

Redes de atenção à saúde: conhecimentos fundamentais para o Técnico em Saúde Bucal

Networks of health care: fundamental knowledge for dental hygienists

Leonardo Carnut¹
Juliana Faquim²

Resumo

A complexidade do trabalho em saúde aliada ao avanço da ciência e da tecnologia conferem uma diversidade de possibilidades de tratamento para as enfermidades humanas. Isso faz com que as organizações de saúde foquem suas atividades na prestação de determinados serviços específicos, e um único local não “dá conta” de todo o serviço, exigindo muitas vezes que essas organizações de saúde se apoiem umas nas outras e estejam em permanente contato para satisfazer por completo a necessidade do indivíduo. Essa interdependência entre diferentes organizações é crucial para a completude dos tratamentos na área de saúde e na prestação de um serviço com a qualidade adequada. Essa característica peculiar é que faz com que os serviços de saúde precisem estar organizados em formato de rede. O objetivo principal deste artigo é explicitar o conhecimento fundamental sobre redes de atenção à saúde, que um Técnico em Saúde Bucal deve saber. Noções da importância na prestação dos serviços de saúde, sua configuração e seus elementos constitutivos são imprescindíveis para uma melhor compreensão pelo Técnico em Saúde Bucal da Rede de Atenção, permitindo melhor qualificação técnica e crítica.

Abstract

The complexity of healthcare work together to advance science and technology provide a variety of treatment possibilities for human diseases. This makes healthcare organizations focus their activities in the provision of specific services, and a single site does not realize the whole service, often requiring that these health organizations are supporting each other and are in constant contact to full fill the need of the individual. This interdependence between different organizations is crucial for the completeness of treatments in health care and the provision of a service with the appropriate quality. This peculiar feature is that it causes health services need to be organized in network format. The main purpose of this article is to explain the fundamental knowledge about networks of health care, a dental assistant should know. Understanding the importance in the provision of health services, its configuration and its constituent elements are essential for a better understanding by the dental assistant network of attention, allowing for better technical and critical skills.

Descritores: PSF, SUS, Saúde Bucal, Revisão de literatura com um tópico, Odontologia em saúde pública, assistentes de odontologia

Keywords: Family Health Programme, Unified Health System, Literatura review as a topic, public health dentistry, dental assistants.

¹ Professor do curso de Odontologia da Universidade de Pernambuco Campus Arco verde e de Saúde Coletiva Campus Recife

² Professora do Curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia

Para correspondência:
Leonardo Carnut
E-mail: leonardo.carnut@gmail.com

Data da Submissão: 30/03/2014
Data do Aceite: 30/03/2014

Introdução

Com o avanço da ciência e a complexidade do trabalho em saúde temos disponível hoje uma diversidade de possibilidades de tratamento para as enfermidades humanas.

Frente a essa gama de possibilidades, aliado aos preceitos da administração científica, é comum nas sociedades modernas que as organizações (entendidas aqui como “empresa pública”)¹ foquem suas atividades na prestação de determinados serviços específicos. Por exemplo: Uma lanchonete tende a servir apenas “sanduíches” aperfeiçoando seus serviços nessa área. Raramente ela trabalhará com “almoço no peso” mesmo sendo um serviço do mesmo ramo (alimentação).

Podemos tomar o exemplo anterior, de forma análoga, para o setor saúde. Os serviços de saúde também tendem a focar suas atividades em serviços específicos. Desta forma é mais fácil garantir que eles alcancem seus objetivos com qualidade. É muito raro hoje em dia, a existência de grandes serviços de saúde (como os hospitais gerais, por exemplo) onde você pode realizar todos os procedimentos em um só local.

Entretanto a prestação do serviço, no setor de alimentos, se esgota em uma única organização. Ou seja, você vai à lanchonete, come e satisfaz totalmente sua necessidade naquele local. Diferentemente, nas organizações de saúde, o serviço muitas vezes não se esgota em um único local exigindo, portanto que as organizações prestadoras de serviços de saúde estejam em permanente contato para satisfazer por completo a necessidade do indivíduo.

Essa interdependência entre diferentes organizações é crucial para a completude dos tratamentos na área de saúde e na prestação de um serviço com a qualidade adequada. Essa característica peculiar é que faz com que os serviços de saúde precisem estar organizados em formato de rede.

O objetivo principal deste artigo é explicitar o conhecimento fundamental sobre redes de atenção à saúde, que um Técnico em Saúde Bucal deve saber. Sua importância na prestação dos serviços de saúde, sua configuração e seus elementos constitutivos são imprescindíveis para uma melhor compreensão pelo técnico do local que este pode ocupar na rede. Assim, esse artigo partiu da premissa que, o

conhecimento sobre redes deve estar necessariamente articulado ao que seria uma rede de atenção à saúde bucal ideal e como esta pode ser construída no cotidiano do SUS, especialmente em âmbito municipal.

