

Aula



O Sistema Único de Saúde e o desafio da integração em Redes de Atenção à saúde

Autora: Fernanda Plessmann de Carvalho



Ementa da aula



Esta aula aborda os determinantes sociais de saúde; os princípios e diretrizes do SUS, o atual quadro de necessidades da população brasileira; os conceitos e atributos da Rede de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde.

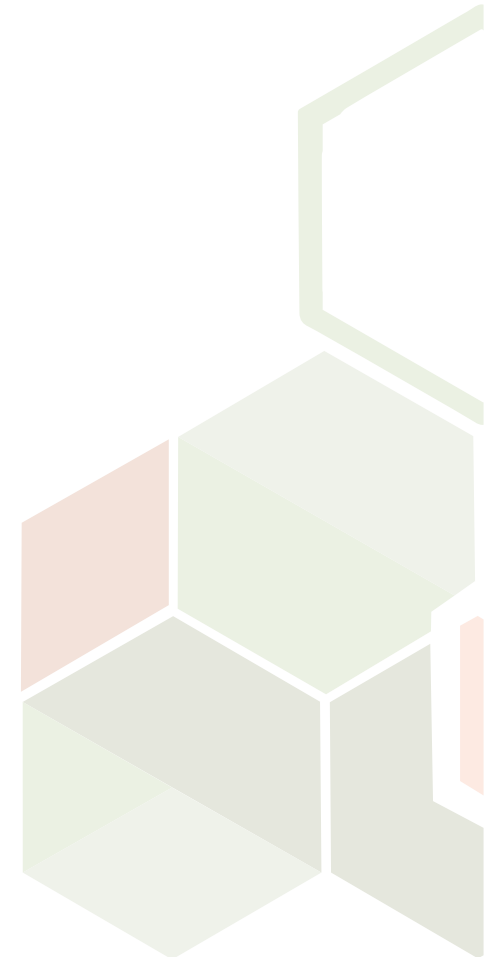
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Básica no Sistema.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Concepção de Saúde

A definição de saúde pode representar diversos conceitos, pois reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural¹ para cada um de nós. Ao longo da história houve muitas tentativas de se estabelecer um consenso entre os países sem muito sucesso. Para que isso acontecesse foi necessário o surgimento de uma entidade de grande representação internacional, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, a OMS estabeleceu em 1947 que a saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de enfermidade ou doença”².

Essa forma de avaliar a saúde sofreu críticas por ser muito ampla e visar uma perfeição inatingível, utópica³. Quem está doente? Quem é saudável? Estabelecer a saúde como a simples ausência de doença⁴ era algo mais objetivo e fácil de ser mensurável. No entanto, esse raciocínio simplificou demais o conceito, levando os profissionais a centrar suas ações nas enfermidades propriamente ditas em vez atentarem às pessoas que ficam enfermas. Deu-se, portanto, mais valor a estudar a doença em si, estabelecer diagnósticos e tratamentos, geralmente medicamentosos, sem que isso resultasse em benefícios à saúde da população.

Vamos refletir!

Você já se perguntou qual o seu conceito de saúde? Será que isso influencia na sua atuação profissional?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

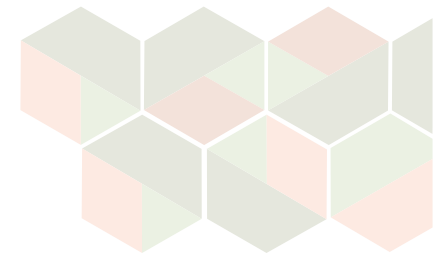
O conceito da OMS, por mais abrangente que seja, nos remete ao contexto em que as pessoas estão e suas condições de vida, família, emprego, habitação etc. Houve um reforço dessa ideia na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em Alma Ata, no final dos anos 1970, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”. As metas do milênio, na década seguinte, também foram no mesmo sentido, ou seja, colocar na base da discussão os *Determinantes Sociais de Saúde*.

Determinantes Sociais de Saúde

— A História do Sr. João

Sr. João, 53 anos, agenda uma consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) por insistência de sua esposa. Trabalha como mestre de obras e raramente consegue tempo para cuidar da saúde. Atualmente leva duas horas para chegar até o local de trabalho por meio do transporte público. Apesar de não admitir nenhum problema, vive queixando-se de dor de cabeça.

