

LARAYNE GALLO FARIA OLIVEIRA

ORGANIZADORA

ACESSO À SAÚDE

**Desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**



Pedro & João
editores

ACESSO À SAÚDE:

***desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde***



**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA
(ORGANIZADORA)**

**ACESSO À SAÚDE:
desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**



Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Larayne Gallo Farias Oliveira [Orgs.]

Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 200p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-0578-6 [Impresso]
978-65-265-0579-3 [Digital]

DOI: 10.51795/9786526505793

1. Acesso à saúde. 2. Desafios e perspectivas. 3. Soluções. 4. Atenção primária à saúde I. Título.

CDD – 610/370

Capa: Petricor Design

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Revisão: Alana de Jesus Senna

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barencro de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2023

CAPÍTULO 7

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PAPEL DO ACESSO NO CUIDADO INTEGRADO E COORDENADO*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

João Luis Almeida da Silva³

Alfredo Almeida Pina-Oliveira⁴

Vanessa Franchin Galhardo⁵

Fátima Madalena de Campos Lico⁶

Prudence Secchin de Souza Vaz Sampaio Ribeiro⁷

Roberta Lopes de Abreu⁸

Júlio Cesar Novais Silva⁹

João Felipe Tinto Silva¹⁰

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela organização e coordenação do cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e o atributo do primeiro contato é fundamental para garantir o acesso (STARFIELD, 2002). A alta capacidade de resolução dos problemas na APS ressalta a necessidade de mecanismos de acesso ágeis e eficazes (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

O acesso deve ser universal para toda a população adscrita, independentemente do grau de necessidade, uma vez que, os usuários podem não ter consciência da natureza ou urgência de seus problemas (MENDES, 2019). O acesso à APS é uma pré-condição para um acesso qualificado aos demais pontos de atenção

* <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793101111>

à saúde, como a atenção ambulatorial especializada e hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

No entanto, para garantir o acesso adequado aos serviços de saúde, é necessário que a APS esteja integrada a outras redes de atenção à saúde, como a de urgência e emergência, a de atenção hospitalar e a de saúde mental. Essa integração, se dá por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que buscam articular os serviços de saúde em uma lógica de cuidado integrado e coordenado, com foco na atenção às necessidades do usuário e na efetividade do cuidado (MENDES, 2011). Nesse contexto, o acesso à saúde na APS desempenha um papel crucial na garantia do cuidado integrado e coordenado, permitindo que o usuário tenha acesso aos serviços e programas de saúde de forma oportuna e adequada, de acordo com suas necessidades e preferências.

O acesso é um dos pilares fundamentais da APS e das RAS. Garantir o acesso às ações e serviços de saúde é uma responsabilidade do Estado e um direito do cidadão. No entanto, nem sempre é fácil garantir o acesso de forma equânime e efetiva. Para aprimorar o acesso, é necessário adotar estratégias que considerem as particularidades locais e regionais, bem como as necessidades das pessoas e comunidades.

A RAS é um modelo de organização do sistema de saúde que visa a integração dos serviços, a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a garantia de acesso à saúde de qualidade para toda a população (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). A RAS busca a coordenação do cuidado, a humanização do atendimento, a promoção da saúde e a prevenção de agravos (ARRUDA *et al.*, 2015).

A implementação das RAS envolve a reorganização do sistema de saúde, a capacitação dos profissionais e a articulação entre as diferentes esferas de gestão, além da adoção de ferramentas de monitoramento e avaliação (TOFANI *et al.*, 2021). Elas são consideradas uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde contemporâneo.

No entanto, conforme alerta Mendes (2011), a comunicação entre a APS e os níveis de atenção secundária e terciária ainda é deficiente. Tal prerrogativa, pode ser justificada pela ausência de prontuários eletrônicos que permitam a criação colaborativa de planos de cuidados individualizados para os usuários com condições crônicas. Além disso, não há o envio de lembretes e feedbacks para a equipe de saúde e os próprios usuários.

O problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas Redes de Atenção à Saúde (MENDES, p. 60, 2011).

Nesta perspectiva, este capítulo tem como objetivo discutir o papel do acesso na APS no contexto das RAS, apresentando experiências bem-sucedidas e desafios a serem enfrentados na busca por um cuidado mais integrado, coordenado e centrado no usuário.

DESENVOLVIMENTO

O Ministério da Saúde (2010) apresenta os atributos que as RAS devem possuir. Esses atributos são:

- População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências, determinando a oferta de serviços de saúde;
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, integrando programas focados em doenças, riscos e populações específicas, serviços de saúde individuais e coletivos;

- APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde;
- Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais, de gênero e a diversidade da população;
- Sistema de governança único para toda a rede, com o propósito de criar missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde, definindo objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo, além de articular as políticas institucionais;
- Desenvolvimento da capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- Participação social ampla;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
- Gestão baseada em resultados.

