da linha do cuidado entre os níveis de atenção, especialmente no caminhar do usuário dentro da rede entre a Atenção Primária e a Rede de Referência Especializada, sendo esta a Atenção Secundária em Saúde ou Atenção Especializada em Saúde.

Percebe-se a necessidade de se pensar na questão a fim de se identificar que ou quais entraves se apresentam em maior relevância nos estudos apontados, que medidas, meios e fluxos podem ser estabelecidos para que seja alcançada a melhoria na prestação do cuidado de forma integral e contínua dentro da rede

de saúde.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Identificar, nos diferentes achados bibliográficos, questões pertinentes às dificuldades de acesso dos usuários aos Níveis de Atenção à Saúde.

### **Objetivos específicos**

Identificar as problemáticas na integralidade da assistência entre Atenção Primária à Saúde e assistência especializada.

Citar as tecnologias e ferramentas de gestão em uso nas demandas da Atenção Primária à Saúde para a rede de referência especializada.

## **MARCO TEÓRICO**



Para uma melhor delimitação do objeto de estudo e compreensão das questões norteadoras, vêm apresentados a seguir, com base na literatura, os principais conceitos envolvidos no tema de estudo: Integralidade, Acesso, Atenção Primária à Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Atenção Especializada.

### **O direito e o acesso à saúde**

Quevedo et al. (2016) consideram que existe nas políticas públicas de saúde a proposta de reorganização das práticas de atenção e gestão, focando nos serviços, nos sujeitos e nos aspectos histórico-político-sociais com o objetivo de transformação do cenário vigente de saúde da população.

O direito à saúde, à integralidade e ao acesso constitui

conceitos utilizados para analisar a organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esses conceitos têm nas políticas públicas de saúde um norte para que cada vez mais se invista na gestão estratégica do cuidado, na prática do diálogo, na construção de uma consciência coletiva para que os princípios e as diretrizes do SUS assegurem, ao usuário, a saúde como um bem de direito comum, coletivo e inalienável e não um produto que visa essencialmente ao lucro em sua perspectiva financeira. (QUEVEDO et al., 2016).

O conceito básico definidor de acesso envolve o usuário com suas necessidades de saúde e as ofertas de serviços em seus diferentes níveis de atenção, e de como se dá essa relação de busca e oferta dentro da RAS (Rede de Atenção à Saúde). Garantir o



acesso de forma efetiva, oportuna, gera impacto positivo direto sobre os indicadores de saúde e consequentemente melhora na qualidade de vida da população assistida.

Segundo Gawryszewski e colaboradores (2010), o acesso do usuário à rede de saúde inicia-se a partir da responsabilização e da cobertura integral de uma determinada área adstrita pela rede assistencial primária. É esse cuidado primário o responsável pela entrada do usuário no sistema de saúde. Essa lógica de planejamento considera que o uso dos serviços acontece de forma ordenada, regionalizada e racional.

No entanto, Gawryszewski e colaboradores (2010) ressaltam que, no cotidiano, essa lógica organizacional nem sempre acontece no contexto es-

perado. O pouco uso ou uso de forma irracional dos recursos na sua totalidade no primeiro nível de atenção acarreta demandas prematuras aos outros níveis de complexidade da assistência, desencadeando quebras no acesso e na integralidade do cuidado.

“...os exemplos do não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são frequentes e caracterizam a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configu-



rando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser debeladas pelos fluxos normais preconizados. A responsabilização do profissional com o sujeito atendido, com o estabelecimento de um maior compromisso, resulta num encaminhamento mais adequado às necessidades do usuário e com mais informações.” (GAWRYSZEWSKI et al., 2010.p.125).

### **A integralidade no cuidado**

A integralidade é um dos princípios da organização da rede de cuidados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e das políticas de saúde, apoiando o SUS em um dos seus pilares, baseado no conceito de estabelecer a integralidade como diretriz,

assim como o acesso universal à atenção à saúde.

Mendes (2015) conceitua integralidade como sendo a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita e assumam a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. (MENDES 2015).

Ela concentra seus esforços, teoricamente, para alcançar a saúde do indivíduo como um todo. Podemos entender como sendo um conjunto articulado de ações, desde ações preventivas, curativas, individuais e coletivas nos diferentes níveis da assistência. (MENDES 2015).

Apesar de ser um dos eixos prioritários do SUS, a integralidade ainda não se concretizou em sua totalidade para a maioria das pessoas. Priorizar ações preventivas individuais e



coletivas sem causar prejuízo às assistências ainda é uma grande desafio. (FRACOLLI, 2011).

### **Níveis de Atenção: A Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Atenção Especializada em Saúde (AES)**

Outro conceito fundamental na construção das redes de atenção à saúde são os níveis de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2011), os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos, segundo as densidades tecnológicas, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde (ASS), até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (ATS). Essas dimensões são fundamentais para o uso racional dos recursos e

para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS.

Na expectativa de criar um arranjo de forma a garantir o acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, a RAS foi instituída com a proposta de organizar esse sistema na construção de articulações entre os diferentes níveis e equipamentos de saúde e garantir a integralidade da assistência à saúde.

A Rede de Atenção à Saúde deve organizar a relação entre APS e Atenção especializada, tendo em vista que a APS necessita do suporte da especialidade no manejo e manutenção da linha do cuidado (LC). (SÃO PAULO, 2016).

Pode-se conceituar Atenção Especializada em Saúde (AES) ou Atenção Secundária em Saúde (ASS) como um conjunto de ações, práticas, técnicas assistenciais de maior densida-



de que a APS. Esta concentra as maiores demandas e insatisfações dos usuários com relação ao tempo de espera para o atendimento em consultas, procedimentos e exames, causando a fragmentação do cuidado. (SÃO PAULO, 2016)

O uso da RAS é cada vez mais presente no sistema público de saúde europeu. O trabalho precursor foi o clássico Relatório Dawson que, já em 1920, lança o conceito de um sistema de saúde plural visando à integração da Medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais (MENDES 2011).

Dentro dos níveis de assistência que constituem a RAS, destaca-se a APS, a qual tem atributos específicos como

primeiro contato, que implica a acessibilidade e no uso de serviços. (MENDES 2015).

A Atenção Primária é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, constitui o primeiro contato da população com o sistema de atenção à saúde, aproxima os serviços de saúde à comunidade. Possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Primária tenha alta resolubilidade, com capacidade clínica e de cuidado, acesso a tecnologias para diagnósticos e terapêuticas, além da articulação com outros pontos da RAS. (BRASIL 2017; MENDES 2011).