Após a consulta, em que foi constatado aumento da pressão arterial (mesmo problema de seu pai já falecido), foi solicitado que fizesse exames e melhorasse o padrão alimentar. Sr. João mora com a esposa e três filhos, em uma casa de dois cômodos, sem saneamento básico, na periferia de sua cidade. Por ter perdido o dia de trabalho devido à primeira consulta, não realizou os exames e não compareceu ao retorno.



Tomando por base o modelo ilustrado na Figura 3, há então a possibilidade de se propor medidas protetivas para cada um dos níveis de Determinantes Sociais, conforme apresentado no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Níveis de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde

Nível de Determinação Social de Saúde	Medidas Protetivas
Nível 1	Programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes, proibição à propaganda do tabaco e álcool etc.
Nível 2	Políticas que estabeleçam redes de apoio e que favoreçam a organização e participação das pessoas e das comunidades.
Nível 3	Acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de educação e saúde de qualidade etc.
Nível 4	Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e promoção de cultura de paz e solidariedade.

Fonte: Adaptado de Buss e Pelegrini Filho⁷.

Voltando para o caso do Sr. João, devemos entender a relação de seu atual estilo de vida com os fatores sociais que o cercam. As características individuais como a herança genética, o padrão alimentar e de moradia, podem ter influenciado na alteração da pressão arterial constatada na avaliação clínica. A dificuldade de acessar o serviço de saúde pela precariedade de sua relação de trabalho também contribuiu para a piora do quadro, portanto, para que se tenha uma população mais saudável,

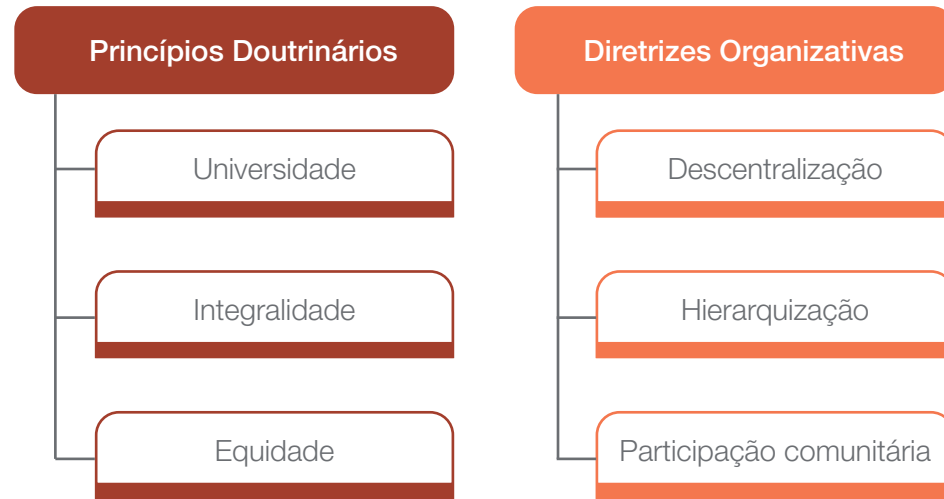
faz-se necessária não apenas uma assistência médica propriamente dita, mas, também, a possibilidade de melhores condições de vida. Para isso, é imprescindível a participação da comunidade na proposição de políticas públicas para a garantia de seus direitos.

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

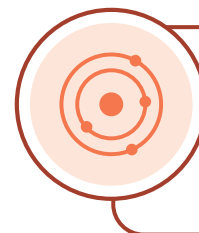
“A Constituição de 1988, no seu Art. 196, ratifica: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁸.”

Para a garantia desse direito foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da instituição da Constituição Brasileira em 1988, com base no conceito ampliado de saúde e seus Determinantes Sociais, discutidos anteriormente. A regulamentação do SUS se dá através de normatizações específicas, das quais, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual são elencados princípios e diretrizes fundamentais⁹.

O SUS apresenta três princípios doutrinários, ou seja, princípios básicos, que representam o alicerce de todo o restante do sistema: a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade*. E as principais diretrizes organizativas são: a *descentralização*, a *hierarquização* e a *participação comunitária*.



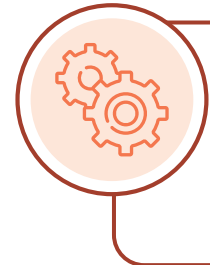
»» Princípios doutrinários



Universalidade: assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema¹⁰.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.