Mas antes de adentrarmos no conceito de redes, precisamos resgatar um pouco uma diretriz fundamental no SUS: a hierarquização.

Hierarquização: uma base para a compreensão e evolução em direção ao conceito de rede de atenção à saúde

Uma das diretrizes do SUS que devem ser levadas em consideração na constituição das redes de atenção se trata da hierarquização dos serviços.

Hierarquização da atenção à saúde (ou níveis de atenção à saúde) é a diferenciação do perfil assistencial (prestação do serviço de saúde) de uma organização em relação à outra gerando uma hierarquia na utilização (ou seja, um serviço deve ser utilizado primeiro do que outro). Os serviços são hierarquizados levando em consideração três aspectos fundamentais:

a) O perfil de morbidade (ou perfil de adoecimento):

O perfil de morbidade é um rol (ou um catálogo) de doenças que uma determinada organização está pronta para atender. As organizações de saúde tendem a se concentrar no atendimento das doenças segundo sua frequência na população ou segundo sua complexidade no tratamento dispensado ao usuário.

b) a densidade tecnológica embutida nos serviços prestados:

Entende-se por densidade tecnológica, a “quantidade de tecnologia” incorporada em um processo de trabalho. Quando falamos em tecnologia tendemos a pensar imediatamente em máquinas automáticas e aparelhos complexos.

Entretanto a tecnologia não está presente apenas nessa aparelhagem eletrotécnica. Ela está presente também em materiais simples como papel, caneta, mapas de produção, estetoscópio, esfigmomanômetro etc. Por isso podemos classificar a tecnologia em 3 tipos distintos:

i) tecnologias leves (ou “pouco densas”): são aquelas de larga produção e baixo custo. Não requerem um treinamento

sofisticado para o uso e são rapidamente incorporadas no dia-a-dia das pessoas.

Ex.: O mapa de produção, o glicosímetro, a escova de dente, o flúor gel etc.

ii) tecnologias duras (ou “densas”) : são aquelas de produção restrita e de custo moderado. Requerem um treinamento técnico para sua operação. São equipamentos restritos ao uso dos técnicos na área de saúde, cujas pessoas leigas não conseguem operá-los adequadamente sem terem frequentado cursos na área de saúde.

Ex.: Os sistemas de informação em saúde, o otoscópio, as limas endodônticas etc.

iii) tecnologias extra duras (ou “muito densas”): são aquelas de produção limitada e de alto custo. Requerem um treinamento muito sofisticado para sua operação. São equipamentos de uso limitado e destinados aos que saibam operar essas máquinas. Nem todos os profissionais de saúde apresentam formação para lidar com elas, necessitando de cursos específicos para esses equipamentos.

Ex.: tomógrafos, cateteres coronarianos, sistema de placas/parafusos para redução de fraturas etc.

c) Capacitação (Qualificação) Profissional

Os profissionais de saúde (assim como nos outros setores da sociedade) podem se qualificar em determinadas áreas de trabalho.

Quando falamos em capacitação profissional, não estamos falando do nível educacional dos profissionais (ensino médio, ensino profissionalizante ou nível superior) estamos nos referindo ao fato do profissional estar ou não capacitado para desempenhar determinado trabalho na função que ocupa. Por exemplo: um cirurgião-dentista ortodontista é um profissional qualificado, mas para trabalhar no Programa de Saúde da Família, sua qualificação não é interessante, pois para o exercício de sua função, habilidades técnicas em ortodontia não são requeridas.

Então, a capacitação profissional significa o quanto um profissional tem uma formação adequada à determinada função específica. Isso é importante que fique claro, porque no pensamento popular é normal admitirmos que os profissionais que são “especialistas” são mais qualificados em relação aos “generalistas” (clínicos gerais). Isso é um erro muito comum! Na realidade a qualificação está diretamente relacionada à função que o profissional ocupará na organização. No nosso exemplo do “ortodontista”, ele está devidamente qualificado para assumir a especialidade da Ortodontia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), entretanto sua especialidade não acrescenta em nada na função de Cirurgião-Dentista de Família.

De acordo com essas três características da hierarquização, os serviços de saúde no SUS são divididos em 3 níveis de hierárquicos:

1o. Nível: Serviços de Atenção Primária (ou atenção básica): São aqueles que tratam dos problemas de saúde mais frequentes na população (em torno de 80% destes – ou seja, tem que resolver um perfil de morbidade muito grande), dispõem de tecnologia leve para resolver esses problemas e possuem profissionais generalistas quanto a sua capacitação profissional.

