



O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

THE KNOWLEDGE OF NURSES ON HEALTH CARE NETWORKS

EL CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS ACERCA DE REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Marciana Fernandes Moll¹, Mariana Bonomi Goulart², Aloma Pegorini Caprio³, Carla Aparecida Arena Ventura⁴, Aline Aparecida de Castro Machado Ogoshi⁵

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento de enfermeiros sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 12 enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família de uma cidade do Triângulo Mineiro. Os dados foram obtidos pela entrevista individual semiestruturada e foram submetidos à análise temática. **Resultados:** identificaram-se as temáticas: compreensão dos enfermeiros sobre os níveis de atenção à saúde; consolidação da Rede e comunicação entre os serviços da Rede de atenção à saúde. Existem falhas na compreensão dos enfermeiros quanto aos níveis de atenção à saúde e aos elementos da rede, o que não interfere na comunicação entre os serviços. Mas a consolidação da rede é dificultada pela ausência de contrarreferência. **Conclusão:** acredita-se que a compreensão dos enfermeiros sobre a rede de saúde e seus elementos possibilite a consolidação da rede e, por conseguinte, o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde/SUS. **Descritores:** Enfermagem; Assistência Integral à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to investigate nurses' knowledge about Health Care Networks. **Method:** a descriptive-exploratory, study of a qualitative approach, carried out with 12 nurses from the Family Health Strategies of a Triângulo Mineiro city. The data was obtained through the semi-structured individual interview and were submitted to thematic analysis. **Results:** the following themes were identified: nurses' understanding of health care levels; consolidation of the Network and communication between the services of the Health Care Network. There are flaws in nurses' understanding of levels of health care and network elements, which does not interfere with communication between services. But network consolidation is hampered by the absence of counter-reference. **Conclusion:** it is believed that nurses' understanding of the health network and its elements make it possible to consolidate the network and, therefore, to comply with the principles of the Unified Health System / SUS. **Descriptors:** Nursing; Integral Health Care; Single Health System.

RESUMEN

Objetivo: investigar el conocimiento de los enfermeros acerca de Redes de Atención a la Salud. **Método:** estudio descriptivo exploratorio de enfoque cualitativo, realizado con 12 enfermeros de la salud de la familia estrategias de una ciudad en el Triângulo Mineiro. Los datos se obtuvieron mediante entrevista semiestructurada individual y fueron sometidos a análisis temático. **Resultados:** se han identificado los temas: conocimiento de enfermería acerca de los niveles de atención a la salud; consolidación de red y comunicación entre los servicios de la Red de Atención a la Salud. Hay hallas en la comprensión del personal de enfermería como cuidado de la salud en los niveles y a los elementos de la red, que no interfiere con la comunicación entre los servicios. Pero la consolidación de la red se ve obstaculizada por la ausencia de referencia. **Conclusión:** se cree que la comprensión de los enfermeros sobre la red de salud y sus elementos permite la consolidación y, por lo tanto, el cumplimiento de los principios del Sistema Único de Saúde/SUS. **Descritores:** Enfermería; Asistencia Integral a la Salud; Sistema Único de Salud.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Ciências, Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Uberaba. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: mrcna13@yahoo.com.br; ^{2,3}Discente de Enfermagem, Bolsista do PIBIC-UNUBE, Universidade de Uberaba. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: mariana.bonomi@hotmail.com; alomacaprio@hotmail.com; ⁴Advogada, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: caaventu@gmail.com; ⁵Discente de Enfermagem, Universidade de Uberaba. Uberaba (MG), Brasil. E-mail: alineogoshi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As redes de atenção à saúde (RAS) compreendem serviços e ações que intervêm nos processos de saúde-doença com o auxílio de recursos tecnológicos, logísticos e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado e melhorar o acesso, a equidade e a eficácia proposta no Sistema Único de Saúde.¹ Para tanto, a RAS é constituída por três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.²

A população adscrita é um dos elementos constitutivos advindos do cadastramento das pessoas que residem em uma área da comunidade e têm um serviço de Atenção Primária em Saúde como referência para esta localidade. Esta realidade caracteriza a essência do atendimento proposto na RAS e este processo envolve a territorialização, o cadastro, a classificação de risco sociossanitário e a criação de um vínculo entre a comunidade e o serviço de referência da atenção primária em saúde.³