Pode-se dizer que o princípio da *universalidade* é um marco em relação ao período anterior ao SUS, cujo acesso à saúde não era garantido a todos.



Integralidade: é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema⁹.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A *integralidade* pressupõe a prestação de ações, conforme a necessidade de cada um, visando o tratamento para determinada situação. O SUS deve ofertar desde a imunização, para prevenção de agravos, até serviços que sejam capazes de realizar reabilitação física e mental.



Equidade: atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades, de forma que todos possam usufruir do direito à saúde¹⁰.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Há muita confusão em relação a este princípio. A *equidade* não significa dar acesso a uns e não dar a outros. Todos têm direito à saúde! No entanto, alguns precisam de mais apoio que outros. Por exemplo, uma pessoa com problemas de mobilidade, pode ter dificuldade para se dirigir a um posto de saúde. Isso não significa que ela não poderá passar por consultas, fazer exames etc. Para que ela realize seu direito deverá receber ajuda, como o fornecimento que uma cadeira de rodas ou até mesmo uma visita domiciliar pelos profissionais de saúde.

Necessidades de saúde da população brasileira

A população brasileira vem passando por transformações significativas no seu perfil sociodemográfico e epidemiológico. A análise dessas alterações é fundamental para a organização estrutural dos serviços que compõem o SUS.

Vamos refletir!

Por que o conhecimento das mudanças no perfil sociodemográfico é importante para a estruturação dos serviços de saúde?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Até as três primeiras décadas do século XX as doenças infecciosas correspondiam a quase 50% das mortes no Brasil. Já no início do século XXI, esse número caiu para menos de 5%. O acesso a tratamentos e vacinas possibilitaram a erradicação e o controle de várias dessas enfermidades. Entretanto, se enganam aqueles que acreditam que as doenças infecciosas sejam um problema superado. Algumas delas como a febre amarela, a tuberculose e a AIDS ainda causam grande impacto.

Nesse mesmo período, o falecimento devido a doenças cardiovasculares passou de 12% para 30%. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹, o percentual da população brasileira com 65 anos ou mais em 2018 era de 9,2%. A previsão para 2060 é de

25,5% e tem como principais causas a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade. O envelhecimento populacional, a urbanização acelerada, o aumento do sobrepeso e da obesidade e o tabagismo são os principais fatores de risco para doenças crônicas.

Outras causas de mortes prevalentes no país são atribuídas a causas externas que acometem principalmente a população entre 15 e 29 anos. A violência na periferia das grandes cidades e os acidentes de trânsito colaboram para a composição dessa estatística.

Devido às características dessas principais causas de mortalidade, podemos dizer que o Brasil enfrenta uma “tripla carga de doenças”, uma vez que apresenta demandas secundárias às doenças infecciosas, às doenças crônicas e à violência, entre outras causas externas.

Quadro 2. A tripla carga de doença

Doenças crônicas	Doenças infecciosas	Violência/causas externas
Doenças cardiovasculares	Tuberculose	Acidentes de trânsito
Diabetes	Febre amarela	Homicídios
Câncer	Sífilis	Suicídios
Doenças neuropsiquiátricas	Dengue	Quedas
Doenças respiratórias crônicas	HIV/AIDS	Afogamentos

Fonte: Elaboração própria.

Os serviços de saúde devem estar organizados para responder às necessidades da população. Quando ocorre uma transição demográfica, como apresentado anteriormente, é preciso que o sistema de saúde todo se adapte para dar conta das condições de saúde atuais. O SUS tem suas regras gerais, princípios e diretrizes, mas o direcionamento das ações e prioridades deve estar em constante avaliação para responder de forma efetiva às demandas da sociedade. Podemos dizer, portanto, que atualmente o sistema deve estar preparado para responder às condições encontradas na “tripla carga de doenças”.

Outra forma de se identificar as necessidades de saúde da população é por meio da demanda que chega aos serviços de saúde. Nessa questão, as UBS têm papel fundamental, pois é nesse local que as pessoas são cadastradas, acompanhadas e estratificadas em relação a riscos e vulnerabilidades¹².

