



REDE DE PESQUISA
EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE



NOTA TÉCNICA No 1 – 2026: Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no SUS: reflexões para uma integração assistencial oportuna, efetiva e centrada no usuário

Magda Moura de Almeida^{1,2}, Claunara Schilling Mendonça^{3,4}, Renato Tasca⁵, Sandro Rogério Rodrigues Batista^{6,7}.

¹ Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC/EBSERH).

³ Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

⁴ Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

⁵ Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS).

⁶ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG).

⁷ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília (UnB).

RESUMO

A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) promove, desde 2009, um intenso e qualificado debate sobre o fortalecimento do modelo de APS de base territorial, comunitária, e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Com o advento da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAE) surge um cenário oportuno para se promover uma discussão ampliada sobre os mecanismos de integração assistencial tão necessários no SUS. Trata-se de uma oportunidade ímpar para se destacar a APS como coordenadora do cuidado, conforme preconizado na PNAB, e a implantação de mecanismos de articulação com a AE para garantir continuidade, coordenação e resolubilidade das demandas em saúde. Apontar os problemas históricos e estruturais que dificultam a articulação e integração entre os níveis assistenciais, como a fragmentação do cuidado, as barreiras de acesso, a comunicação limitada e, por

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*¹

vezes, ineficiente, além da ausência de processos regulatórios centrados nos usuários e nos territórios onde estes vivem pode ser determinante para o sucesso da implementação da PNAE. O objetivo desta nota técnica é promover o debate e fortalecer a relevância de uma abordagem articulada entre APS e AE para garantir a integralidade e a equidade no cuidado, destacando a necessidade de diálogo permanente entre a PNAE e a PNAB, numa perspectiva de integração real, oportuna e efetiva entre níveis de atenção à saúde.

Introdução

A integralidade do cuidado é um dos princípios fundamentais da Atenção Primária (APS), que busca garantir com que pacientes recebam assistência de forma abrangente e contínua, considerando não apenas aspectos físicos. Os problemas de saúde que não forem resolvidos na APS, deverão ser referenciados ou encaminhados para serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares (Solla & Chioro, 1971). Contudo é preciso ressaltar que a integralidade também está ligada ao conceito de integração, no qual o conjunto de estabelecimentos de redes assistenciais desenvolvem ações e serviços de saúde de forma articulada, promovendo o desenvolvimento de ações, pois isoladamente nenhum nível de atenção consegue reunir em si mesmo, a totalidade recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Bender, Mello & Molina, 2010).

Há uma percepção difusa de insatisfação com as normas que atualmente regulam o acesso à atenção especializada (AE) e a regionalização do SUS, evidenciado pelo crescimento contínuo de listas de espera para serviços de atenção especializada, associado aos estudos que demonstram atrasos e iniquidades no acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e estadiamento, nas doenças oncológicas, como o câncer de mama no Brasil (Fidelis de Almeida et al., 2020; Mori et al., 2020; Amaral et al., 2017; Shulman et al., 2010).

A crescente demanda da AE, a partir da ampliação da cobertura da APS, tem submetido pacientes ao sofrimento, reduzindo as suas chances de cura, permitindo o agravamento da doença e o prolongamento das sequelas (Vieira et al., 2015), além de criarem uma retroalimentação de maior volume de atendimentos para APS, pois quando uma demanda específica de referência não é atendida, a população recorre novamente a UBS, tanto para questionar sobre o agendamento da consulta, quanto para obter um novo encaminhamento para a mesma consulta (Bender, Mello & Molina, 2010).

Até 2010, o SUS não havia definido quais serviços deveriam ser a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde público brasileiro. Foi somente em 2011 que o decreto presidencial 7508, que regulamentou a Lei 8080/90, estabelece como portas de entrada das redes de atenção à saúde no SUS, além dos serviços de atenção primária, as unidades de atenção a urgências e emergências, os centros de atenção psicossocial e os especiais de acesso aberto. Faz portanto, somente 13 anos que o acesso à atenção especializada passou a ser referenciado pelos serviços estabelecidos como portas de entrada (Giovanella & Mendonça, 2012).