O segundo elemento constituinte desta rede é a estrutura operacional que proporciona a articulação dos pontos de atenção à saúde (diferentes serviços de saúde que se distribuem nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário). Tal articulação deve se fundamentar na comunicação horizontal entre todos os serviços de saúde e nos sistemas logísticos e sistema de governança, ambos instituídos para o funcionamento da rede de atenção à saúde.³

Deve-se destacar que a organização dos serviços em rede visa a prestar um cuidado integral, humanizado e contínuo à população. Para tanto, a Atenção Primária em Saúde (APS) ocupa uma posição estratégica no centro da rede de saúde, devendo estar interligada aos demais pontos de atenção à saúde, de maneira horizontal e interdependente, o que a possibilita coordenar o fluxo e o contrafluxo do atendimento da população adscrita.²

Nesse contexto, os sistemas de apoio representam os serviços que auxiliam todos os pontos de atenção em saúde na oferta de um cuidado individual e/ou coletivo, com ênfase na integralidade e na resolubilidade. A representatividade dos sistemas de apoio acontece por meio dos seguintes serviços: laboratórios de imagem; endoscopia; patologia clínica; assistência farmacêutica; os diversos sistemas de informação em saúde; dentre outros.² Inseridos nos sistemas de apoio estão os sistemas logísticos e os sistemas de governança, os quais viabilizam

estratégias para a gestão e o controle dos atendimentos.

Os sistemas logísticos são recursos da tecnologia da informação para a promoção eficaz da comunicação entre os pontos de atenção da RAS e os sistemas de apoio. Dessa maneira, auxiliam na referência de pessoas, produtos ou informações, acelerando a prestação dos serviços (dentre as muitas estratégias para o alcance deste objetivo, destaca-se o cartão nacional do SUS). Ainda, os sistemas de governança são representados pelas comissões intergestoras nas esferas nacional, estadual e regional que governam a RAS, o que ocorre por meio da gerência de todos os elementos da estrutura organizacional, com autonomia e cooperação.²

O último elemento constitutivo da RAS é o modelo de atenção à saúde, que se divide em modelos de atenção às condições crônicas e modelos de atenção às condições agudas de saúde.² Os modelos de atenção às condições agudas buscam solucionar os agravos agudos e seus resultados dependem dos recursos tecnológicos para uma prestação efetiva de atendimento e, ainda, do tempo de resposta de um indivíduo e/coletividade. Já os modelos de atenção às condições crônicas dependem de ações contínuas de promoção de saúde, prevenção de agravos, cuidado, reabilitação e, em alguns casos, de cuidados paliativos.³

Nesse contexto, enfatiza-se que o aumento de doenças crônicas não transmissíveis entre a população é uma realidade atual representada pelo aumento significativo da expectativa de vida da maioria das regiões do mundo ao longo dos últimos séculos, o que se justifica, em grande parte, pelo desenvolvimento de vacinas contra doenças infecciosas, pelos avanços no tratamento de doenças crônicas e pela melhora nas condições sanitárias.⁴ Esta realidade reforça a necessidade da consolidação de uma rede de atenção à saúde no Brasil, que deve priorizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o atendimento às necessidades advindas do envelhecimento populacional.

Ao se abordar a correlação entre a consolidação da rede de atenção à saúde e a efetivação dos princípios do SUS, percebe-se que entre os objetivos da RAS são enfatizadas a integralidade e a resolubilidade, pois abrangem todas as dimensões do cuidado propostas em Brasil (2000), nas quais o SUS deve oferecer intervenções de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde.