Analisando a história da saúde pública brasileira, é possível constatar que sempre foram privilegiados os serviços de assistência imediata, que dão preferência para as queixas agudas e pontuais, ou os que utilizam alta densidade tecnológica. São exemplos desses serviços as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os complexos hospitalares. Os cenários mais adequados para o cuidado das doenças crônicas necessitam de avaliações contínuas e vínculo. Por isso, não devem ser atendidas nos locais destinados às doenças agudas.

As enfermidades crônicas apresentam inúmeros fatores de risco que são melhores conduzidos por equipes multidisciplinares. Centrar o cuidado apenas na assistência médica é outra característica que precisa ser adequada. Os dados estatísticos e epidemiológicos ajudam na macro-organização do sistema de saúde, mas desvendar a demanda das pessoas no dia a dia nem sempre é uma tarefa simples. Para identificá-las é essencial criar condições que facilitem o acesso aos serviços. Por isso, é preciso ter o cuidado de equilibrar as ofertas de consultas ou atividades programadas e as demandas livres, não agendadas.

As agudizações das doenças crônicas devem ser avaliadas, preferencialmente pelas equipes que já acompanham os casos, e os pacientes encaminhados para os serviços de urgência, quando necessário. No entanto, faz-se necessário o aumento no número de UBS e a otimização de hospitais e redes de pronto atendimento. Para dar conta das necessidades da população e efetivar o princípio da integralidade devemos ter uma rede de serviços que se complementem e se integrem de fato.

Organização dos serviços de saúde:

- *Assistência à saúde centrada em equipes multidisciplinares*
- *Expansão da Atenção Básica com aumento do número de UBS*
- *Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento otimizados por região*
- *Equilíbrio entre atividades programadas e demanda espontânea*
- *Integração entre os serviços de diferentes níveis de atenção*

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de integração e qualificação das ações de saúde

Nesses 30 anos de existência, o SUS acumula uma série de desafios. O primeiro é a fragmentação da assistência entre os vários níveis de atenção. Além disso, apesar da universalização preconizada, há espaços descobertos de assistência e uma incoerência entre a necessidade da população e a oferta. Outros obstáculos a serem superados são a carência de profissionais, a precarização e a pulverização dos serviços municipais. Há ainda a pouca inserção da vigilância e da promoção da saúde no cotidiano dos serviços, principalmente na Atenção Básica¹³.

Vários países enfrentaram esses problemas por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois há evidências de que elas melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde¹⁴. A finalidade da RAS é, portanto, melhorar a qualidade da atenção à saúde bem como a utilização dos recursos.

Vamos refletir!

Você conhece as Redes de Atenção à Saúde disponíveis no território em que trabalha?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Mas, quais são os elementos que diferenciam uma Rede de Atenção à Saúde de um simples agrupamento de serviços e ambulatórios?

O Ministério da Saúde define as 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”¹³.

Uma das primeiras características dessa rede é que ela seja constituída de serviços de Atenção Básica à Saúde, os quais devem estar organizados de forma dispersa, o mais próximo possível das pessoas para o fácil acesso. Os locais de alta densidade tecnológica, como ambulatórios de especialidade e hospitais devem ser concentrados. As atividades ofertadas por cada um desses equipamentos devem ser muito bem definidas para que não haja duplicidade ou competitividade de ações. Cada um deve atuar de acordo com a sua capacidade de resolutividade.

O centro da RAS é composto pelos serviços da Atenção Básica, equipamentos que utilizam baixa densidade tecnológica. Por esse motivo, muitos gestores erroneamente a desvalorizam, por entenderem que não atendem casos difíceis e complexos. Ao contrário, são serviços que devem dar conta da maioria das demandas que a ela chegam. Se a Atenção Básica é o centro da RAS e a política de saúde local não a fortalecer, muito provavelmente não se chegará aos objetivos esperados.

A organização da RAS depende de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.



A **população** que vive no território da RAS deve ser profundamente conhecida. Por isso, é importante que seja realizado um levantamento das famílias e uma avaliação do território que ocupam. A população geral deve ser subdividida e estratificada conforme o risco em relação às condições de saúde estabelecidas¹⁴.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Alguns instrumentos permitem um melhor conhecimento da população da RAS, como a territorialização e o cadastramento de famílias. Com o auxílio de sistemas de informações efetivos pode-se identificar subgrupos de maior risco e, com isso, estruturar toda a rede de saúde necessária para o seu atendimento.



Estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco partes: as UBS como centro; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança¹⁴.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Entende-se por sistema de governança a capacidade de governar as relações entre as UBS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em direção aos objetivos comuns da RAS.