Para Santiago (2017), a RAS, como uma APS efetiva,



teria condições de prever as necessidades da população adstrita, assim como o monitoramento das cronicidades, o agravamento minimizado e, como consequência, elevaria a qualidade de vida dos usuários. O sistema teria condições de se organizar e priorizar as políticas e os investimentos necessários em cada região, ampliando o acesso dos usuários em todos os níveis de atenção.

## MÉTODO

### Delineamento de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de revisão da literatura.

De acordo com Gil (2010), as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com vistas a proporcionar uma visão geral do problema, característica que possibilita atender ao objetivo deste

estudo.

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, a fim de torná-lo mais explícito ou de elaborar hipóteses. Pode-se dizer que essas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite as considerações dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2010).

A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser entendida como um processo que envolve as etapas: levantamento bibliográfico preliminar; formulação; elaboração do plano provisório do assunto; busca das fontes; leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto; redação do texto. (GIL, 2010).



## Material e método

A pesquisa foi realizada por meio de busca por artigos científicos e dissertações indexados no banco de dados da BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), por meio do site da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), considerando as publicações das bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), acerca da temática escolhida, do período de 2010 a 2018, apenas no idioma português.

Para a identificação dos artigos, foram utilizados os descritores: “Integralidade and Atenção Básica and Atenção Secundária”, que possibilitaram encontrar 10 estudos. Usando os descritores: “Atenção secundária and Atenção Especializada and atenção primária”, chegou-

-se a 53 artigos. Na utilização de “Atenção Básica, Atenção Primária”, foram selecionadas 265 obras. Ao selecionar “integralidade na assistência”, foram apontadas 172 publicações. Cabe aqui destacar que esta busca realizou-se de 2010 a 2018 de forma concomitante nas bases de dados indexadas.

Na etapa subsequente, foram selecionados os artigos de interesse para este estudo, considerando como critérios de inclusão publicação nos últimos nove anos e disponibilidade online, na íntegra, no idioma português.

Na pesquisa, foram identificados dez artigos de acordo com os critérios de inclusão.

## Análise dos dados

Realizou-se uma leitura exploratória do material, que se constitui na verificação dos re-



sumos, com a finalidade de selecionar os artigos relacionados ao objeto de estudo; depois, foi feita uma leitura do artigo na íntegra e posterior análise e discussão do mesmo, de acordo com seus resultados e parâmetros; fez-se a síntese dos resultados apresentados nas publicações, e, por fim, o fichamento correspondente a cada publicação, destacando os núcleos temáticos construídos em cada artigo com o auxílio de

um instrumento criado para esse fim.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão, analisaram-se dez artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, os quais estão apresentados a seguir de acordo com as categorias classificadas.

**Quadro 1** - Distribuição das publicações sobre: Integralidade na assistência da Atenção Primária a Saúde à especialidade, por título, autores, ano e periódico. São Paulo, 2018.

| TÍTULO  | AUTOR   | PERIÓDICO   |
|---|---|---|
| A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa                             | Rodrigues, Ludmila Barbosa Bandeira <i>et al.</i> | Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):343-352, 2014.                |
| A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços  | Erdmann, Alacoque Lorenzini <i>et al.</i>         | Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(Spec):[08 telas] jan.-fev. 2013 |
| Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio                                 | Tesser, Charles Dalcanale e Neto, Paulo Poli      | Ciência & Saúde Coletiva, 22(3):941-951, 2017.                |
| Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil                            | Lavras, Carmen                                    | Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.             |
| Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais | Sousa, Fabiana de Oliveira Silva <i>et al.</i>    | Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1283-1293, 2014.              |



|  |  |   |
|--|--|---|
| Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte            | DIAS, Maura Pereira  | Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 7, n. 2, aug. 2013. |
| Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha | Almeida, Patty Fidelis de <i>et al.</i>  | Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, Sept. 2013.                               |
| Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados               | Almeida, Patty Fidelis de. Fausto, Márcia Cristina Rodrigues e Giovanella, Lígia | Rev Panam Salud Publica 29(2), 2011.  |
| Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política                        | Rocha, Daniel Carvalho   | Dissertação - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, São Paulo, 2014.         |
| Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado  | Silva, Camila Tahis dos Santos   | Rev Cuid 2014; 5(2): 731-8  |

**Fonte:** Base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), 2018.

Após a análise dos artigos selecionados para este estudo, são apresentadas abaixo as considerações sobre cada um deles.

Erdmann et al. (2013) estudaram a Atenção Secundária em Saúde - as melhores práticas na rede de serviços. O estudo buscou compreender a organização das práticas de saúde a partir das interações no Nível da Aten-

ção Secundária.

De acordo com os autores, a organização das práticas de saúde, no nível secundário, está em processo de consolidação e vem contribuindo para o desenvolvimento de melhores práticas em saúde no local estudado. (ERDMANN et al., 2013).

Ressaltam os autores que a ampliação do acesso a consultas e procedimentos especia-



lizados e articulação dos pontos da rede são aspectos desse nível de atenção, considerados imprescindíveis para a resolubilidade e integralidade do cuidado. (ERDMANN et al., 2013).

Segundo o estudo, muitas questões precisam ser acertadas dentro dos elementos que compõem a modelagem da Rede de Atenção: População/Região/Território, Sistema Operacional (Apoio Diagnóstico, Assistência Farmacêutica e Logística), Modelo de Atenção (Assistencial e de Gestão), Para assegurar melhores práticas em saúde. (ERDMANN et al., 2013).

Para melhores práticas em saúde no âmbito da atenção secundária, os autores sugerem começar pela questão básica, identificando os pontos de atenção em nível secundário estruturado dentro da rede. Reconhecer a densidade desses equipamentos

de saúde dentro do sistema é o primeiro passo para saber como bem usá-lo, acessá-lo oportunamente e garantir a integralidade e continuidade do cuidado. (ERDMANN et al., 2013).

Os autores observaram que a falta de clareza, de entendimento quanto ao tipo de serviço prestado nos pontos de Atenção do Nível Secundário é um fator que gera contratempos na busca pelo acesso. As dificuldades de acesso físico aos pontos de atenção foram apontadas como uma barreira importante, assim como o próprio sistema informatizado apresenta falhas na operacionalização, dificultando o acesso da população à atenção secundária. (ERDMANN et al., 2013).