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

A APS atua como uma das portas de entrada para o sistema de saúde, devendo ser o primeiro contato do paciente com o sistema, onde os profissionais de saúde têm a oportunidade de realizar uma avaliação inicial abrangente e identificar as necessidades individuais de cuidado. No Brasil, apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ser o modelo principal e preferencial de cuidado primário em saúde, coexistem outras estruturas, mais focalizadas e seletivas, com fragmentação e segmentação de cuidados primários de saúde, além de outras portas de entrada no sistema de saúde para situações de urgência e emergência como Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Hospitais de Pequeno Porte (HPP), Hospitais e Maternidades de "porta aberta" que fazem parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) (Giovanella et al., 2009).

Apenas em 2023 foi instituída a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), gerando uma idiossincrasia a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Enquanto a PNAB é amplamente reconhecida como o eixo estruturante do SUS, responsável por coordenar o cuidado e ordenar os fluxos de acesso aos demais níveis desde 2006, a PNAES surge como uma política recente que busca organizar e normatizar a AE, um componente essencial, porém historicamente fragmentado, do sistema de saúde.

Nesse contexto, a relação entre a atenção primária (APS) e a atenção especializada (AE) desempenha um papel crucial. **A integração ao sistema e a atuação intersetorial** é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base do sistema de saúde, contrapondo-se à concepção seletiva e restrita da APS como programa paralelo de serviços de baixa qualidade, dirigido aos pobres (Batista et al., 2019; Giovanella et al., 2009). Finalmente, pela sua proximidade com as pessoas e seus problemas de saúde, a APS é o nível que dispõe das informações relativas a demanda e portanto essenciais para planejar a oferta de serviços de AE, tanto em termo de especialidades, como em termo de volumes de prestações de consultas, exames e procedimentos para a população sob sua responsabilidade sanitária.

Sistemas internacionais comparados de referência e contrarreferência

Desde a publicação do estudo “*The Ecology of Medical Care*” (White, Williams & Greenberg, 1996) em 1961, defende-se que a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida na APS, com poucos pacientes avançando para níveis mais especializados, como hospitais ou centros universitários. White e colaboradores identificaram que nas populações dos EUA e do Reino Unido na década de 1940, de uma amostra de 1000 adultos, em um mês, 750 (75%) relataram algum problema de saúde, porém apenas 250 (25%) consultaram um médico, 9 foram hospitalizados (0,9%), 5 (0,5%) foram encaminhados para outro médico e 1 (0,1%) foi encaminhado para um centro médico universitário. **Esses dados têm sido repetidamente utilizados por pesquisadores, autores e agências governamentais para defender uma resolutividade empírica da APS de 94%.**

A revisitação desse estudo, em 2001, mostrou que apesar de mudanças significativas no sistema de saúde, houve certa estabilidade nos padrões gerais de uso dos serviços de saúde nos Estados Unidos (White, 2001). O estudo de 2001 incluiu crianças e novos cenários foram analisados, como a procura por cuidados complementares ou alternativos (quiropaxia, acupuntura, etc.), utilizados por 6,5% da população dos Estados Unidos.

Ainda assim, em 2001, 80% da população estudada relatou sintomas de doença em um mês, porém somente 32,7% consideraram buscar atendimento médico; 21,7% realmente visitaram consultórios médicos (destes, 11,3% visitam médicos de atenção primária); 2,1% visitaram clínicas ambulatoriais especializadas; 1,4% receberam cuidados domiciliares; 1,3% visitaram departamentos de emergência; 0,8% foram hospitalizados e 0,1% hospitalizados em hospitais universitários.

De diferenças de cenário entre os dois estudos, além do tempo, podemos identificar também: a criação do Medicare e o Medicaid. Ainda não havia densidade tecnológica, e grande parte do arsenal diagnóstico e terapêutico atual, como tomografia computadorizada, transplante de órgãos, endoscopia, antidepressivos e cirurgia de revascularização do miocárdio não faziam parte do escopo da assistência médica. Na área dos recursos humanos da saúde não existiam os enfermeiros especializados, os *physician assistants* e nem a especialidade medicina de família.