O enfermeiro destaca-se na operacionalização da estratégia, sendo

reconhecido pela comunidade e pelos profissionais como um profissional confiável, que escuta e busca facilitar e/ou agilizar o atendimento, assim como realiza intervenções domiciliares, quando necessário. Assim, a inserção desse profissional nesse contexto é favorecida por sua disponibilidade, formação generalista, facilidade de comunicação e experiência no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde assistenciais, administrativas e educacionais.⁵⁻⁶

Diante dessas considerações, é importante que os enfermeiros tenham conhecimentos específicos sobre a rede de atenção à saúde para reconhecer as fragilidades da RAS e contribuir na reorganização do modelo de atenção à saúde do Brasil, bem como melhorar as práticas assistenciais de saúde. Nessa perspectiva, este estudo apresentou como objetivos:

- Investigar o conhecimento dos Enfermeiros acerca das Redes de Atenção à Saúde;
- Identificar a concepção dos enfermeiros sobre os elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde;
- Evidenciar ações desenvolvidas pelos enfermeiros para a consolidação da rede e integralidade do cuidado.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado nas unidades de saúde do Distrito 2 de uma cidade do interior de Minas Gerais/MG onde existe um grande número de equipes de saúde da família (quinze) e há um maior número de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Para a obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada junto a 12 enfermeiros que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: atuar na Estratégia saúde da família há, no mínimo, dois anos; estar lotado nas equipes de saúde da família do Distrito 2.

Nesta entrevista, enfocaram-se questionamentos sobre a definição da RAS e os seus elementos constitutivos da RAS, bem como sobre sua aplicabilidade no cotidiano de trabalho dos enfermeiros. Também foi abordada a inter-relação da RAS aos princípios organizativos do SUS, com ênfase na integralidade, na resolubilidade, na regionalização e na hierarquização.

A coleta de dados iniciou-se após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio do parecer 1.068.802 do CEP da Universidade de Uberaba, o que foi sucedido pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Para a obtenção destas

assinaturas, os profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão foram abordados individualmente, em horário e local pré-determinado pelo gerente de cada uma das unidades de saúde sede da respectiva equipe de saúde da família em que atuavam, quando lhes foram apresentados os riscos, benefícios e o objetivo do estudo, assim como o recurso para lhes assegurar a confidencialidade (letras E seguidas de números crescentes, conforme a ordem das entrevistas).

Para a análise dos dados obtidos, utilizou-se a análise temática, que se fundamenta na descoberta dos núcleos de sentidos que constituem uma comunicação acerca da frequência ou da presença de algum significado para o objeto em análise.⁷

Para tanto, realizou-se a leitura sistemática do material organizado previamente e agruparam-se os fragmentos que se repetiam ou possuíam semelhança semântica nos diferentes registros. Posteriormente, categorizaram-se os elementos constitutivos do tema, completando-se as três etapas de análise: pré-análise; exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos. Na análise final, foram articulados os dados construídos durante a coleta ao referencial teórico, visando a responder ao objetivo da pesquisa.⁷

RESULTADOS

♦ Compreensão dos enfermeiros sobre os níveis de atenção à saúde

Verificou-se que grande parte dos enfermeiros entrevistados entende que os serviços de saúde são os níveis de atenção à saúde e, alguns, incluem serviços de outros setores (social, segurança e outros) como níveis de atenção à saúde, tal como expresso nas falas que se seguem:

Atenção Básica: composta por unidade básica de saúde; estratégia de saúde da família e NASF; UMS. Nível secundário: UPAS e unidades regionais. Nível terciário: hospitais; CRIA; CAPS; CEREST; CRAS; SAMU E SAÚDE EM CASA. (E3)

Atenção Primária, Secundária, Terciária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, URS, CAPS, Laboratórios, Farmácia de Apoio (acolhimento), Referência em TB - Hanseníase, CRAS, Conselho Tutelar (criança e idoso), GRS, UPAS, Casa de acolhimento (Asilos), delegacia da mulher, clínicas para recuperação (álcool e drogas). (E4)

Atenção primária e especializada, que o paciente estará passando pela fila

Moll MF, Goulart MB, Caprio AP et al.

eletrônica e será atendido de acordo com sua necessidade. (E11)

Existem também os profissionais que confundiram os níveis de atenção à saúde e incluíram estratégias de operacionalização da rede como constituindo os níveis:

Atenção primária, que manda para a secundária ou para a UPA ou para a terciária. (E6)

A porta de entrada no serviço de saúde é a atenção primária que visa à promoção da saúde, prevenção de doenças e a reabilitação. Nos casos em que é necessário serviço especializado, bem como realização de exames, o paciente é encaminhado para a atenção secundária. Estes, por sua vez, são encaminhados para o terciário, em casos de maior complexidade e internação. (E7)

Mas, alguns desses enfermeiros compreendem os níveis de atenção à saúde e até os exemplificam:

São três: primária; secundária e terciária. (E1)

Atenção Básica, atenção média e de alta complexidade (primária, secundária e terciária). (E5)

Ao considerar que há uma diversidade de entendimentos sobre os níveis de atenção à saúde entre os participantes desta investigação, acredita-se que estas dificuldades, em sua compreensão, podem gerar problemas no cotidiano de trabalho e, por conseguinte, dificultar a consolidação da rede.