Os autores verificaram a falta de fluxos definidos de referência e contrarreferência, assim como as interações e articulações entre a atenção básica e a atenção



secundária apresentam-se como limitações de um serviço em rede. A falta de resolubilidade da atenção básica acarreta maior número de demanda reprimida, restringindo o acesso, assim como a falta de agilidade aos serviços de referência. A carência de qualificação e de capacitação dos profissionais para atuar nesse nível de atenção foi uma das dificuldades que acabam comprometendo as melhores práticas em saúde. (ERDMANN et al., 2013).

Por outro lado, contrapondo todas as questões elencadas, o estudo aponta caminhos e meios de alcançar as melhores práticas em saúde a partir de melhorias de serviço já existentes e/ou implantação de novos fluxos.

O processo de planejamento das ações e serviços em conjunto com outros níveis de gestão, valorização do processo de planejamento e de avaliação

contínua, com a definição de objetivos e metas e o estabelecimento de protocolos, profissionais qualificados e garantia de retorno em alguns dos pontos de atenção, foram ações mencionadas na descrição de melhor prática de gestão.

A implantação de centrais informatizadas de regulação, a marcação de procedimentos, desde os centros de saúde, consultas com horário agendado – prontuário eletrônico e Sistema de Regulação (SISREG) são consideradas boas práticas, por possibilitarem o registro de procedimentos e informações eletronicamente e produzir a continuidade do cuidado.

A criação de estruturas de regulação da atenção especializada foi impulsionada pela expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela adesão a políticas públicas.



Sousa et al. (2014) pesquisaram do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde, revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Por se tratar de um agravamento que demanda assistência em toda a rede do município estudado e por sua prevalência no perfil epidemiológico da população, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi escolhida como condição traçadora da pesquisa, a fim de analisar as condições de acesso integral na rede assistencial do Recife (PE) a partir do caminho percorrido pelos usuários da atenção básica à especializada.

A pesquisa revelou diferentes barreiras de acesso, desde a atenção básica à saúde, acentuando-se nos demais níveis assistenciais, acarretando falha de um atendimento oportuno. Fatores estruturais, como a ausência de profissionais médicos na aten-

ção básica, insuficiente oferta de consultas e exames especializados, aliados à própria dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde, constituem obstáculos reais que o usuário enfrenta na busca pelo cuidado contínuo e integral no Sistema Único de Saúde (SUS). (SOUSA et al., 2014).

Os autores consideram que se faz necessário, além de ampliar e qualificar a oferta de serviços, principalmente exames com vistas a consolidar uma rede articulada, melhorando a organização dos fluxos assistenciais complementares e fortalecer a comunicação entre os níveis assistenciais do SUS. (SOUSA et al., 2014).

Almeida et al. (2011) estudaram o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. A pesquisa buscou descrever e



analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil.

Relatam os autores que em todos os municípios foram identificadas ações para fortalecer os serviços de Atenção Primária à Saúde, com destaque para: aumento da oferta de atenção primária à saúde com diminuição das barreiras de acesso, estruturação dos serviços de atenção primária à saúde como porta de entrada do sistema, ampliação da resolubilidade (apoio diagnóstico e terapêutico, promoção da interlocução entre equipamentos da rede de serviços para organizar o processo de trabalho, capacitação, supervisão), articulação entre ações de vigilância e assistência. (ALMEIDA et al., 2011).

Explicam os autores que os municípios investigados

apresentam experiências consolidadas de reorganização do modelo assistencial com base em uma atenção primária à saúde fortalecida, com potencial para tornar-se coordenadora dos cuidados. Todavia, para efetivar a função de porta de entrada e serviço de uso regular, são necessárias ações para equalizar o atendimento das demandas programada e espontânea, sendo que a última representa o maior desafio à organização do processo de trabalho das equipes. A conquista de apoio e legitimidade para a ESF é um tema pendente. Iniciativas para divulgar a ESF são necessárias entre a população, profissionais de todos os níveis e organizações da sociedade civil. (ALMEIDA et al., 2011).

O estudo envolvendo vários centros urbanos do país (Aracajú, Vitória, Florianópolis e Belo Horizonte) nos mostra di-



mensões, necessidades, realidades e peculiaridades distintas a cada uma delas, impossibilitando traçar um perfil hegemônico. Há uma visão multifatorial para um mesmo conceito, como por exemplo, as dificuldades de acessibilidade; uns a veem como a localização física/espacial de uma USF, outros como falta e indisponibilidade de profissionais para o acolhimento de demandas espontâneas e até mesmo o desconhecimento da população quanto à presença de USF no território. (ALMEIDA et al., 2011).

Porém algumas ações são inerentes a todas as cidades apontadas no estudo, como o encaminhamento dos pacientes atendidos nas unidades de pronto-atendimento à USF do território de origem; a implantação dos conselhos gestores; a necessidade de ampliação do número de ESF e o reconhecimento da necessi-

dade de ampliação e acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico. (ALMEIDA et al., 2011).

Um outro ponto comum foi o reconhecimento da capacidade de resolubilidade das unidades de SF em 80% das necessidades da população. Cabe aqui ressaltar o papel de filtro do médico generalista na condução terapêutica do usuário, fator esse que gera impacto sobre a coordenação do cuidado dentro da rede, refletindo-se diretamente na integralidade da assistência no que se refere à referência para outros níveis de atenção. (ALMEIDA et al., 2011).

Entende-se o matriciamento como estratégia de interlocução, tem papel fundamental de apoiador ao promover o encontro entre especialistas e profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos e capacitações, além de funcionar



como referência a fim de atender às diversas necessidades de saúde da população e para ampliar a resolubilidade. (ALMEIDA et al., 2011).

A capacitação dos profissionais a fim de desenvolver as competências técnicas foi considerada ponto estratégico para aumento da resolubilidade, o que contribui para aumentar o status e a reputação dos profissionais de APS, facilita a cooperação com especialistas e reforça a confiança da população, além de ser essencial para o desempenho das novas atribuições.

Rocha (2014) estudou a gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada, elementos para pensar uma política. O estudo buscou contextualizar historicamente e no Sistema Único de Saúde a organização dos cuidados na Atenção Especializada em Saúde.

O presente estudo discute e elenca, mediante análise de conceitos, definições e levantamentos quanto aos problemas de gestão do município em questão, sobre três situações: o desafio de lidar com as filas/tempo de espera para procedimentos especializados; o processo de trabalho centrado no agendamento de consultas; a dificuldade de produzir comunicação entre a gestão e os médicos. (ROCHA, 2014).