2o. Nível: Serviços de Atenção Secundária (ou de média complexidade): São aqueles que tratam dos problemas de saúde menos frequentes na população (em torno de 15% destes – ou seja, tem que resolver um perfil de morbidade pequeno), dispõem de tecnologia dura para resolver esses problemas e possuem profissionais especialistas quanto a sua capacitação profissional.

3o. Nível: Serviços de Atenção Terciária (ou de alta complexidade): São aqueles que tratam dos problemas de saúde mais raros na população (em torno de 5% destes – ou seja, tem que resolver um perfil de morbidade muito reduzido), dispõem de tecnologia extra dura para resolver esses problemas e possuem profissionais ultra especializados quanto a sua capacitação profissional. Na figura abaixo você pode ver esquematicamente como se organizam os três níveis de atenção:

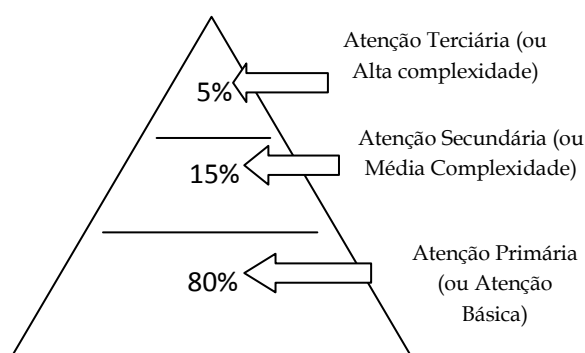


Figura 1. Pirâmide de Hierarquização e os níveis de hierarquia dos serviços de saúde, 2014.

Fonte: Figura elaborada pelo autor

Obviamente, como a Administração prega que cada organização tenha sua missão estabelecida e focada, existem organizações cuja missão é prestar serviços de atenção primária, já outras focam na atenção secundária e outras na atenção terciária.

Outros autores^{2,3} classificam a atenção secundária e terciária como serviços especializados, diferenciando-os apenas pelo quesito tecnológico. Entretanto, essas divisões não são únicas. Existem outras divisões e cada autor propõe uma forma diferente, contudo a divisão dos serviços apresentada aqui nesse material é a mais conhecida e mais utilizada em vários estudos e na prática gerencial dos serviços.

Esse conceito de hierarquização é fundamental para compreendermos como funciona uma rede. Os serviços que devem ser primeiramente utilizados pelos usuários são os de primeiro nível de hierarquia (atenção primária). Somente após a utilização desses serviços é que os serviços do segundo ou do terceiro níveis podem ser utilizados (salvo algumas exceções).

Uma vez que entendemos como os serviços são hierarquizados, será muito mais simples entendermos agora o conceito de *redes de atenção à saúde*.

Conceito de redes de atenção à saúde

Para Eugênio Vilaça Mendes² as *Redes de atenção à saúde* são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por

uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Os sistemas de saúde modernos buscam organizar a distribuição das suas organizações de saúde seguindo esse conceito de rede disposto por Mendes². Para compreendermos melhor esse conceito, precisamos destacar alguns termos:

a) Organizações poliárquicas: Trata-se de uma hierarquia com certa flexibilidade. Por exemplo: os “serviços de saúde” que tem como porta de entrada preferencial uma organização específica (como já vimos: aquelas que prestam serviços de atenção primária), no entanto não possui um “caminho” rígido de utilização. Logo, após ter entrado pela atenção primária, um usuário pode acessar a atenção terciária sem necessariamente passar pela atenção secundária, ou ainda ele pode utilizar um serviço de apoio e voltar para atenção primária. Obviamente, esse “caminho”, que a partir de agora chamaremos de *fluxo assistencial*, depende de cada caso.

b) Ação cooperativa e interdependente: Significa que as organizações de saúde devem colaborar entre si no “envio” (*referência*) e no “recebimento” (*acolhimento*) do usuário. Além disso, devem ter em mente que a completude do tratamento depende da ação *mútua* prestada pelos serviços, ou seja, da *interdependência* das ações.

c) Atenção Contínua e Integral: Simboliza que a prestação de serviços de saúde seja *ininterrupta* e garanta a utilização de *todos os serviços necessários* para o tratamento do usuário *até a extinção/controlado do problema*. Muitas vezes isso requer que a o usuário saia da rede de saúde local e entre em redes geograficamente maiores.

d) Coordenação da Atenção Primária: A atenção primária deve ser a *porta de entrada* que guia o fluxo assistencial do usuário dentro do sistema. Aquilo que não for resolvido na atenção primária deve tê-la como coordenadora do fluxo, garantindo que o usuário irá utilizar o serviço

especializado corretamente sem indisponibilidade de vagas e “viagens perdidas”.

e) **Responsabilidade Sanitária e Econômica:** Trata-se da responsabilidade do gestor do sistema sobre o usuário proporcionando que o mesmo conclua seu tratamento alcançando o êxito. Além disso, uma vez que o usuário adentre o sistema, o gestor deve se responsabilizar pelos custos no deslocamento dentro da rede de serviços.