♦ Consolidação da Rede

Mesmo com confusões ou lacunas no entendimento dos níveis de atenção à saúde, todos os participantes relataram existir articulação da atenção primária com os outros níveis de atenção à saúde e até com outros setores, tais como educação, lazer, dentre outros:

Sim, é necessário estar articulado entre os demais serviços para melhor resolutividade no atendimento. Atenção primária - UPA - secundária - terciária - universidade - outras UBS - secretaria da educação, esporte e lazer. (E6)

Existe uma articulação. Há uma rede de atenção para encaminhar. A atenção primária é a porta de entrada e, se necessário, pode-se encaminhar para serviços secundários e terciários, de acordo com o estabelecido pela SMS. (E8)

Não é apenas a articulação entre os serviços que se faz necessária para a consolidação da rede, uma vez que o sistema de saúde do município possui lacunas que dificultam a acessibilidade e a integralidade do cuidado. Estas lacunas foram mostradas nas falas abaixo:

O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes...

Quando há vaga disponível na fila eletrônica, é fácil a marcação direta, quando não há vaga, vai para a fila de esperada e, dependendo da especialidade, são vários anos. (E1)

Geralmente, a articulação é feita pelos enfermeiros que entram em contato com outros serviços. Falta articulação das demais classes profissionais, além disso, ocorre pouca efetivação das contrarreferências. (E3)

Conforme mostrado pelos participantes, a ausência de vagas em algumas especialidades médicas, a não interação de algumas categorias profissionais e a inexistência das contrarreferências dificultam a continuidade do atendimento e/ou o acompanhamento da evolução e da terapêutica das pessoas que residem na área de abrangência em que atuam. Esta realidade foi relatada pelos participantes:

Sim, quando referenciamos para especialidades, não temos contrarreferência na maioria dos casos e isso complica muito depois que a pessoa volta para casa. (E4)

Existe a contrarreferência, porém, ainda é falha. Principalmente quando se trata de contrarreferência, não conseguimos retorno de muitas situações encaminhadas para a atenção secundária e/ou terciária e aí o paciente ou sua família que conta o que foi feito. (E5).

Nossa conversa deve acontecer através da referência e contrarreferência. No entanto, algumas vezes, a contrarreferência é pouco frequente e aí temos que recomeçar todos os exames na unidade de saúde. (E9)

A partir dessa temática, evidenciou-se a necessidade de se estabelecer um fluxo contínuo no atendimento que fortaleça a articulação entre os serviços de todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, a manutenção da articulação se faz necessária, assim como a criação de estratégias que viabilizem a comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde.

♦ Comunicação entre os serviços da Rede de atenção à saúde

Na proposta da RAS, a comunicação é considerada uma “ferramenta” para o atendimento em saúde e, nesse contexto, a Atenção Primária deve favorecer essa comunicação entre todos os serviços que integram a rede de saúde.

Quando os participantes foram questionados sobre a existência de comunicação entre os serviços de saúde pública, afirmaram que ela acontece, inclusive, com outros setores (sociais e jurídicos) e até citaram as estratégias utilizadas neste processo.

Sim. Formulário específico de referência, contrarreferência fornecida pela Uniube que está conveniada com esta UMS. (E3)

Sim. Quando referencio pacientes (usuários) para outras instituições, comunico a ida e solicito posição da alta. Ex: encaminhamento usuário para a UPA, peço ao assistente social para ver o caso e entrar em contato comigo para direcionar a família. (E4)

Sim. Principalmente, existe a comunicação sendo de nível primário com os componentes do próprio nível da atenção primária como, por exemplo, a comunicação com o NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), comunicação com outros serviços, como Assistência Social (CRAS, Conselho Tutelar). (E5)

Entretanto, mesmo com a existência desta comunicação, muitos participantes relataram que apenas essa intervenção não assegura a continuidade do tratamento. Esta situação foi, também, justificada pela ausência de vagas em especialidades e pela inexistência da contrarreferência.