O autor aborda as estratégias de intervenção na fila de espera: assessoria técnica na Atenção Básica, na forma de apoio matricial, os mutirões, a coordenação do cuidado de acordo com a cronicidade da clínica do paciente dentro dos conceitos de cuidado temporário, cuidado prolongado e cuidado permanente, adensamento tecnológico e a gestão quanto ao absenteísmo. (ROCHA, 2014).



Quanto ao processo de trabalho centrado no agendamento de consultas, observou-se uma melhora na qualidade do tempo das consultas ao se equiparar financeiramente o tempo com o número de consultas. (ROCHA, 2014).

De acordo com os autores, no que diz respeito às dificuldades de comunicação entre gestores e os profissionais médicos, ficou evidente o desafio de se pensar alternativas de diálogo a partir do que permita o reconhecimento de comum entre o pensamento acadêmico do movimento sanitário, o exercício da gestão e o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde. (ROCHA, 2014).

Procurou-se, por meio de contrapontos, discutir sobre um modelo de assistência especializada ideal com outras possibilidades de arranjos assistenciais

integrados e centrados no usuário, de modo a diminuir o tempo de espera, viabilizar o “andar” deste entre os serviços e a falta de comunicação e apoio entre os profissionais, fatores que travam o fluxo na assistência. Propõe-se que os especialistas deverão sair de sua zona de conforto, ambulatórios e centros hospitalares, e trabalhar conjuntamente com a Atenção Básica, pautados pelas necessidades dos usuários. Esta, por sua vez, deve incrementar sua capacidade resolutiva e de coordenação do cuidado e dispor de condições materiais para tanto. (ROCHA, 2014).

Cobra-se a ampliação da capacidade de interlocução com os profissionais, explorando caminhos que possibilitem a produção de uma linguagem comum entre a gestão e a atenção. Tem-se que lidar com questões de desfinanciamento e disputas



de gestão política, demandas corporativistas, discordâncias ideológicas. Soma-se a essas disputas a disjunção temporal entre os atores. E são muitos os contrastes: dos usuários à espera pelo acesso, dos profissionais, dos gestores locais, dos gestores das outras esferas, dos tempos eleitorais. (ROCHA, 2014).

A contextualização histórica permitiu traçar uma definição aproximada de AES. A partir de então, tem-se a possibilidade de desenhar uma organização para a Atenção Ambulatorial Especializada olhando para a singularidade de cada local. (ROCHA, 2014).

Quanto a estratégias de intervenção na fila de espera, propõe-se o trabalho da Assessoria Técnica na Atenção Básica, um arranjo de apoio matricial composto por uma equipe multiprofissional com foco de ampliar

o escopo de resolubilidade da Atenção Básica. Os mutirões, no entanto, devem ser planejados e fundamentados na integralidade do cuidado para não se correr o risco de criar outras filas de esperas em decorrência deles. Cabem nesta modalidade as cirurgias eletivas que possam ser realizadas ambulatorialmente e exames diagnósticos médico-dependentes. (ROCHA, 2014).

Outro conceito estratégico de gestão, em se pensando em fila de espera, é o de adensamento tecnológico, cuja ênfase está no cuidado temporário e na incorporação de tecnologias de maior densidade. Dentro deste conceito, o usuário seria atendido não só em se tratando de consulta, mas teria suas demandas de saúde, como diagnóstico, tratamento, reabilitação, atendidas em um mesmo setor de saúde. (ROCHA, 2014).



O estudo de Rocha (2014) também identificou o absenteísmo como fator relacionado à fila de espera. As justificativas de estar ausente no atendimento por parte dos usuários são as mais variadas possíveis. Assim como a tecnologia de comunicação usada pelos serviços também é um fator que gera falhas por conta de perda de dados de contato ou de sua desatualização.

O autor faz críticas ao sistema organizativo de prestação de serviço da classe médica especializada, a qual ele se refere como uma postura generalizada de descumprimento da carga horária, banalizando o momento médico-paciente. Esse aspecto, conforme o autor em questão, foi melhorado com a aproximação entre o tempo trabalhado e o tempo contratado. Isso viabilizou condições para uma clínica mais qualificada, em oposição à clíni-

ca centrada na produção de procedimentos, queixa-conduta, que não avalia riscos, trata sintoma. Há que se pensar na produção de cuidado por equipe multiprofissional na Atenção Ambulatorial Especializada. Experiências já vivenciadas demonstram um contraponto possível ao modelo médico-centrado. Assim como as ações de apoio matricial entre equipes e profissionais de referência. (ROCHA, 2014).

E, por fim, têm-se as dificuldades de se produzir diálogo com a dimensão profissional da gestão do cuidado, onde se exige a compreensão e a interação com linguagem e valores distintos. O gestor e o profissional médico, até mesmo em razão da posição ocupada e da definição de atribuições quanto ao cuidado, pensam de formas diferentes para uma mesma questão, usando as palavras do próprio autor: “pela



diferença de temas e significação constituintes do ‘mundo do gestor’ e do ‘mundo do profissional’. Gestores e profissionais da saúde muitas vezes não falam a mesma língua.” Pressupondo que não se pode e nem se devem eliminar as distintas linhas de raciocínio, o desafio é pensar alternativas de diálogo a partir do que permita o reconhecimento de comum entre o pensamento acadêmico do movimento sanitário, o exercício da gestão e o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde. (ROCHA, 2014).

Rodrigues et al. (2014) pesquisaram sobre a Atenção Primária à Saúde na coordenação das redes de atenção. O estudo buscou analisar a produção científica acerca das evidências, potencialidades, desafios e perspectivas da Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes

de Atenção.

Os autores destacam a necessidade de pesquisas com maior nível de classificação das evidências científicas sobre a atuação da Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção. (RODRIGUES et al., 2014).

Os estudos indicam que a organização dos sistemas de saúde em redes de atenção à saúde coordenadas pela APS pode desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade. (RODRIGUES et al., 2014).

A APS, como coordenadora do cuidado, encontra-se ainda em busca de meios, estratégias de formar uma rede de cuidados integrada em todos os seus níveis e densidades. Estudos publicados sobre essa questão por diferentes áreas da saúde revelam a pertinência do tema, o que nos faz deduzir ser uma questão de



relevada importância. (RODRIGUES et al., 2014).