Como vemos alcançar uma *rede de atenção à saúde* com todas as características descritas nesse conceito é um desafio diário na construção dos sistemas de saúde.

Já vimos anteriormente que cada organização se foca em um serviço. Para que tenhamos uma *rede em saúde*, não podemos dispor apenas de *várias organizações* que prestam o *mesmo serviço*. Por exemplo: não adianta termos várias unidades de saúde que fazem atenção primária, sem serviços de atenção secundária disponíveis. Fatalmente alguns usuários *não teriam* seu tratamento *completado* pela indisponibilidade desses últimos.

Para ilustrar esse exemplo na área de saúde bucal podemos pensar no que acontece quando o paciente é atendido no PSF. Nesta organização, o cirurgião-dentista retira a lesão cáriosa do dente, mas pode perceber que, para completar o tratamento é necessário “fazer o canal”. O tratamento de canal (endodôntico) é um serviço especializado e que muitas vezes não está disponível em alguns municípios, portanto, neste caso, *não* podemos dizer que há uma rede de atenção para a saúde bucal.

Depois desse exemplo fica claro que ao se construir uma rede, precisamos ter alguns *elementos mínimos* que a constitui, como iremos ver a seguir.

Elementos operacionais de uma rede de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde devem possuir alguns elementos fundamentais para seu perfeito funcionamento². São eles:

a) *Serviços de Atenção Primária*

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos do sistema de

atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde (unidade de atenção primária à saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família).

b) *Serviços de Atenção Secundária e Terciária*

Os pontos de atenção secundários e terciários, os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular.

Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente.

c) *Serviços de Apoio*

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.

d) *Serviços de Logística*

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contra referência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde.

Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

e) *Serviços de Governança*

A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação,

aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita.

Entretanto, devida a complexificação do trabalho em saúde, é difícil que consigamos atingir uma *visão holística* (visão geral) dos indivíduos se não organizamos a *produção do cuidado* das redes em linhas de atenção que facilitem o fluxo assistencial dos usuários. Entenderemos esse conceito a seguir:

Linhas de produção do cuidado

Os cuidados em saúde devem ser organizados de acordo com a realidade epidemiológica local. Apesar da ampla capacidade da atenção primária de resolver 80% dos problemas de saúde/doença de uma população, sempre haverá aqueles problemas que escapam da resolução da atenção primária sendo necessário que sejam conduzidos a outros níveis de atenção.

Na orientação do usuário para outros níveis de

Elementos Organizacionais (Pontos de Atenção) de uma Rede Municipal de Atenção à Saúde Bucal					
Serviço	Principais Características Organizacionais				
	Organização de Saúde	Cobertura Populacional	Recursos Humanos (Mínimos)		
			Nível superior	Nível Técnico	Nível Auxiliar ou Elementar
Serviços de Atenção Primária	Unidade de Saúde da Família	4.000 a 8.000 habitantes (dependendo da proporção adotada 1:1 ou 2:1)	Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia de saúde da família. 1 Cirurgião-dentista generalista Tantas equipes necessárias para cobertura total do território municipal	1 Técnico de Saúde Bucal	1 Auxiliar de Saúde Bucal
	Unidades Básicas Tradicionais	30.000 habitantes	2 Cirurgiões-dentistas generalistas	-	4 Auxiliares de Saúde Bucal
Serviços de Atenção Secundária	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	15.000 a 20.000 habitantes (em média)	1 Cirurgião-dentista Endodontista 1 Cirurgião-dentista Cirurgião BMF, 1 Cirurgião-dentista Periodontista 1 Cirurgião-dentista Estomatologista 1 Cirurgião-dentista especialista em Pacientes Especiais) Além desses acima preconizados por portaria ministerial, devido a importância epidemiológica deve-se ter também: 1 Cirurgião-dentista Protesista 1 Fisioterapeuta especialista em Distúrbios Têmporo-mandibulares 1 Fonoaudiólogo Motricista Oral	1 Técnico de Saúde Bucal (opcional - para realização de tomadas radiográficas)	5 Auxiliares de Saúde Bucal
	Policlínicas ou Centros de Saúde (Unidades Especializadas de Referência)	30.000 habitantes (em média)	03 Cirurgiões-dentistas (especialidades a depender da realidade epidemiológica local)		3 Auxiliares de Saúde Bucal
	Hospital Municipal	30.000 habitantes	8 Cirurgiões-dentistas urgencistas (para urgências odontológicas) a depender do porte populacional e da localização geográfica pode precisar: 2 Cirurgiões e Traumatologistas Bucomaxilofacial 1 Cirurgião-dentista especialista em Pacientes Especiais (para procedimentos sob anestesia geral)		