Quando se coloca alguém na fila eletrônica e há vaga disponível, é fácil a marcação direta. Quando não há vaga, vai para a fila de esperada, dependendo da especialidade esperada, é mais de anos. (E1)

Percebo que a contrarreferência no município é ineficaz, pois, para encaminhar, é necessário sempre o encaminhamento e os dados. A partir do momento que o paciente é atendido, ele não retorna com a contrarreferência. (E6)

Ao considerar essa realidade mostrada pelos participantes, percebe-se que é necessário aprimorar os sistemas de governança, assim como o compromisso da comunicação entre todos os profissionais de saúde que prestam cuidados.

DISCUSSÃO

Os relatos dos participantes da investigação mostram que há um desconhecimento ou confusão sobre os níveis de atenção à saúde, o que pode ocasionar problemas no cotidiano de trabalho e dificultar a consolidação da rede de atenção à saúde.

Deve-se destacar que existem três níveis de atenção à saúde, sendo eles o primário, o secundário e o terciário. Entre os objetivos da atenção primária, enfatiza-se a prevenção de doenças que corresponde a medidas educativas propulsoras do bem-estar geral dos indivíduos. Neste nível de atenção à saúde, também são desenvolvidas orientações para os cuidados com o ambiente, visando que esteja propício para o desenvolvimento de agentes etiológicos. Já na atenção secundária, objetiva-se a cura ou a manutenção de pessoas funcionalmente sadias, evitando

complicações e mortes prematuras, por meio de práticas clínicas e educativas em saúde voltadas para pessoas com doenças crônicas transmissíveis e/ou não transmissíveis. Ainda, na atenção terciária, prioriza-se a reabilitação, a recuperação e/ou a manutenção da estabilidade funcional de pessoas adoecidas que requerem um monitoramento contínuo.⁸

Assim, é fundamental que os enfermeiros da atenção primária compreendam os objetivos e as intervenções de cada um desses níveis, uma vez que, na proposta atual de reorganização da rede de atenção à saúde, a APS deve coordenar os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção, assim como deve ser o primeiro contato da pessoa que busca cuidados em saúde para se proporcionar uma assistência continuada e centrada nas necessidades de saúde⁸. Ainda, o encaminhamento para outros serviços de saúde deve acontecer apenas nas situações que exigem atuação mais especializada.⁹

Dessa maneira, os enfermeiros precisam entender com clareza os níveis de atenção à saúde e, para isso, é necessário que sejam capacitados. A compreensão dos níveis possibilita uma maior articulação na saúde e favorece a continuidade do cuidado.

Contudo, a deficiência ou confusão dos participantes desta investigação quanto aos níveis de atenção à saúde parece não interferir na articulação da atenção primária com os outros níveis de atenção. Nesse sentido, os participantes afirmaram que o que interfere na integralidade do cuidado é a dificuldade de acessibilidade dos usuários a alguns serviços de saúde do município.

A Integralidade, no cotidiano dos serviços, constitui a capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento/adoecimento demandado pelos usuários, assim como, de modo articulado, identificar e ofertar, para cada situação singular, ações/procedimentos preventivos.¹⁰ Para que situações como esta sejam solucionadas, a atenção primária precisa expandir o acesso aos serviços de saúde a um coletivo populacional para se alcançar a integralidade do cuidado.¹¹

Assim, a articulação entre os serviços é importante, mas, para a consolidação da rede, ainda se faz necessário que seja estabelecido um fluxo contínuo no atendimento e que sejam criadas estratégias que viabilizem a comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde.

Considerando toda esta realidade, é essencial que sejam valorizadas outras dificuldades mostradas pelos participantes

Moll MF, Goulart MB, Caprio AP et al.

O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes...

deste estudo para a consolidação da rede, das quais se destacam: a ausência de vagas em algumas especialidades médicas e a inexistência das contrarreferências, o que dificulta a continuidade do atendimento.