A pesquisa reporta que publicação acerca de um estudo aplicado em três municípios brasileiros revela a falta de conhecimento dos profissionais da APS em relação aos equipamentos de saúde da rede. Fato que compromete a capacidade de resolubilidade da APS. (RODRIGUES et al., 2014).

Porém há estudos apontando avanços na integração da ESF à rede assistencial, o aumento do acesso e implantação de protocolos clínicos. Os resultados nestes cenários mostram-se relevantes em se pensando em resolubilidade, integralidade e equidade. No entanto há sempre a necessidade de melhor estruturar a rede, com investimento em tecnologia, sistema de apoio, adequações e ampliação das unidades de saúde; há que se ampliar

a clínica do generalista a fim de garantir a continuidade do cuidado, romper e superar a assistência médico-centrada para os quadros crônicos agudizados. (RODRIGUES et al., 2014).

É preciso se pensar para que a APS assuma com propriedade a coordenação do cuidado, um desafio que depende de iniciativa política ampla e efetiva no sistema de saúde na promoção da integralidade na rede. (RODRIGUES et al., 2014)

Lavras (2011) estudou a Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. A pesquisa buscou analisar o papel da APS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, que se organizam no SUS na perspectiva de superar a fragmentação sistêmica existente, apontando iniciativas voltadas a seu aprimoramento.

Este artigo faz referên-



cia a inúmeros documentos que historicamente vêm expressando o conceito de APS e contribuindo para sua organização nos sistemas de saúde de todo o mundo. Nessa perspectiva, foram considerados o Relatório Dawson, a Declaração de Alma-Ata, os documentos publicados pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, os estudos de Barbara Starfield em relação à atenção primária à saúde e o Relatório Mundial da Saúde publicado pela OMS em 2008. (LAVRAS, 2011).

Identificaram-se os avanços na APS em sua organização, reconhecendo que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional sejam cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. (LAVRAS,

2011).

O estudo resgata historicamente, em diversos documentos, o desenvolvimento do conceito de APS e seus avanços como nível de atenção à saúde organizadora e coordenadora do cuidado. (LAVRAS, 2011).

O Relatório Dawson é um marco na definição e do conceito de APS enquanto um sistema de saúde organizado hierarquicamente e regionalizado por níveis de complexidade, o qual acabou sendo referência para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países. Assim como a Declaração de Alma-Ata e o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que previu reformas no sistema de saúde a partir da APS. (LAVRAS, 2011).

Conforme foi definido por Barbara Starfield, segundo esta publicação: “A APS é o



primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de modo a satisfazer suas necessidades de saúde, que só referem os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada.” (LAVRAS, 2011).

Vale aqui ressaltar que comumente no Brasil usa-se o termo “Atenção Básica” ao que se refere mundialmente como Atenção Primária à Saúde, partindo de uma visão pejorativa de um sistema com características de atividades clínicas de baixa complexidade e que atendam as necessidades da população de baixa renda. Na verdade, a APS é onde se dá o primeiro contato dos pacientes com o sistema, é o primeiro nível de um sistema de saúde e onde também deveria ser solucionada a maior parte dos problemas de saúde da população.

Historicamente, nosso

País passa por várias reformas e tentativas de se organizar a APS até os dias atuais de maneira que ela se torne de fato suficientemente forte. Pode-se iniciar citando a iniciativa de Paulo Souza no começo da década de 1920, com a criação dos Centros de Saúde Escola, onde se preconizava o acesso com ações integradas de prevenção e educação sanitária. (LAVRAS, 2011).

Sob influência do movimento de reforma sanitária, em 1970, ocorreram as primeiras experiências de Medicina comunitária em alguns municípios que, aos poucos, foram expandindo-se até os anos de 1980 com as propostas das Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Até então, com a nova Constituição, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a APS era



uma iniciativa particular de cada estado ou município, diferente do modelo unificado que temos hoje. Com a municipalização do SUS no início de 1990, inicia-se um movimento com iniciativa do Ministério da Saúde (MS), por meio de financiamento e normativas para se uniformizar a APS, com destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e tão logo o Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser visto como modelo prioritário a partir de 2006, por meio da instituição da Política Nacional da Atenção Básica. (PNAB) (LAVRAS, 2011).

Tanto quanto muda nosso sistema de saúde, assim também o perfil epidemiológico e demográfico populacional. Inegavelmente, é possível ver o envelhecimento da população, o aumento de condições crônicas e doenças crônico-degenerativas,

maior taxa de sobrevida mesmo em condições de enfermidade. Porém apesar dos avanços alcançados no sistema de saúde, ele ainda está mais voltado para o manejo das condições agudas, de causa-efeito, do que para as situações de cronicidade, já que estas exigem um conjunto de ações de maior complexidade do próprio sistema de saúde, como abordagens multiprofissionais, a garantia do cuidado na rede, a integralidade assistencial. (LAVRAS, 2011).

Lavras (2011) pondera que eis aqui o grande desafio: integralidade - favorecer o acesso e garantir a continuidade assistencial na rede de atenção à saúde (RAS), a qual é conceituada como arranjos organizativos de unidades de saúde, pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, prestação de assistência de diferentes densidades tecnológicas



que, integrados por meios de um sistema de gestão, buscam a integralidade do cuidado, tendo a APS como a organizadora dessa rede em uma estrutura mais regionalizada chamada de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). No entanto há que se fazerem grandes investimentos, como adequações de acomodações físicas das unidades, inovações tecnológicas; expansão de unidades de saúde; valorização dos profissionais; implantação de protocolos clínicos; aprimoramento na gestão do cuidado.

É indiscutível a necessidade do real investimento das diferentes esferas de gestão do SUS nos processos de reestruturação de redes regionais de atenção à saúde, processos esses que devem estar alicerçados na APS, vendo nesta a ordenadora e coordenadora do cuidado. (LAVRAS, 2011).

Silva et al. (2014) analisaram a integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. O estudo buscou conhecer as concepções de integralidade e de cuidado de saúde (e de enfermagem) evidenciadas nos artigos encontrados.

O estudo mostrou a necessidade de que a enfermagem reconheça a integralidade como norteadora de suas práticas de saúde, valendo-se do trabalho vivo em saúde para a produção do cuidado. Ao mesmo tempo em que identifiquem em seu cotidiano as várias formas de efetuarlo, garantindo assistência de qualidade, cuidado, corresponsabilização, vínculo e intersetorialidade, na medida em que se busca a longitudinalidade do cuidado em saúde. (SILVA et al., 2014).