Serviço de Apoio	Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)	Sem número definido		1 Técnico em Prótese Dentária (TPD)	1 Auxiliar de Prótese Dentária (APD)
	Laboratório de Referência Municipal (LRM)	100.000 habitantes	1 Patologista bucal	1 Técnico em Biodiagnóstico	-
	Policlínica ou Centro de Radiologia	25.000 habitantes	1 Radiologista Dentomaxilofacial	1 Técnico em Radiologia	
	Farmácia Central	Sem número definido	1 Farmacêutico	-	1 Auxiliar de Farmácia
	Almoxarifado Central	Sem número definido	-	1 Técnico em Saúde Bucal (para gestão de materiais odontológicos)	-
Serviços de Logística	Diretoria de Regulação (Regulação em Saúde Bucal)	Sem número definido	1 Cirurgião-dentista Sanitarista	1 Técnico de Registros de Informação em Saúde	-
	Transporte Sanitário	Sem número definido	-	-	2 Motoristas
	Diretoria de Vigilância em Saúde (Vigilância em Saúde Bucal)	Sem número definido	1 Cirurgião-dentista Sanitarista	1 Técnico em Saúde Bucal 2 Técnicos de Manutenção de Equipamentos Odontológicos	-
Serviços de Governança	Secretaria de Saúde (Coordenação Municipal de Saúde Bucal)	Sem número definido	1 Cirurgião-dentista Sanitarista	2 Técnicos de Saúde Bucal	-
	Conselho Municipal de Saúde	Sem número definido	4 Cirurgiões-dentistas (representantes da atenção primária, secundária, terciária e gestão)	-	-

Quadro 1. Elementos organizacionais e seus pontos de atenção em uma rede municipal de atenção à saúde bucal. 2014

Fonte: Pesquisa direta

atenção, é necessário focar em que evento de saúde o cuidado deverá ser produzido. Para isso um “projeto terapêutico” central guiará o usuário ao longo de uma *linha de produção do cuidado* que parte da atenção primária e se finda na atenção terciária⁴.

Essa linha de cuidado são procedimentos que são integrados pela semelhança de conhecimentos técnicos, pela semelhança de procedimentos e consequentemente pelos mesmos profissionais organizados (em organizações diferentes) que focam suas atividades em determinados *grupos de problemas de saúde*. Por isso as *linhas de produção do cuidado* podem ser classificadas em:

a) *Longitudinais* (ou por “Ciclo de vida”):

São aquelas que focam nas *etapas da vida* dos indivíduos, observando as peculiaridades de cada etapa de vida.

Ex.: Saúde da Gestante, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto e Saúde da Pessoa Idosa.

As linhas de cuidado longitudinais são as mais antigas e as mais estudadas na saúde pública. Elas gozam de uma importância particular, pois oferecem a oportunidade de acompanhamento da *história do indivíduo ao longo da vida*. Isso favorece a integralidade do cuidado, já que muitas doenças da fase adulta são consequências de uma infância não-saudável⁵. Além disso, favorece a observação dos efeitos das ações de promoção da saúde em fases anteriores demonstrando que essas ações em etapas da vida mais tenras permitem que a pessoas alcancem fases mais posteriores da vida de forma saudável.

b) *Transversais*

São aquelas que focam *uma parte do corpo dos indivíduos* que requerem cuidados especiais.

Ex.: Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde Ocular, Saúde Auditiva etc.

Elas são chamadas de “transversais” porque perpassam por todas as fases da vida dos indivíduos, ou seja, devem estar em cooperatividade intensa com as linhas de cuidado longitudinais.

Essas linhas de cuidado transversais geralmente foram *negligenciadas historicamente pelo Estado* e pela sociedade por não aparecerem em estatísticas oficiais como causa de óbitos. Por raramente não gerarem óbitos, elas, durante muito tempo, foram consideradas como desimportantes pelo poder Estatal que passou décadas para responder a essa demanda social a contento. Sabe-se da importância na implantação dessas linhas pois, mesmo não gerando óbitos, acarretam muitas sequelas nos indivíduos tornando-os improdutivos para vida social.

c) Pontuais (ou por “Condições de Vida”)

São aquelas linhas que focam suas atividades em *uma doença específica*.