Nesse contexto, dados da literatura¹² evidenciam obstáculos para a consolidação da rede, tais como: falta de política institucional direcionada ao fortalecimento, à representação social das comunidades e à legitimidade social; visão restrita de gestores e insuficiência de recursos qualificados que geram deficiência nos dispositivos de apoio e logística, no acolhimento dos usuários e em sua vinculação à Atenção Primária à Saúde.

Dessa maneira, evidencia-se que há similaridade entre um dos resultados desta investigação com um dos resultados do estudo acima descrito, no que se refere à insuficiência de recursos qualificados para o acolhimento dos usuários que, nesta pesquisa, foi expresso predominantemente pela inexistência de vagas para o atendimento às necessidades de saúde especializadas e pela ausência de contrarreferência. Em contrapartida, os participantes desta investigação não mostraram a ausência de representação social da comunidade e a visão restrita dos gestores como obstáculos, tal como o estudo supracitado.

Ressalta-se, portanto, que os usuários do serviço de saúde ocupam um papel fundamental na institucionalização do Sistema Único de Saúde. A participação da comunidade é um princípio orientador do SUS e precisa ser construída no cotidiano dos serviços, tanto para o acesso ao cuidado, quanto para a melhoria deste acesso, o que é monitorado pelos conselhos municipais de saúde.¹¹

Nesse contexto, a valorização desta condição participativa está diretamente relacionada com a atuação dos profissionais de saúde, que precisam considerar as características e a diversidade da população de cada local para que, assim, identifiquem as necessidades da comunidade, a partir das seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho, com base no perfil epidemiológico da população registrada; acolhimento do usuário, com garantia de atendimento à demanda espontânea e análise de risco.¹²

Quanto à visão restrita do gestor, muitos ocupam cargos de confiança e espaços de gestão sem a devida capacitação e competência para realizar tal função, o que implica no desconhecimento da área de abrangência e, por conseguinte, em dificuldades para identificar as reais

necessidades da população, uma vez que não há diálogo e interação com a população.¹³

A partir dessas temáticas, devem-se estabelecer diretrizes para a consolidação da Rede, de modo a manter um fluxo contínuo no atendimento e fortalecer a articulação entre os serviços de todos os níveis de atenção à saúde. Mas, para que isso ocorra, é necessária a criação de recursos propulsores da comunicação entre os serviços da rede.

Os participantes também relataram que existe comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde permeada pelas mesmas falhas que dificultam a articulação entre os níveis de atenção à saúde para a consolidação da Rede (ausência de contrarreferência para a unidade da APS que encaminhou as pessoas que acompanham para serviços de saúde de outros níveis de atenção à saúde e demora do atendimento em algumas especialidades).

São identificadas, com frequência, falhas estruturais na RAS que atrapalham a comunicação: falta de vagas em especialidades no âmbito secundário e terciário; excesso de burocracia para os encaminhamentos; inexistência de estratificação dos riscos; enfoque nas condições agudas; ausência de continuidade dos cuidados em saúde e atitudes passivas da população para as propostas assistenciais proporcionadas pela Atenção Primária.¹⁴

Deve-se acrescentar que as falhas descritas nesta investigação e na literatura sobre o tema refletem a fragmentação da atenção à saúde que (des) organiza o cuidado em saúde devido a intervenções isoladas.¹⁴ Todos os níveis de saúde devem estar sob uma única coordenação e devem atuar com interdependência. Considerando esta realidade, é indispensável a consolidação de uma comunicação efetiva entre todos os níveis de atenção à saúde.¹⁴ Essa realidade favorece a consolidação da RAS que possibilita o acesso à saúde em todos os níveis de atenção e, também, a integração entre os próprios serviços.¹⁵⁻¹⁶

Nessa perspectiva, as chances de se incorporar a concepção de um cuidado voltado para a autogestão da saúde se fortalecem e essa necessidade foi evidenciada em estudo científico¹⁷ que refere ser essencial a existência de políticas e ações públicas centradas na pró-atividade das pessoas diante de sua própria saúde.

Diante dessa realidade, acredita-se na necessidade da organização da APS para exercer a coordenação da RAS, se responsabilizar pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde e estimular a pró-atividade no processo de receber cuidados.