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

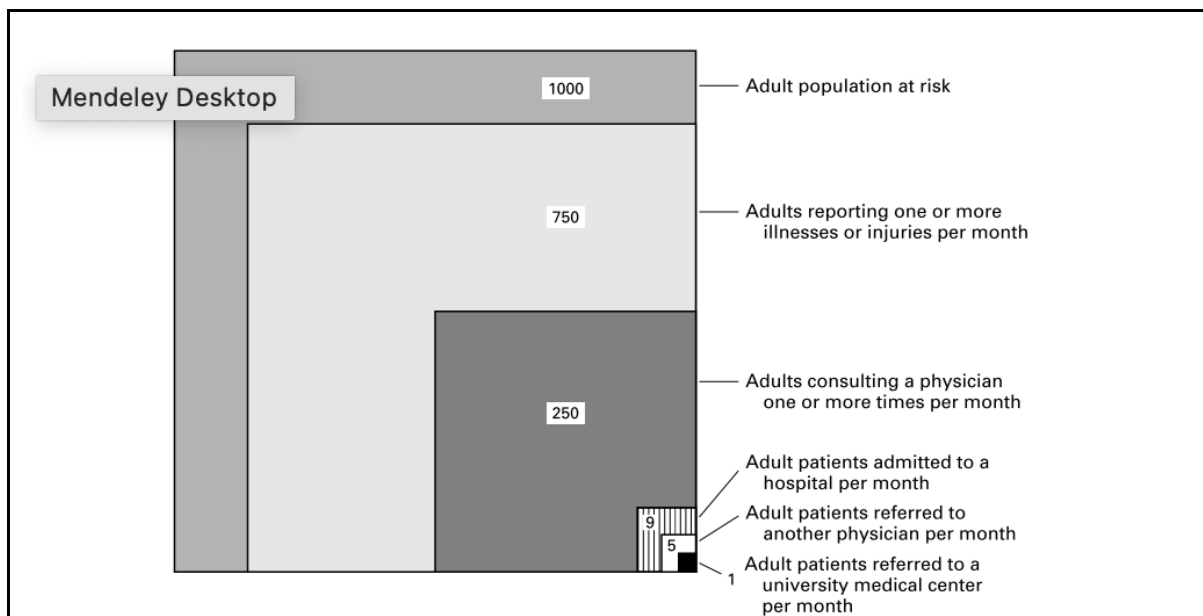


Figure 1. Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care.

Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al.¹

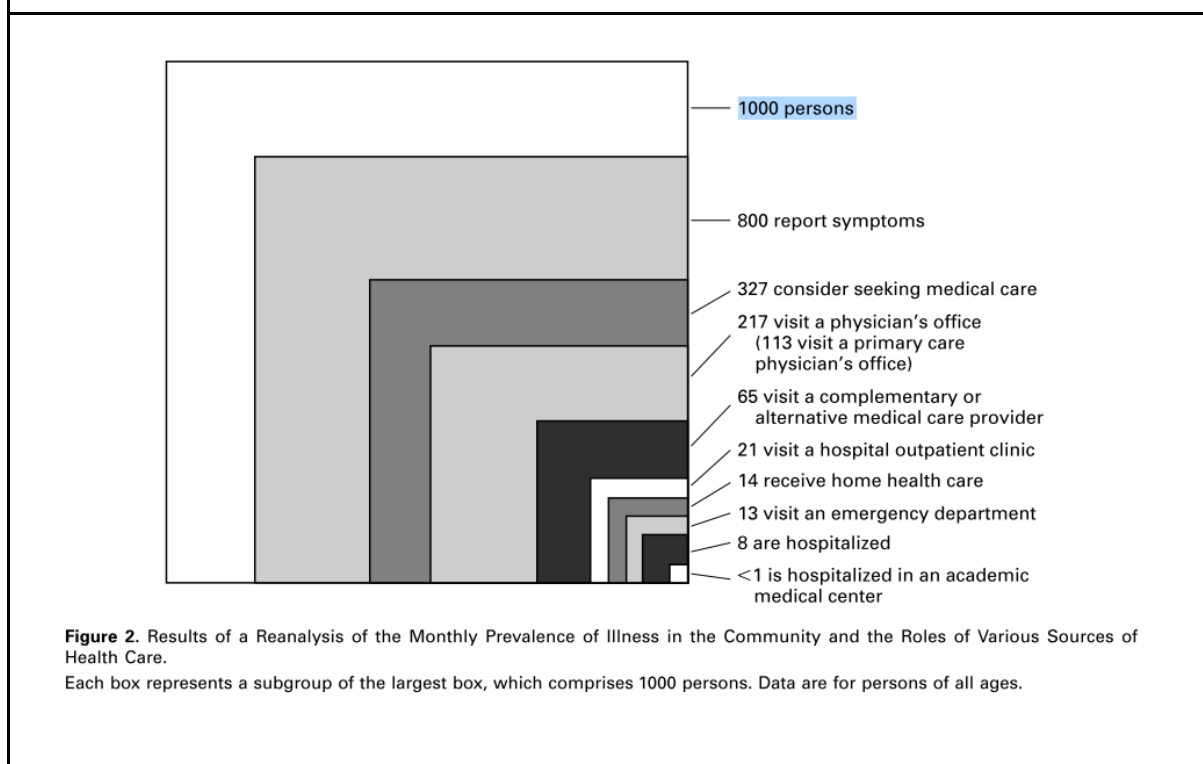


Figure 2. Results of a Reanalysis of the Monthly Prevalence of Illness in the Community and the Roles of Various Sources of Health Care.

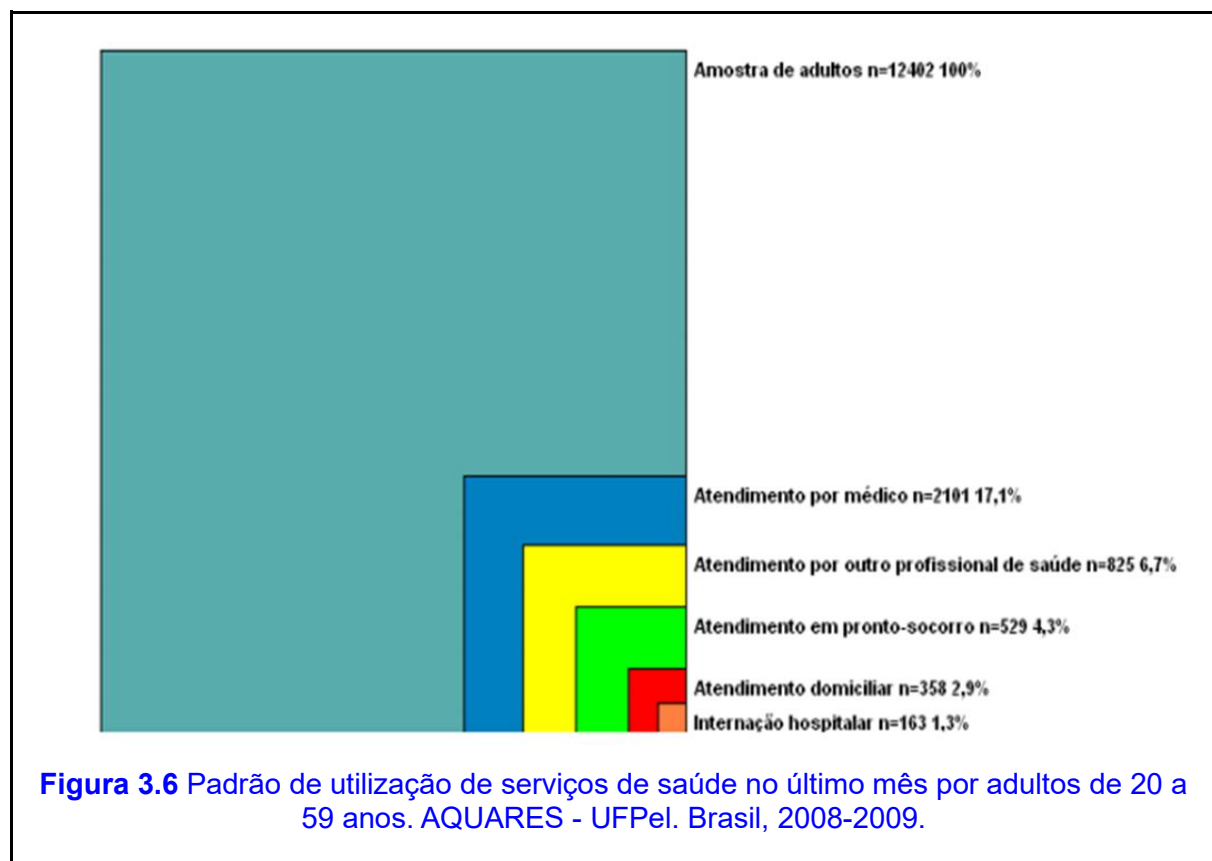
Each box represents a subgroup of the largest box, which comprises 1000 persons. Data are for persons of all ages.