Ex.: Controle do Diabetes Mellitus, Controle da Hipertensão Arterial, Saúde dos Portadores de Deficiência, Controle da AIDS etc.

Linhas pontuais são idealizadas quando uma localidade, região, estado ou nação apresenta um problema de saúde emergente e que geralmente provoca muitos óbitos impactando nas estatísticas vitais oficiais. Tradicionalmente as linhas pontuais estão ligadas às atividades de saúde realizadas em Modelos de Atenção Campanhistas. Apesar das críticas que essas linhas sofrem por trabalharem o ser humano reduzindo-o a uma doença, elas são necessárias, pois a intervenção rápida em doenças agressivas requerem políticas *focalizadoras* para apaziguar o problema através de medidas muito específicas.

Desenho de uma rede de atenção à saúde

Ainda que seja com as mesmas *organizações de saúde*, uma rede de atenção nunca é a mesma quando aplicada a diferentes localidades. Para se desenhar uma rede de atenção com todos os serviços disponíveis e sem exageros (para não implantar serviços em demasia gerando ociosidade) é necessário o estudo da população e das condições de infraestrutura que a área geográfica dispõe. Além disso, já vimos que os

serviços de saúde não são feitos apenas por máquinas, pelo contrário, são altamente dependentes de recursos humanos. Então é imprescindível termos os recursos humanos adequados a cada linha de atenção para que a rede se construa de forma correta.

Na linha de cuidado de Saúde Bucal podemos construir a rede de atenção à saúde bucal da seguinte forma:

Observe (quadro 1) a quantidade de organizações e profissionais que devemos dispor para construirmos apenas uma linha de cuidado em rede. A partir desses dados é possível construir uma rede de atenção ideal para a linha de cuidado da Saúde Bucal.

Para se desenhar uma rede de atenção, algumas regras estabelecidas ajudam na distribuição das organizações dentro de uma área a ser coberta.

Regra de ouro:

Garantir o acesso do usuário ao serviço que ele necessita.

1ª regra:

Serviços de Atenção Primária devem ser mais espalhados espacialmente

2ª regra:

Serviços de Atenção Secundária devem ser medianamente concentrados espacialmente.

3ª regra:

Serviços de Atenção Terciária devem ser altamente concentrados espacialmente.

Essas regras seguem a lógica da *hierarquização* que vimos no início do capítulo. Obviamente é mais fácil termos serviços com pouca incorporação tecnológica mais espalhados espacialmente do que serviços com alta tecnologia incorporada. Nesse meio termo ficam os serviços de atenção secundária que por ora são mais concentrados, a depender da tecnologia utilizada na especialidade que se refere, ou em outros momentos são mais espalhados, devido a um uso de uma tecnologia mais leve em determinada especialidade.

A medida exata entre concentração e desconcentração de organizações e serviços de saúde é um desafio importante na construção de

redes de atenção, principalmente quando se trata de desconcentração de serviços de atenção secundária. É necessário observar se a organização que presta esse serviço está em “pleno vapor”, ou seja, está de fato com sua capacidade instalada saturada de demanda, antes de investir na abertura de um novo serviço de atenção secundária. Isso é interessante, pois muitas vezes com algumas modificações a nível organizacional (gerencial) a unidade acomoda mais uma demanda sem necessariamente gastar recursos financeiros abrindo novas frentes assistenciais.

Contudo é pertinente lembrar que, a quantidade de organizações de saúde vai variar de acordo com a população para qual a rede está sendo tecida. Não faz sentido, por exemplo, colocar um serviço de atenção secundária em um distrito de que só tenha 1.500 habitantes por exemplo. Quando isso acontece o serviço fica ocioso, perde-se em qualidade de atendimento (pois se torna raro o profissional realizar uma intervenção) e os equipamentos rapidamente sucateiam pelo desuso. Além disso, a área geográfica é fundamental na localização das organizações que vão prestar os serviços. Áreas rurais são mais desprovidas de infraestrutura rodoviária que garanta acesso a alguns serviços, logo como a “regra de ouro” na configuração de redes é SEMPRE garantir o *acesso*, então geralmente os serviços de logística do tipo *transporte sanitário* são acionados para que os usuários não fiquem sem ter como acessá-los.

Principais problemas na construção de uma rede de atenção à saúde

Tecer uma rede de atenção na imaginação é relativamente fácil, o problema centra-se em implantá-la e geri-la de uma forma que todos os fluxos sejam respeitados e que o usuário tenha seu direito de acesso garantido na prática.

Teoricamente, as redes de atenção são idealizadas de forma primorosa, entretanto, no cotidiano as redes encontram algumas dificuldades que “travam” o fluxo assistencial e o usuário não tem garantido a “integralidade do seu cuidado”. Vamos agora analisar criticamente alguns problemas que acontecem na prática da configuração das redes de atenção.