Uma das partes da estrutura operacional, que compõe o sistema de apoio, é a assistência farmacêutica. No capítulo da *Aula 4*, do livro *“Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”*, cujo conteúdo corresponde ao material de outro curso oferecido pelo projeto Atenção Básica, foram abordados os aspectos voltados à integração da assistência farmacêutica na RAS. Vamos lembrar?

“Deve-se entender que para a **assistência farmacêutica integrar a RAS** de forma sistêmica, ela deve prestar **serviços farmacêuticos por meio de atividades técnico-gerenciais** (seleção, programação, aqui-

sição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) na função de **apoio à rede** e, ofertar, nos diferentes pontos de atenção da RAS, o **cuidado farmacêutico**, na dimensão clínico-assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados aos indivíduos, família, comunidade e equipe de saúde”¹⁵.



O funcionamento das RAS é organizado por meio da adoção de um **modelo de atenção à saúde**. Dessa forma, articulam-se as relações entre as demandas da população e os diferentes tipos de intervenções em saúde, o que, por sua vez, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas (p.209)¹⁶.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

As condições agudas referem-se não apenas aos serviços de urgência e emergência, mas também a outros serviços da rede, como as UBS. Para que ocorra a otimização dos recursos em cada nível de assistência, é preciso organizar os serviços primários para o atendimento de urgências de menor gravidade. Caberá então aos hospitais e pronto atendimentos os casos que necessitem de recursos especializados.

As condições crônicas necessitam de acompanhamento por um longo período. Devido a sua proximidade e capacidade de atender a maior parte da demanda da população, esse cuidado deverá ser direcionado à atenção básica. No entanto, haverá, em algum momento dessa trajetória, para aquela parcela da população com maior risco, a necessidade de cuidado em outros níveis de assistência. A articulação entre eles é fundamental para a integralidade do cuidado. A carteira de ofertas, ou seja, as atividades que cada serviço dispõe deve ser baseada em evidências clínicas consistentes.

“O prontuário eletrônico é uma ferramenta útil no seguimento do usuário do sistema de saúde por toda a RAS, pois pode ser configurado para emitir lembretes e alertas. Além disso, se integrado com várias unidades de saúde, permite uma comunicação mais eficiente entre elas.”

»» A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Para exemplificarmos como funciona uma RAS na prática, apresentaremos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede propõe uma forma diferenciada de atenção à saúde mental com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção. Podemos observar, com base nos componentes apresentados a seguir, que os serviços se complementam no cuidado em saúde mental e cada um tem o seu papel.

Componentes da RAPS, de acordo com a Portaria nº 3.088/2011¹⁷:

I. Atenção Básica em Saúde: Como em toda RAS, na RAPS é a atenção básica que tem papel central e se constitui como primeiro componente. Segundo a referida portaria, a UBS:

[...] tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

II. Atenção psicossocial especializada: é o segundo nível de atenção da RAPS, formada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde atua uma equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

III. Atenção de urgência e emergência: as situações de crise de saúde mental que necessitam de cuidado hospitalar devem contar com o aporte do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), sala de estabilização, UPA 24 horas e unidades hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

IV. Atenção residencial de caráter transitório: são constituídos de Unidade de Acolhimento (UA) que oferecem cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

V. Atenção hospitalar: enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral.

VI. Estratégias de desinstitucionalização: constituída pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais, ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

VII. Reabilitação psicossocial: composta por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Como mencionamos anteriormente, o primeiro elemento de uma RAS é o conhecimento da sua *população*. No caso da RAPS, preconiza-se, por exemplo, uma modalidade de CAPS de acordo com o número de habitantes: CAPS I para municípios com mais de 20 mil habitantes, CAPS II para municípios com mais de 70 mil habitantes e CAPS III para municípios com mais de 200 mil habitantes. As modalidades de CAPS se diferenciam pelo número e pela variedade de profissionais, pelo seu horário de funcionamento e pelo leque de atividades ofertadas. Para municípios com menos de 20 mil habitantes a região de saúde deve se organizar para que vários municípios de portes semelhantes possam ter um único CAPS de referência. O conhecimento sobre quais são os transtornos mentais mais prevalentes auxilia na preparação dos profissionais no manejo de tais situações, seja nas unidades básicas, seja no nível secundário.