Em 2008/2009, a cobertura das Equipes de Saúde da Família no Brasil era de cerca de 50% da população brasileira. Mesmo com esse avanço na atenção primária, observava-se uma elevada procura por serviços de atenção especializada, representando 40,6% dos atendimentos. Destacavam-se ainda a busca por pronto atendimentos por 10,4% das

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

crianças menores de cinco anos e o expressivo percentual de idosos (8,2%) que recebiam cuidados domiciliares (TABELA 1).

No Brasil, estudo de base populacional conduzido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com 25.423 indivíduos entrevistados, entre adultos (12.402), crianças menores de 5 anos (6.397) e idosos (6.624), em 100 municípios brasileiros de todas as regiões macropolíticas brasileiras. Do total, 4.347 (34,5%) haviam procurado atendimento médico no mês anterior à entrevista. A maioria (77,6%) realizou a consulta em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mas uma parcela considerável também recorreu a outros pontos de atenção: 617 pessoas (14,2%) procuraram ambulatórios especializados de hospitais, 265 foram atendidas em consultórios particulares (4,1%) e 265 buscaram atendimento em centros de especialidades (6,1%) (Facchini et al., 2008).



Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.



Figura 3.4 Padrão de utilização de serviços de saúde no último mês por crianças menores de cinco anos de idade. AQUARES - UFPel. Brasil, 2008-2009.