De uma forma geral, as redes de atenção à saúde:

a) *Dependem do uso da tecnologia da informação;*

Atualmente, com o avanço da informática há a possibilidade de armazenamento de dados e automatização de serviços de forma muito mais rápida e segura, portanto não se justifica que os serviços de saúde não estejam também devidamente informatizados garantindo um trabalho mais preciso com as informações em saúde.

Para a configuração dos serviços em rede, é imprescindível que estes estejam informatizados com tecnologia de internet que garantam a comunicabilidade em tempo real desses serviços entre si. A comunicação em tempo real entre as organizações além de permitirem a organização do Sistema de Referência e Contra referência garantindo a vaga do usuário no serviço a que foi encaminhado, pode ainda permitir a troca de informações através do prontuário eletrônico que pode ser compartilhado via internet por vários profissionais.

b) *Dependem de uma “política de saúde indutora” que vincule recursos;*

Por mais que um Prefeito ou Governador tenha boa vontade na implantação e execução de determinada política pública, o paternalismo federal ainda vigora nas relações políticas entre os diversos entes federados forçando os entes subnacionais (estados e municípios) a dependerem dos *incentivos financeiros* advindos do governo federal.

Para que as ações de uma política de saúde aconteçam na prática dos serviços ela deve estar pautada em uma política pública de saúde que agregue recursos (materiais e/ou financeiros) para execução desses serviços.

Quando uma ação de saúde não está preconizada por uma política pública, o seu financiamento fica ameaçado pelo *ciclo político* que ocorre no executivo e legislativo de municípios e estados. Em outras palavras, a rede fica frágil e facilmente se desfaz pela troca de gestão. Ao contrário, quando uma política pública de saúde é outorgada pela casa legislativa de determinada esfera de gestão, garantindo-lhe recursos próprios, é mais difícil promover sua anulação e/ou desvio de verbas. Além disso, estas ações ficam mais sustentáveis ao longo do tempo e

resistentes frente às disputas político-partidárias sofrendo menos impacto em sua estrutura, e portando, garantindo a continuidade das ações mesmo em governos diferentes.

c) *Transcendem os espaços geopolíticos;*

Para serem configuradas, as redes de atenção dependem também da população a ser coberta. Os serviços de atenção terciária precisam cobrir uma população grande, para que seja custo-efetivos. Entretanto muitas cidades não apresentam a população necessária para instalação de serviços de atenção terciária, logo nesses casos, essas cidades devem organizar sua rede própria até a atenção secundária e fatalmente ela dependerá de serviços de atenção terciários disponíveis em outros centros urbanos.

Isso faz com que a rede de atenção ultrapasse o âmbito (geográfico e político) de um município para que ela se estabeleça sua integração. Contudo, quando os usuários necessitam da atenção terciária eles precisam se deslocar de suas cidades para terem atendimento em outra localidade gerando o inconveniente de não receber a atenção em seu município-domicílio. Outra questão ainda trata-se da gerência da rede de atenção, que por se tratar de municípios diferentes promovem uma desconexão entre os serviços de atenção secundária (que se encontra em municípios de menor porte) e os serviços de atenção terciária (que se encontram nos municípios de maior porte) e o usuário fica “perdido” neste fluxo e finda por não conseguir acesso garantido nos serviços de alta complexidade.

d) *Dependem da gestão de diferentes esferas governamentais;*

Em legislação, se preconiza que a gestão municipal deve ser a provedora de todos os níveis de atenção em um município (primária, secundária e terciária). Todavia, na prática isto tem sido bem diferente.

Os níveis de atenção de menor densidade tecnológica (atenção primária, e alguns serviços de atenção secundária) são prioritariamente executados pelos municípios por serem baratos e de amplo alcance epidemiológico. Entretanto para que uma rede de fato exista, é necessário que ela se complete com os serviços de atenção terciária.

Naturalmente mais caros devido a alta incorporação tecnológica, os municípios não

investem na atenção terciária, restando para o Estado assumir o investimento na atenção terciária para completar a rede assistencial.

Isso gera problemas de ordem gerencial importante, pois emergem dois tipos de gestão sobre a mesma rede, a gestão feita pelo município (SUS-municipal) e a gestão exercida pelo estado (SUS-estadual). Na prática essas gestões apresentam sérios problemas de comunicabilidade, desde ao uso de práticas gerencias distintas, até sistemas de informática que não conversam entre si. Nessa perspectiva, é muito difícil garantir o acesso do usuário ao serviço de atenção terciária se não há acordos bilaterais e monitoramento do cumprimento desses acordos entre a gestão municipal e a estadual de saúde.

e) *Requerem profissionais de saúde escassos em algumas regiões;*

Muitos profissionais de saúde são necessários para configurar uma rede de atenção, mas em alguns estados existem determinadas áreas que não apresentam universidades e não geram recursos humanos de nível superior que possam assumir atividades nas redes de atenção.