O município ou a região de saúde deve prover os *recursos estruturais* para que tais serviços possam atuar de forma efetiva. Assim, devem ser utilizados protocolos clínicos baseados em evidência, que determinem as ações dos diferentes níveis da RAPS. Complementam as ações de estrutura o estabelecimento efetivo da referência e contra referência, a logística de suprimentos, como medicamentos e materiais médicos hospitalares e o apoio diagnóstico. A Relação Municipal de Medicamentos (Remume) deve contemplar os principais transtornos mentais da população em questão.

Por fim, o *modelo* de atenção à saúde preconizado pela RAPS orienta a organização do acompanhamento de transtornos de caráter crônico, mas que necessitam de aporte nos momentos de agudização. Assim, tanto as UBS quanto os CAPS devem estar preparados para ofertar, dentro da agenda dos profissionais, momentos para o acolhimento dessas demandas. A rede de urgência e emergência e a retaguarda hospitalar também estão previstas para que se complete a integralidade do cuidado dentro da RAPS.

A Atenção Básica (AB) como ordenadora da RAS

Um município de médio porte, do interior, apresenta historicamente uma Atenção Básica à Saúde com cobertura para 100% de sua população. Apesar disso há uma grande insatisfação entre os usuários por não conseguirem agendar consultas na UBS ou nos ambulatórios de especialidade, quando são encaminhados. Cada equipe de AB é responsável por aproximadamente 5 mil pessoas. Apesar do sistema de informação permitir o levantamento das principais demandas, ele é pouco utilizado para estruturar a rede local. A mais recente determinação da Secretaria de Saúde dessa cidade foi impossibilitar a solicitação de exames pelos profissionais da AB, como o eletrocardiograma e a endoscopia digestiva alta. A justificativa para tal atitude foi o grande número de exames solicitados frente à oferta disponível gerando uma grande fila e aumentando a insatisfação dos usuários.

Vamos refletir!

O parâmetro utilizado pela Secretaria de Saúde, no caso apresentado anteriormente, para coibir a solicitação de exames pelos profissionais da APS foi correto?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

É comum encontrarmos municípios que estabelecem protocolos que impossibilitam os profissionais da AB de solicitarem determinados exames ou até mesmo de realizarem alguns procedimentos. Pode ocorrer também uma baixa resolutividade clínica nesse primeiro nível de atenção, demandando um maior número de encaminhamentos para as especialidades do nível secundário. Isso acontece quando uma rede de saúde não é ordenada pela AB ou quando esta executa de forma inapropriada os seus atributos.

Continuaremos a utilizar o termo “atenção básica” como equivalente à Atenção Primária à Saúde, assim como orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁸.

Mas, quais são esses atributos?

Na atenção básica, os principais atributos são:

Primeiro contato ou acesso: representa a entrada do paciente nos serviços de saúde. É um atributo essencial ao bom funcionamento e à racionalidade do sistema¹⁹. Se uma UBS não tiver um bom acesso estará falhando gravemente em sua função. Esse aspecto é determinado não só pelo local onde a unidade está situada, mas também pela organização da agenda local e por parâmetros populacionais.

Longitudinalidade: é o acompanhamento ao longo do tempo, o seguimento da pessoa através dos ciclos de vida. É pela da longitudinalidade que se constrói o vínculo entre os profissionais de saúde e a pessoa.

Integralidade: há vários conceitos diferentes sobre integralidade. O sentido mais apropriado para os atributos da atenção básica é que esta necessita ofertar um cuidado abrangente, com base nas necessidades de saúde da população. Refere-se ainda à carteira de serviços e atividades executadas na UBS¹⁹.

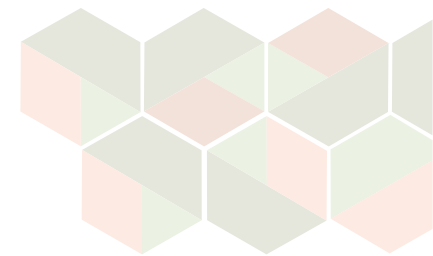
Coordenação do cuidado: está relacionado ao cuidado individual com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede¹².

A AB consegue determinar as necessidades de saúde da população por meio da disponibilidade do acesso, acompanhando ao longo do tempo e coordenando as várias ações de saúde prestadas às pessoas. Baseando-se nesse diagnóstico é que se deve estruturar a RAS, garantindo que a AB seja a ordenadora das suas próprias necessidades, assim como a responsável pela demanda para outros serviços.