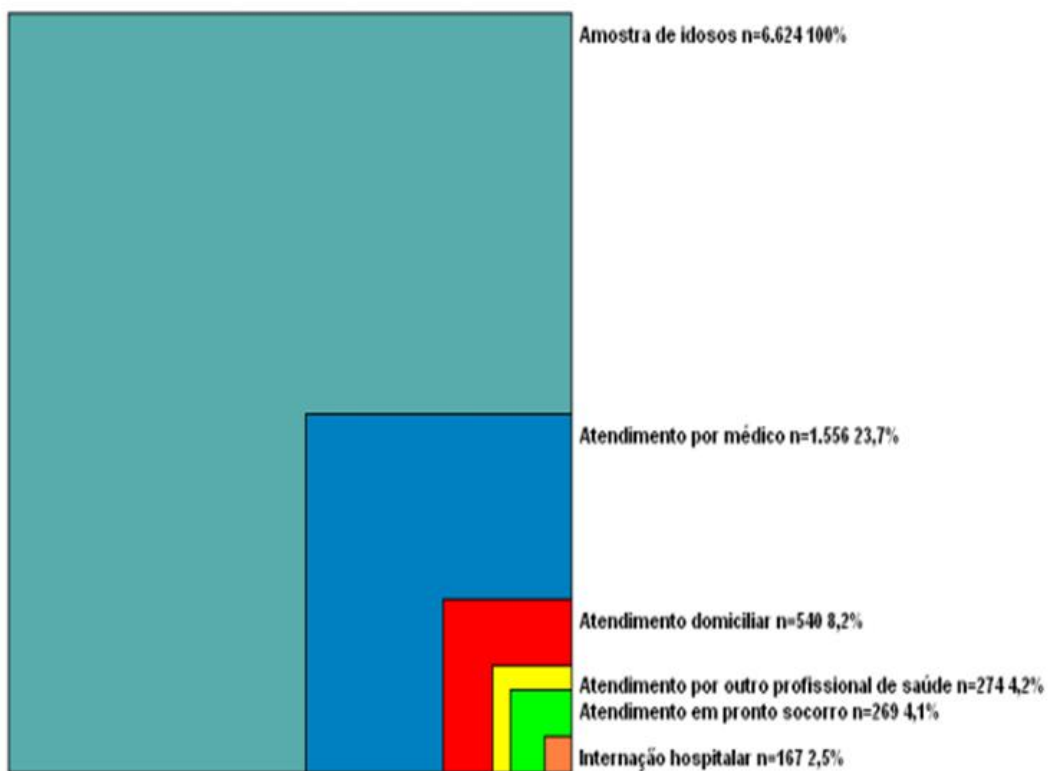


Figura 3.8 Padrão de utilização de serviços de saúde no último mês por idosos de 60 anos e mais. AQUARES - UFPel. Brasil, 2008-2009.

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.8

Um outro estudo brasileiro realizado em São Paulo (Roncoletta et al., 2012) em plano privado de saúde, apresentou uma taxa menor de relato de sintomas (39,8%) porém com maior taxa de hospitalização, em comparação aos estudos dos EUA e UK, o que pode ser explicado por diferenças culturais, percepção e acesso ao sistema de saúde, ou talvez uma amostra mais idosa. A Tabela 1 consolida os dados dos estudos supracitados.

Tabela 1 - Utilização dos serviços de saúde em diferentes estudos				
Indicador	EUA/UK (1940- 1950)	EUA (2001)	São Paulo, Brasil (2008- 2009)*	AQUARES, UFPeI (2008)
Relato de sintomas (por 1.000)	750 (75%)	800 (80%)	398 (39,8%)	N/A
Consultas médicas (por 1.000)	250 (25%)	217 (21,7%)	292 (29,2%)	214 (21,4%)
Consultas na APS (por 1.000)	N/A	113 (11,3%)	34 (3,4%)	113 (11,3%)
Consultas a especialistas (por 1.000)	N/A	104 (10,4%)	258 (25,8%)	190 (19%)
Hospitalizações (por 1.000)	9 (0,9%)	8 (0,8%)	63 (6,3%)	12 (1,2%)
Hospitalizações em centros acadêmicos (por 1.000)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	N/A
Pessoas que Foram Diretamente a Emergências	N/A	13(1,3%)	98 (9,8%)	64 (6,4%)

*serviço privado

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, 76,2% da população brasileira consultou um médico nos 12 meses anteriores à entrevista (12). Esse dado representa 159,6 milhões de pessoas e revela um aumento significativo em relação à PNS de 2013, que apontava 71,2%. A prevalência de consultas varia por faixa etária, com os idosos apresentando a maior taxa (86,9%), sendo maior em áreas urbanas (77,5%) do que em áreas rurais (68,6%).

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

Apesar das diferenças metodológicas entre os estudos, os achados demonstram uma maior pressão sobre os serviços de urgência e de especialistas no sistema brasileiro, apesar da ampla cobertura da APS. Tais achados reforçam a importância de fortalecer a capacidade resolutiva da APS e aprimorar os mecanismos de regulação do acesso à média complexidade.

Tabela 2 - Taxa de consulta por faixa etária PNS 2019 (população que consultou médico nos últimos 12 meses)	
Crianças e Adolescentes (0 a 17 anos)	75,7%
Adultos Jovens (18 a 29 anos)	67,9%
Adultos de Meia-Idade (30 a 59 anos)	72,4% (30 - 39 anos) 77,6% (40 - 59 anos)
Idosos (60 anos ou mais)	86,9%

No Canadá foram avaliados os fatores que influenciam os encaminhamentos de médicos da APS para especialistas, evidenciando que a maior parte dos pacientes (63,6%) não recebeu referências durante o ano, enquanto 21,6% tiveram apenas uma, sendo a taxa média de referência por paciente foi de 0,56 por ano. A presença de doenças crônicas foi um forte preditor de encaminhamento, pacientes com doenças cardiovasculares tiveram um aumento de 65,57% nas taxas de referência (Chan & Austin, 2003).