A partir dos estudos, reconhece-se que a integralidade é vista como um ponto-chave para



a produção do cuidado, desde que sejam contempladas as necessidades reais dos indivíduos em atividades cotidianas da Atenção Primária à Saúde, no que engloba a mudança de concepções entre o modelo biomédico, ainda predominante, para um olhar que tenha como foco as várias dimensões dos indivíduos.

Partindo do princípio de que o Sistema Único de Saúde – SUS foi pensado para garantir acesso aos serviços de saúde de forma indiscriminada à população, esse sistema tem em sua essência os princípios da equidade, universalidade e integralidade da assistência.

O cuidado na APS e a integralidade foram conceituados, definidos por diversas referências como sendo essenciais no cuidado, um dos princípios norteadores das práticas assistenciais, uma forma de olhar o

indivíduo em sua multidimensionalidade, considerando a integralidade como uma das dimensões da APS, e esta como meio de superação ao modelo biomédico e estratégia para alcançar sistemas integrais e universais.

Resgata-se, na perspectiva exposta acima, a figura do profissional enfermeiro como protagonista, agente essencial na produção da assistência, lembrando a este da importância de se articular o cotidiano da prática nas dimensões da integralidade de modo a garantir a continuidade do cuidado numa visão de longitudinalidade e responsabilização do sujeito, já que longitudinalidade e integralidade estão atreladas à resolução e ao acesso aos serviços de saúde. Ressaltam-se aqui as limitações da resolubilidade da APS, pois a mesma está associada ao acesso a outras densidades tecnológicas



que dependem da condução e competência profissional.

Tem-se, na relação inter-setorial dentro da rede, outra dificuldade na articulação e na continuidade do cuidado, pois envolve sistema de referência e contrarreferência, ainda em construção e ineficiente, o que contribui para a dificuldade do cuidado. Esta, entre outras questões, requer maior atenção das políticas públicas e instâncias gestoras para a regionalização dessas práticas de modo a garantir uma assistência de qualidade.

Almeida et al. (2013) pesquisaram as estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada em paralelos entre Brasil e Espanha. O seu artigo identifica estratégias de coordenação dos cuidados por meio da análise de instrumentos de integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Es-

pecializada, desenvolvidas em municípios brasileiros e Comunidades Autônomas (CA) espanholas.

De acordo com os autores, experiências desenvolvidas por Brasil e Espanha apresentam potencialidades para melhorar a integração da rede, destacando-se: papel de filtro exercido pelo médico de família no sistema de saúde espanhol, e, no Brasil, nas áreas cobertas pela ESF; territorialização dos serviços de saúde; estratégias para aproximar profissionais e qualificar as ações de APS, como os 'especialistas consultores' e o 'matriciamento'; e adoção de protocolos clínicos consensuados. (ALMEIDA et al., 2013).

Nos municípios brasileiros investigados, ressalta-se a recente implantação de sistemas descentralizados de regulação que permitem acompanhar o per-



curso dos usuários e as filas de espera. (ALMEIDA et al., 2013).

Na Espanha, destaca-se a consolidada informatização da história clínica em APS. A criação da história clínica única é um desafio colocado aos dois países. Em ambos, é reconhecida a necessidade de políticas e investimentos para a valorização dos trabalhadores e do cuidado prestado no campo da APS, bem como da promoção de maior contato pessoal e de relações diretas entre profissionais, com vistas à criação de uma cultura de colaboração, sendo essas as iniciativas consideradas mais exitosas para a integração entre a atenção primária e a especializada. (ALMEIDA et al., 2013).

O sistema de saúde espanhol passou por forte processo de reforma e criação da Medicina de Família e Comunidade (MF&C) já em 1978, enquanto,

no Brasil, elas existem há apenas dez anos, e com ampla expansão da ESF a partir dos anos 2000. Cabe ao profissional espanhol - especialista em MF&C - ser filtro para AE. Nesse sentido, deduz-se que os recursos de maior complexidade são melhores trabalhados e acessados mais adequadamente, contrariamente ao que ocorre no Brasil, onde ainda se trabalha no sentido de fazer o profissional médico ser corresponsável pelo gerenciamento do cuidado do paciente. (ALMEIDA et al., 2013).

Ainda que guiados por princípios comuns (universalidade), são marcantes as desigualdades de acesso e qualidade entre os serviços públicos de saúde dos dois países (Brasil e Espanha).

A integralidade ainda é uma preocupação e um desafio a ser enfrentado; discuti-la é necessário frente à relevância para a construção de uma atenção in-



tegral em saúde. (ALMEIDA et al., 2013).

Enquanto o sistema de saúde no Brasil é descentralizado para os municípios, cabendo a estes a responsabilidade pela APS; na Espanha, os municípios não têm nenhuma competência na organização do sistema de saúde, sendo outorgada às dezessete Comunidades Autônomas (CA) essa responsabilidade. O Brasil organiza-se territorialmente por regiões, distritos de saúde e áreas de saúde de até 4.000 hab. em se falando de ESF. Contudo é preciso que se esteja ciente de que não há total cobertura de ESF nos municípios brasileiros, os quais estão muito aquém disto, ao passo que o modelo espanhol se organiza por áreas de saúde com 200.000 a 250.000 hab., zonas básicas de saúde de 5.000 a 25.000 hab. para a APS. E em dois níveis: APS e AE (ambulatório hospitalar

e internação hospitalar). Talvez aqui haja uma falha no modelo espanhol, pois na cultura popular, tem-se a concepção de que a atenção hospitalar é de melhor qualidade, e que uma assistência ambulatorial hospitalizada dificulta a gestão na capacidade de intervenção da APS para melhorar a integração entre os níveis assistenciais e gestão de fila de espera, já que, segundo os gerentes de Madri, não é possível saber o número de pacientes consultados e/ou que realizaram exames, pois a informação fica restrita aos hospitais e são enviadas à APS esporadicamente. (ALMEIDA et al., 2013). Conforme os autores referenciados, os dois países estão fadados à produção de procedimentos ao invés de cuidado.

O desconhecimento e a falta de envolvimento dos profissionais da AE sobre o processo de trabalho em APS compõem



uma questão pertinente nos países envolvidos e que interfere na prática da cultura de colaboração, assim como a criação de história clínica única é um desafio para ambos os países, conforme afirmam Almeida et al.(2013).