Pelo fato das universidades se concentrarem nas grandes capitais, os profissionais recém-formados tendem a se concentrar onde obtiveram sua graduação principalmente pelo argumento de melhor possibilidade de progressão de seus estudos.

Com isso as regiões interioranas dos estados sofrem com a falta de profissionais (em especial o profissional médico), pois há uma carência desses profissionais no mercado, e os salários oferecidos pelas prefeituras não seduzem o profissional que prefere ganhar menos nas grandes capitais e poder continuar sua formação através das especializações do que migrar para o interior e não ter perspectiva de aperfeiçoamento profissional.

Este é um dos temas mais “calorosos” na discussão das redes de atenção, porque quando se trata de atuação profissional, cada categoria quer defender suas reivindicações tentando-se proteger/ganhar vantagens sobre o sistema fortalecendo o poder de barganha da categoria. Daí nasce todos os tipos de acordo possíveis (flexibilidade de horário, perda/ganhos de garantias individuais como férias, aposentadorias e etc.).

No entanto nesse jogo político algumas categorias, que tem a seu favor a “lei do mercado”, acabam “abocanhando” uma “fatia” maior de dinheiro e de vantagens em detrimento de outras categorias gerando sérias disputas de interesses entre os profissionais das equipes de saúde. O fato é que a *rede não funciona sem profissionais*, mas também *não funciona com profissionais insatisfeitos* que geralmente trabalham sem comprometimento nenhum como sistema.

Algumas alternativas de solucionar essa questão estão sendo propostas pelos estudiosos da área e do governo. Estas giram em torno do “serviço civil obrigatório”, interiorização de especializações do tipo residência, e até mesmo consórcios intermunicipais, no entanto esse é um problema difícil e requer uma análise mais ampla do problema.

f) *Sofrem influência da infraestrutura rodoviária precária.*

Configurar uma rede de atenção (em especial as que escapam aos limites municipais) termina por depender de uma estrutura rodoviária ótima que agilize o processo de busca pelos serviços requeridos.

Todavia, a maior parte das estradas brasileiras não tem conservação periódica e são precárias. Muitas destas ainda se encontram sem asfalto e as que são asfaltadas não suportam grandes precipitações de chuvas. O resultado dessa falha na infraestrutura resulta na impossibilidade dos usuários de acessarem os serviços da rede quando estes se encontram em outra localidade.

Casos como esses acontecem diariamente nas redes de atenção, entretanto só ganham notoriedade quando os usuários vão a óbito por não conseguirem chegar nos serviços a tempo. Temos que admitir que procurar serviços de saúde não é uma tarefa prazerosa. Nós temos uma cultura assistencialista de procurarmos os serviços apenas quando estamos doentes e quando não conseguimos mais suportar a situação (de dor ou incômodo). Pode ser que a dor ou incômodo do paciente não seja nada, mas até que se descubra do que se trata, as vias de acesso à chegada no serviço devem estar livres e em excelente estado de conservação. Em alguns casos essa é a diferença que faz um paciente estar vivo ou morto.

Conclusão

Em suma, esses são os principais conceitos relativos à constituição das redes de atenção à saúde que devem fazer parte do arcabouço teórico que um Técnico em Saúde Bucal deve saber.

Tecer redes de atenção à saúde, não é uma tarefa fácil. No cotidiano dos serviços, todos os profissionais que os compõem corroboram para funcionalidade (ou não) dessa rede a partir de suas ações em suas organizações de saúde. Compreender a rede como um todo e sua intensa relação de interdependência é, claramente o ponto chave desse conteúdo.

Subsidiariamente, aprofundar nas características fundamentais das redes dentre as quais: seu conceito, sua origem na ideia de hierarquização, mas, sem dúvida, diferenciando-se dela, assim como seus elementos constitutivos e seus principais desafios operacionais são os conteúdos necessários para garantir um TSB tecnicamente qualificado e necessariamente crítico.

Referências

1. Vaistman J. Cultura de organizações públicas de saúde - notas sobre a construção de um objeto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):847-850, jul-set, 2000.
2. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010.
3. Kuschnir RC, Chorny AH, Lira AML. Gestão dos sistemas e serviços de saúde - Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2010. 180p.
4. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato LVC, Noronha, JC, Carvalho, AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.
5. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health, 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press, 2006 pp. 376.