Com base nesses atributos, define-se a RAS como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas

técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MENDES, 2011).

Para que a organização das RAS seja efetiva, eficiente e com qualidade, é necessário 105usca105pio-la com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção.

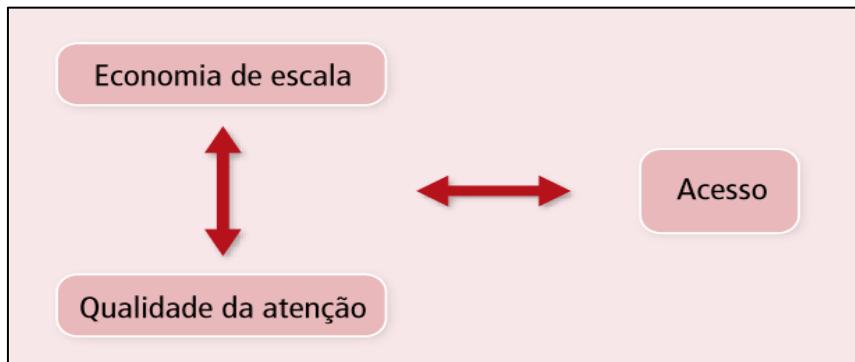
De acordo com Mendes (2011), a economia de escala é um dos fundamentos para a organização efetiva, eficiente e com qualidade das RAS. Na prática, isso significa que quanto maior a escala de produção e prestação de serviços de saúde, menores serão os custos unitários e maiores serão as possibilidades de oferta de serviços e recursos à população.

De acordo com este autor, a economia de escala nas RAS pode ser alcançada por meio da integração de serviços e processos, a fim de reduzir custos e aumentar a eficiência no uso de recursos. Isso pode envolver, por exemplo, a consolidação de unidades de saúde em uma mesma região, a implantação de sistemas integrados de gestão e a centralização de compras e contratações.

Além disso, a economia de escala também pode permitir a ampliação do acesso a serviços de saúde, principalmente em regiões com menor oferta de recursos. Lavras (2011), reitera que por meio da consolidação de serviços e recursos, é possível ampliar a oferta de serviços de saúde em locais onde não seria viável manter uma unidade de saúde isolada.

Mendes (2011), ainda ressalta que as RAS devem incluir o acesso como um ponto central. Dessa forma, o desenho das redes deve combinar a economia de escala e a qualidade dos serviços com o acesso aos serviços de saúde conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – A lógica de desenho dos componentes das redes de atenção à saúde nos territórios sanitários



FONTE: Mendes (2011).

Vale destacar, no entanto, que a economia de escala não pode ser vista como uma solução única para os problemas da saúde pública. É necessário considerar a qualidade dos serviços prestados e a efetividade das ações em saúde, além de garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

A disponibilidade de recursos, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros, é essencial para oferecer serviços de qualidade. A qualidade, por sua vez, envolve a adoção de práticas baseadas em evidências, a gestão adequada dos processos de trabalho e a atenção centrada no paciente. Além disso, o acesso aos serviços de saúde deve ser universal, equânime e oportuno, garantindo que todas as pessoas tenham acesso aos serviços necessários. É importante que esses três aspectos estejam integrados e trabalhem de forma complementar para alcançar uma rede de atenção à saúde eficiente e efetiva.

A integração horizontal e vertical é fundamental nas RAS para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado (MENDES, 2011; MENDES, 2014). A integração horizontal ocorre entre os diferentes pontos de atenção dentro de um mesmo nível, como a integração entre unidades básicas de saúde, por exemplo. Já a integração vertical, se dá entre diferentes níveis de atenção, como a atenção primária, secundária e terciária.

Conforme destacam Almeida e estudiosos (2018), para que a integração ocorra de forma efetiva, é preciso que haja uma comunicação fluída entre os diferentes pontos de atenção e que sejam estabelecidos protocolos e diretrizes clínicas compartilhadas. Além disso, é fundamental que sejam criados mecanismos de referência e contrarreferência para que os usuários possam ser encaminhados e acompanhados nos diferentes níveis de atenção.

A integração horizontal e vertical também pode ser fortalecida por meio do trabalho em equipe multiprofissional e da utilização de prontuários eletrônicos compartilhados, que permitem uma visão mais ampla do histórico de saúde do paciente e uma maior coordenação do cuidado (MENDES, 2011).

Os processos de substituição são fundamentais nas RAS para garantir a efetividade do cuidado. De acordo com Mendes (2011), esses processos são fundamentais para atingir o objetivo das RAS de fornecer atendimento adequado, no local adequado, com o custo adequado e no tempo adequado. Consistem na substituição de práticas e tecnologias obsoletas ou ineficientes por outras mais eficazes e eficientes, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e otimizar a utilização dos recursos disponíveis. Um exemplo, é possível substituir a consulta presencial por teleconsultas ou consultas por telefone para casos de menor complexidade, reduzindo o tempo de espera e evitando deslocamentos desnecessários (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Além disso, os processos de substituição também podem estar relacionados à gestão de medicamentos e insumos (GAEDE *et al.*, 2020). A utilização de medicamentos genéricos ou similares, por exemplo, pode reduzir os custos com a aquisição desses produtos, sem comprometer a qualidade do tratamento.