Ainda, consoante os autores acima referenciados, iniciativas que promovam maior relação interpessoal, como o matriciamento, no Brasil, e a consultoria especializada e a territorialização da AE na Espanha foram consideradas práticas exitosas para integrar profissionais dos dois níveis de assistência. Como também a definição de protocolos clínicos para a organização dos fluxos de acesso. Entretanto, nos dois países, a maior parte da contrarreferência apresenta irregularidades, o que compromete a comunicação entre os níveis.

Tesser e Neto (2017) pesquisaram a atenção especia-

lizada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Diante da atual situação de subfinanciamento e desmonte do sistema de saúde, principalmente no que concerne à AE, o artigo em questão discute o relativo vazio da atenção especializada no SUS. Contextualiza historicamente a defesa da necessidade de elaboração e sugestão de um formato organizacional de serviços de cuidado especializado a partir das experiências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Florianópolis e Curitiba, cuja atuação matricial foi adaptada no cuidado especializado ambulatorial.

Conforme os autores, a experiência dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) esboça as bases de uma proposta de indução federal de organização do cuidado especializado. Ela permite a equidade no acesso e



a máxima proximidade do cuidado especializado da realidade dos usuários, o relacionamento personalizado e a articulação íntima entre as equipes de saúde da família e os especialistas, viabilizando a educação permanente mútua, regulação negociada e aumento da resolubilidade da atenção básica. (TESSER e NETO, 2017).

Os autores são bem otimistas com a proposta, elencando resultados positivos para a RAS, segundo os quais, os NASF têm sido subexplorados como equipes assistenciais de retaguarda especializada, subutilizando a competência nuclear dos profissionais matriciadores. Por outro lado, em locais em que eles atuam somente com assistência especializada, fazem também apoio técnico às equipes de APS, melhorando sua resolubilidade e contribuindo na sua educação permanente,

concretizando o matriciamento. (TESSER e NETO, 2017).

Eles defendem a ideia de que todos os serviços especializados deveriam ter atuação regionalizada e descentralizada como os NASF, pelo menos no que diz respeito ao cuidado ambulatorial especializado, que pode ser relativamente descentralizado e/ou regionalizado e viabilizado pelas várias possibilidades tecnológicas de informação e comunicação existentes (telessaúde, telemedicina, telerregulação etc.). (TESSER e NETO, 2017).

Significaria um importante movimento de construção institucional da atenção especializada coerente com a RAS; avançando na solução do problema da relação entre APS e especialistas e na estruturação efetiva, coerente e eficiente de uma atenção especializada ambulatorial que, de fato, seja acessível quando ne-



cessária, coordenada pela APS e parceira das equipes da ESF. (TESSER e NETO, 2017).

Observa-se que no contexto da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que permeia a APS como coordenadora do cuidado, como contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços a fim de efetivar a integralidade, é importante o acesso aos serviços de média complexidade dentro da RAS por meio da AE. (TESSER e NETO, 2017).

O estudo de Tesser e Neto (2017) caracteriza o acesso a AE como um “gargalo” no sistema de saúde, em consequência dos vários acontecimentos políticos, sociais e nos campos de reformas sofridas pelo próprio sistema de saúde ao longo da história, e mais recentemente, pelo processo político e arbitrário de desmonte e subfinanciamento do

SUS. Mais do que nunca se observa o enfraquecimento intencional da média complexidade no intuito de abrir mercado para a iniciativa privada. O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência à APS e prover assistência especializada, complementando-o. Eis o “vazio” na integralidade da assistência em se tratando de rede de saúde.

A partir dos formatos de equipes NASF organizadas por regiões ou como referência as equipes de ESF, estes oferecem apoio matricial especializado, por atuação dos matriciadores de diversas especialidades, e apoio ao sistema regulatório com avaliação das filas de espera das especialidades e suporte às dúvidas das equipes das UBS/ESF. Essa modalidade de assistência presta-se ao cuidado continuado, ampliado e qualificado entre APS



e AE, por meio de troca de conhecimentos entre especialistas e generalistas, usando os mais diversos canais tecnológicos de comunicação. (TESSER e NETO, 2017).

Se composta adequadamente, as equipes NASF especializadas têm grande capacidade de intervenção na AE por meio do matriciamento e apoio técnico, sendo elo entre APS e a especialidade, melhorando a resolubilidade da APS, impactando positivamente no acesso mais qualificado e oportuno aos outros níveis da rede.

Dias (2012) pesquisou as estratégias de coordenação entre a Atenção Primária e a Secundária à Saúde no município de Belo Horizonte em dois distritos, buscando analisar as estratégias de coordenação entre a atenção primária e a especializada à saúde no município de Belo Horizonte.

Segundo os autores, a implantação dos Centros de Especialidades Médicas (CEM) promoveu a melhora da oferta e redução dos tempos de espera para consultas especializadas para os usuários dos dois distritos. A marcação de consultas especializadas é feita, segundo critérios de prioridade, com fluxos diferenciados, por meio do SISREG, a partir de cotas distribuídas por unidade de saúde com monitoramento rotineiro e sistemático das filas de espera e das cotas de consultas especializadas do CEM. (DIAS, 2012).

A comissão de regulação local, nos centros de saúde, mostrou-se pouco formalizada, e ainda não é reconhecida pela maior parte dos médicos das equipes SF. Os protocolos gerenciais de encaminhamento para Cardiologia são utilizados pela maior parte dos médicos



das equipes SF nos dois Distritos, todavia os protocolos clínicos ou linhas de cuidado para a Cardiologia estão em processo de implantação e aprimoramento e ainda são pouco utilizados. Ainda assim, a grande maioria dos médicos das equipes SF afirmou conseguir realizar um acompanhamento clínico satisfatório dos pacientes hipertensos nos centros de saúde. (DIAS, 2012).

O prontuário eletrônico é utilizado por todos os médicos das equipes SF e pela maioria dos cardiologistas do CEM para os registros clínicos dos pacientes nos dois distritos analisados no estudo. Dois terços dos médicos das equipes SF do Distrito X avaliaram que o uso compartilhado do prontuário eletrônico com os cardiologistas do CEM aprimorou a coordenação do cuidado, melhorou o recebimento de informações dos atendimentos fei-

tos pelos cardiologistas do CEM e reduziu a duplicação de exames de apoio diagnóstico. As principais vantagens do prontuário eletrônico apontadas por gerentes e médicos SF são: continuidade do cuidado, aumento da comunicação entre níveis assistenciais, acesso rápido às informações do paciente, visão integral do paciente. As principais desvantagens do prontuário eletrônico são: lentidão do sistema, segmentação dos programas, formato rígido e desatualizado e perda de informações. Os encontros de diálogo clínico entre médicos das equipes SF e cardiologistas do CEM avaliaram efeitos positivos na melhoria da coordenação do cuidado. Os resultados do estudo apontam que a combinação de estratégias de integração entre os níveis assistenciais fortalece a atenção primária como coordenadora do cuidado e contribui



para a continuidade dos cuidados e oferta de atenção integral. (DIAS, 2012).