Pode ser necessário, por exemplo, que os profissionais das UBS sejam capacitados para melhorar a sua resolutividade às demandas mais comuns. Portanto, as ações de educação permanente e atualizações clínicas, ofertadas pelas secretarias de saúde, devem levar em conta as necessidades trazidas pelos profissionais.

No caso citado anteriormente, a ampliação do número de equipes poderia melhorar o acesso. A estrutura da unidade deveria possibilitar a realização de exames de eletrocardiograma, através de protocolos estabelecidos, sem precisar de referenciamento. A carteira de serviços de uma unidade do primeiro nível de atenção, também deve ser norteada pelas necessidades da população. O mesmo raciocínio se faz para a quantidade e quais as especialidades ofertadas no nível secundário.

Por isso, a Atenção Básica à Saúde ocupa um papel central dentro da RAS, ou seja, uma rede que não é ordenada pelas necessidades da AB corre o risco de não se basear nas demandas da população e ser, portanto, menos efetiva.



Síntese da Aula

Nesta aula introduzimos a definição de saúde que dá base ao SUS. Esse conceito nos remete a um olhar amplo, pois contextualiza o indivíduo não apenas no seu aspecto biológico estrito, mas também em seu território, na sua família e na sua condição social. Foi por considerar a importância dos chamados determinantes sociais que o Brasil configurou o seu sistema.

A Constituição de 1988 determina que a saúde seja um direito de todos. Contudo, para que isso de fato se concretize é necessário entender quais são as atuais necessidades de saúde da população para que, com base nisso, os serviços se estruturam. Os dados atuais de morbimortalidade apontam que é necessário o enfrentamento da chamada tripla carga de doenças.

Nesse sentido, a Atenção Básica desempenha um papel importante, pois através de seus atributos tem a capacidade de fazer esse diagnóstico populacional. Um desafio que os 30 anos do SUS impõe é o de diminuir a fragmentação do cuidado. Como proposta ao enfrentamento dessa situação, baseada em experiências internacionais, propõe-se a formação da RAS.

Mais uma vez, destacamos que tais Redes devem ser ordenadas pela AB, ou seja, as necessidades de saúde encontradas representarão o alicerce de estruturação da própria AB, assim como de todo o sistema. Agora que você que já assimilou esses conceitos, abordaremos na aula seguinte a importância de se compreender as dimensões do cuidado em saúde, como isso pode ser realizado dentro de um sistema integrado e quais são os instrumentos que nos auxiliam na coordenação à saúde.

Referências

1. Scliar M. História do Conceito de Saúde. Physis: Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007 [acesso em 5 maio 2019];17(1):29-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, Oct. 2006 [acesso em 5 maio 2019]. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
3. Segre M, Ferraz FC. O Conceito de Saúde. Rev Saúde Pública, 1997 [acesso em 5 maio 2019];31 (5): 538-42,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>
4. Boorse C. Health as a theoretical concept. Philosophy of Science, 1997;44 (4):542-573.
5. Buss MB, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, set. 2006;22(9):2005-2008.
6. Zioni F, Westphal MF. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. Saúde Soc. São Paulo, 2007;16(3):26-34.
7. Buss MB, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007;17(1):77-93.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso em 02 nov. 2020]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp

9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 23 jan. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
10. Vasconcelos CP, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Agência IBGE Notícias, 25 jul. 2018; atualizado em 1 ago. 2018 [acesso em 14 de abril 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
12. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde: uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-18.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 30 dez. 2010.
14. Mendes EV. As Redes de Atenção de Atenção à Saúde: Revisão. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. p 85-87.
15. Costa KS, Tavares NU. A Integração sistêmica da Assistência Farmacêutica. In: Projeto Atenção Básica: Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das Práticas de Cuidado na Equipe de Saúde. Módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde, Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde; 2019.
16. Mendes EV. As Redes de Atenção de Atenção à Saúde: Revisão. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 23 dez. 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
19. Gusso G, Machado LBM. Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2019. p. 32-33.

Autora

Fernanda Plessmann de Carvalho

Médica de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e titulada em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Supervisora Médica pela Organização Social Associação Congregação de Santa Catarina (OS Santa Catarina).