Segundo Mendes (2011), as RAS podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários. Os territórios sanitários são áreas geográficas delimitadas que possuem uma população determinada e um conjunto de serviços de saúde que visam atender às necessidades dessa população. Esses territórios são

considerados fundamentais para o desenvolvimento das RAS, que buscam integrar e articular os diferentes níveis de atenção à saúde (DARSIE; SOUZA, 2022; MENDES, 2010).

A organização dos territórios sanitários e a articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde nas RAS, são fundamentais para o funcionamento efetivo do sistema de saúde (MENDES, 2014). É por meio dessa organização que é possível garantir um atendimento de qualidade e integral às pessoas, desde a prevenção até o tratamento de doenças mais complexas. Além disso, a integração entre os diferentes níveis de atenção e a aproximação dos serviços de saúde da comunidade são essenciais para o fortalecimento da saúde como direito universal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso aos serviços de saúde é um dos pilares da APS, pois é por meio desse acesso que se estabelece uma relação de confiança entre a comunidade e os profissionais de saúde. O acesso também possibilita a prevenção e promoção da saúde, bem como o diagnóstico precoce e tratamento das doenças mais comuns.

No entanto, o acesso não se limita apenas à oferta de serviços, mas também à sua adequação às necessidades da população e a maneira como a população circula através das redes. Isso implica, em considerar as particularidades de cada território e a diversidade cultural, social e econômica das pessoas. É necessário, portanto, desenvolver estratégias que garantam o acesso equânime e respeitem a autonomia dos usuários.

Ainda, é importante destacar, que a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, é fundamental para garantir um cuidado integrado e de qualidade. A articulação entre a atenção primária, secundária e terciária, bem como com outros serviços da rede de proteção social, possibilita uma abordagem mais ampla e efetiva no cuidado à saúde. A coordenação também favorece o uso racional dos recursos disponíveis e a redução da fragmentação e duplicidade de ações.

Em suma, as RAS na APS são um importante mecanismo para garantir um cuidado integral e coordenado à população. O acesso adequado aos serviços de saúde e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção, são elementos fundamentais para o fortalecimento do sistema de saúde e o avanço em direção à universalização do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 244-260, 2018.
- ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 169-173, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88-90.
- DARSIE, Camilo; SOUZA, Matheus Santos de. Geografia da saúde e educação: análise interdisciplinar da organização dos territórios sanitários promovidos pelo SUS. **Contrapontos**, v. 22, n. 2, p. 108-125, 2022.
- GAEDE, Rodolfo Preisigke Seidler et al. Caracterização do acesso a medicamentos em um município de médio porte no leste do estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, 2020.
- KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 32, 2016.

MENDES, Eugênio Villaça. **Desafios do SUS**. In: Desafios do SUS. P. 869, 2019.

MENDES, Eugênio Villaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Saúde debate**, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENDES, Eugênio Villaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 549 p., 2011.

MENDES, Eugênio Villaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. **Agendamento na Atenção Primária à Saúde: o caminho para a universalidade** – Capítulo 2. In: OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias (Org). Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização. – 1.ed., Curitiba – PR, Editora Bagai, 2023.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021.

¹Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde

Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professor Adjunto do Dep. Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem – UESC, <http://lattes.cnpq.br/6161779442778632>

⁴Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP-SP). Professor Doutor do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP-SP, <http://lattes.cnpq.br/5159190517984235>.

⁵Mestra em Gestão e Saúde Coletiva, em 2023 na Universidade Estadual de Campinas – FOP UNICAMP. Piracicaba/SP. Especialista em Saúde Coletiva e da Família na Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba/SP. Odontóloga pelo Centro Universitário Hermínio Ometto. Atualmente está como Secretária Municipal de Saúde do 111usca111pio de Corumbataí, <http://lattes.cnpq.br/3323935086932817>

⁶ Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Pós-doutoranda junto ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE – USP). Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis-CEPEDOC- Cidade Saudáveis – Centro Colaborador da OMS/OPAS. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, <http://lattes.cnpq.br/0933667174652627>

⁷ Mestranda em Ciências e Tecnologias Ambientais (PPGCTA/IFBA/UFSB) pela Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, <http://lattes.cnpq.br/5120742953506052>

⁸ Mestranda em Profissional de Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Primária em Itabuna-BA e enfermeira obstetra no Hospital Manoel Novaes, <http://lattes.cnpq.br/3743178844701519>

⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

¹⁰ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, <http://lattes.cnpq.br/1402379688346535>