Os limites das estratégias adotadas para a coordenação entre a atenção primária e a secundária à saúde no município de Belo Horizonte dialogam com as experiências descritas na literatura e mostram-se alinhados com os principais desafios enfrentados por demais sistemas de saúde mundiais para a melhoria da coordenação do cuidado. (DIAS, 2012).

Para estruturar uma rede de atenção à saúde, é necessário organizar fluxos e o acesso a outros níveis assistenciais. Todo fluxo é organizado a partir do centro de saúde (CS) com classificação de prioridade clínica e a partir de protocolos gerenciais de encaminhamento, só então o paciente é cadastrado no SISREG na ordem da fila e por prioridade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária segue enfatizando um trabalho médico-centrado, pautado no modelo anatômico-patológico e no consumo de procedimentos, assim como a AE.

A dificuldade de acesso ao nível secundário consiste no fato de que a população é desassistida por demanda reprimida e pelo longo tempo de espera por assistência. Assim, as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira geram impacto no gerenciamento dos sistemas de saúde, razão pela qual a integração dos serviços de saúde e a capacitação profissional para o incremento da resolutividade tornaram-se imprescindíveis. Faz-se necessário o esforço conjunto, pois a organização dos serviços de saúde em redes de atenção



coordenadas permite que a integralidade das ações seja implementada, garantindo a equidade e o acesso aos demais serviços do sistema.

Reconhecemos que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vidas. Vemos que é oportuno compartilhar algumas experiências relatadas em literaturas sobre a integração de serviços, que julgamos parecer interessantes a pesquisadores e gestores.

Pela análise dos estudos, verificamos que as dificuldades de gestão, de articulação da rede entre os níveis da assistência, de comunicação até entre os profissionais, das intervenções de interesse políticos, enfim, constituem inúmeras barreiras na tentativa de se construir a rede

de modo que assegure ao usuário um ‘andar’ coeso e oportuno às suas necessidades de saúde.

Não há uma fórmula consensual em nível nacional para essas questões, cada um dos atores articula com base em suas necessidades, competências e possibilidades. Porém vimos questões pertinentes que se repetem em muitos dos relatos, que nos fazem pensar na necessidade de um grande movimento de mudança de concepção e de pensamento, desde a academia na formação dos profissionais da saúde, no sentido de desenvolverem um olhar de forma mais integrativa para as necessidades de saúde do sujeito em se pensando no trabalho em rede, na valorização e visualização dos profissionais que estão na ponta, atuando na APS, na articulação com os demais em outros níveis da atenção. É necessário também dispensar atenção



às organizações dos processos de trabalho com a criação de fluxos e protocolos a fim de garantir acesso e uso racional dos equipamentos de saúde, devendo haver um real investimento e financiamento dos gestores públicos com a finalidade de cumprir as diretrizes das políticas de saúde.

Em suma, a falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais entre os níveis de atenção à saúde e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto e fragmentado o processo do cuidado na rede.

## REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, Descritores em saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsser->

[ver/](#)>. Acesso em: 19 ago. 2018.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, Sept. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi11042013000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi11042013000300004&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300004>.

ALMEIDA, PF; FAUSTO MCR; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95.

BRASIL. Ministério da Saú-



de (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, PNAB. Brasília: MS; 2017.

DIAS, Maura Pereira; GIOVANELLA, Ligia. Prontuário eletrônico - uma estratégia de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.l.], v. 7, n. 2, aug. 2013. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/518>>. Acesso em: 25 nov. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v7i2.518>.

ERDMANN, AL; ANDRADE, SR; MELLO ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am.

Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: 04 nov 2018];21(Spec):[08 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf).

FRACOLLI, LA; ZOBOLI, ELP; GRANJA, GF; ERMEL, RC. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. [Internet]. Rev Esc Enferm USP. 2011 [acesso 23 out 2018];45(5):1135-41. Disponível: <http://bit.ly/2wG2gUN>

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GAWRYSZEWSKI ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis. [Internet]. 2010 [acesso 23 out 2018]; 22(1):125. Disponível



em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a07.pdf>>.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011.

Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. access

on 25 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [citado 2018 out 14];549 p.: Il. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)

MENDES, EV. A construção social da atenção primária à saúde.

/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

PINHEIRO R, Asensi FD. Desafios e estratégias de efetivação do direito à saúde. Google. [Internet]. 2010 [citado 2018 out 14]; 20(1):15-17. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/physis/v20n1/a02v20n1.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v20n1/a02v20n1.pdf).

QUEVEDO ALA, Rossini E, Pilotto LM, Pedroso MRO, Pacheco PM. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. Disponível em: *Rev. APS.* 2016 jan/mar; 19(1): 47 – 57



RODRIGUES, Ludmila Barbosa  
Bandeira et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 343-352, Feb. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000200343&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200343&lng=en&nrm=iso)> . access on 25 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

ROCHA, DC. Gestão do cuidado na atenção ambulatorial especializada: elementos para pensar uma política. Campinas. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, São Paulo, 2014.<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312781>

SANTIAGO, DM. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde na região de Barretos, São Paulo. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/D.6.2018.tde-27112017-145825. Acesso em: 2018-10-14.

SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO – Balanço da Gestão 2013/2016. Secretaria Municipal de Saúde – 3 Atenção Especializada, Saúde reduzindo o tempo de espera. Dezembro de 2016.

SILVA CT, Silva S, Almeida MV, Araújo I. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. Rev Cuid. 2014; 5(2): 731-8. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.85>.



SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, Apr. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi81232014000401283&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi81232014000401283&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.

TESSER CD, NETO, Paulo Poli. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):941-951, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0941.pdf>.

TAHIS DOS SANTOS SIL-

VA, Camila et al. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. *Revista Cuidarte*, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 731-8, July 2014. ISSN 2216-0973. Disponível em: <<https://www.revista-cuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/85>>. Fecha de acesso: 25 nov. 2018 doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.85>.