CONCLUSÃO

De maneira geral, considera-se necessário que os profissionais atuantes na Atenção Primária em Saúde, dentre eles o enfermeiro, reconheçam os elementos constitutivos da RAS para valorizar os sistemas de apoio e logístico e, assim, tentar garantir a integralidade do cuidado e, por conseguinte, a funcionalidade da Rede de Atenção à Saúde.

Entretanto, esta investigação demonstrou que existem falhas na compreensão dos enfermeiros quanto à identificação dos níveis de atenção à saúde, das quais se destacam a inclusão de serviços de outros setores como elemento constitutivo.

Situações como esta tendem a ocasionar problemas no cotidiano de trabalho e, ainda, dificultam a consolidação da rede. Outrossim, os participantes mostraram outros entraves para esta consolidação, sendo que a desarticulação entre a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde predispõem a prejuízos na integralidade e na continuidade do cuidado, principalmente, pela ausência de contrarreferência para a APS.

Em suma, é necessário que os enfermeiros atuantes na APS, que exercem um importante papel no acompanhamento da comunidade e no acolhimento dos usuários nestes serviços, compreendam a RAS e seus elementos para que, assim, sejam implementadas estratégias de comunicação e articulação entre os serviços e visando-se à consolidação, na prática dos serviços, dos princípios do Sistema Único de Saúde.

FINANCIAMENTO

Universidade de Uberaba, por meio do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) pelo apoio financeiro e incentivo à produção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2016 May 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [cited 2015 May 12]. Available from: [http://apsredes.org/site2012/wp-](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf)

[content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf)

3. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: OPAS; 2011 [cited 2016 May 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_redes_atencao_SUS.pdf
4. Duncan BB, Chor D, Aquino EMLD, Bensñor IJM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 May 13];46(Supl):126-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>
5. Oliveira MM, Coimbra VCC, Oliveira EM, Pereira DB, Martins A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. Rev enferm saúde [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2016 May 12];1(1):184-9. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3422/2813>
6. Almeida JHH, Feitosa ANA, Araújo WA, Silva JB, Lourenço LC, Sousa MNA. Primary health care: focusing on the health for the attention of networks. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 May 11];9(11):9811-6. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5868/pdf/8860>
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29st ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
8. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev latinoam enferm [Internet]. 2013 Jan/Feb [cited 2016 Sept 27];21(Spec). Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf
9. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2016 May 13];20(4):867-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>
10. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface comum saúde educ [Internet]. 2014 Oct/Dec [cited 2016 May 13];18(51):647-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf>

11. Faria LR, Alves CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 13];24(1):72-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0072.pdf>
12. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD, Simon BS, Leal TC, Backes DM. Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: negociação entre usuários e profissionais. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Sept/Oct [cited 2016 May 13];15(5):812-22. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/3240/324032944011_2.pdf
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: CONASS; 2015 [cited 2016 May 13]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
14. Dagostin VS, Moraes G, Copetti D, Somara A, Ceretta LB, Schwalm MT, et al. Redes de atenção à saúde: participação na consolidação a partir do ensino da graduação - programa pró-pet saúde. *Rev Inic Cient* [Internet]. 2013 [cited 2016 Sept 27];11(1):157-70. Available from: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/1632/1543>
15. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et. al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas : lessons learned [Internet]. *Int J Integr Care* [Internet]. 2011 Oct [cited 2016 Sept 27];19(5):[about 6 p.]. Available from: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Combating-Health-Care-Fragmentation-through-Integrated-Health-Service-Delivery-Networks-in-the-Americas-Lessons-Learned.pdf>
16. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas [Internet]. Washington: OPAS; 2011 [cited 2016 Sept 27]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf
17. Hibbard JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better
18. Health Outcomes And Care Experiences Fewer Data On Costs. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 May 10];32(2):207-14. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/32/2/207.long>

Submissão: 19/08/2016

Aceito: 11/10/2016

Publicado: 01/01/2017

Correspondência

Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba
Curso de Graduação em Enfermagem
Av. Nene Sabino, 1801
Bairro Universitário
CEP: 38055-500 – Uberaba (MG), Brasil