Considerando os dados do estudo canadense, a resolutividade da APS estimada em 67% é significativamente inferior à taxa internacionalmente difundida de 94%, mostrando que existe variação. Essa diferença nos convida a uma reflexão crítica sobre como a resolutividade da APS é aferida e utilizada para justificar políticas públicas, especialmente no contexto brasileiro. Essa métrica, frequentemente utilizada como referência e internacionalmente difundida, assume que a maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida exclusivamente no nível da APS, minimizando encaminhamentos para níveis com maior densidade tecnológica, o que pode gerar inconsistências, subdimensionamento de serviços de saúde e dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno no serviço público.

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

“O encaminhamento e a regulação”: o sistema de referência e contra-referência brasileiro

Atualmente os indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), assim como aqueles com doenças infecto contagiosas crônicas, necessitam de avaliação em serviços ambulatoriais especializados, seja para a realização de exames complementares não disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), seja para melhor avaliação diagnóstica, otimização de um tratamento que já está sendo oferecido ou para o recebimento de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (MS).

No Brasil, o termo “**referência ou encaminhamento**” é utilizado quando a APS identifica que o indivíduo necessita de serviços especializados em saúde, exames ou internações (Tabela 3). Sendo, portanto, a **POPULAÇÃO-ALVO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO SUS**:

- Pessoas que apresentam **necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na APS.**
- Utilização de insumos e equipamentos com **maior densidade de tecnologias duras.**
- **Retaguarda de apoio diagnóstico e terapêutico da APS** em um sistema de cuidados integrais.

Tabela 3 - Modalidades de Referência/Encaminhamento da APS para AE

- Encaminhamento para consulta especializada
- Encaminhamento para outros níveis do sistema pela central de regulação
- Exames solicitados e encaminhados para serem realizados na rede
- Rede de Urgência e Emergência
- Realização de procedimentos
- Coleta de exames

No Brasil a maioria das equipes de ESF realiza procedimentos essenciais (retirada de ponto, nebulização/ inalação, curativos, medicações injetáveis/ intramusculares), em detrimento dos procedimentos de maior complexidade (drenagem de abscesso, sutura de ferimentos, lavagem de ouvido, extração de unha, medicações injetáveis endovenosas e inserção de DIU), sendo também este um motivo de encaminhamento para outros serviços de saúde (Girardi et al., 2016).

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

Quando se faz necessário a avaliação ou o acompanhamento de um especialista focal na atenção especializada, deveria ocorrer conexão direta entre os dois níveis de cuidado, com a **responsabilidade temporária pelos usuários na AE, enquanto que na APS essa responsabilidade deveria ser contínua**. Uma das principais estratégias identificadas para integrar a APS à AE em quatro capitais do Brasil foi a implantação de centrais informatizadas de regulação (Giovanella et al., 2009).

A **colaboração real** entre essas duas esferas permite uma **comunicação eficiente, compartilhamento de informações e planos de tratamento coordenados**, assegurando que o paciente receba um atendimento integrado e evitando a fragmentação do cuidado. A transição de cuidado entre APS e AE deve ser pensada como um processo contínuo e não como um simples encaminhamento. Isso exige protocolos colaborativos, sistemas de informação interoperáveis e articulação clínica, especialmente no retorno do paciente ao território após atendimento especializado.

Além disso, uma boa relação entre a APS e a AE libera recursos para casos que genuinamente necessitam densidade tecnológica maior, como procedimentos cirúrgicos complexos e tratamentos de doenças mais avançadas, aumentando a capacidade instalada e contribuindo para a otimização dos recursos de saúde.

O **dimensionamento e a organização das ofertas de saúde**, aliados ao **grau de resolutividade local da APS**, são pilares fundamentais para a efetividade e eficiência das redes de atenção à saúde. Uma APS **bem estruturada**, com **serviços dimensionados conforme as necessidades epidemiológicas e demográficas locais**, tem **maior capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde no primeiro nível de atenção**, reduzindo a sobrecarga na AE.

Isso inclui o **acesso a novos recursos diagnósticos essenciais e de densidade tecnológica adequados às necessidades da APS, como ECG, ultrassonografia (POCUS), material para cirurgias ambulatoriais, medicamentos para infiltrações em articulações, com equipes qualificadas e a adoção de protocolos baseados em evidências e custo-efetividade** que ampliem a capacidade resolutiva da APS.

O acesso à AE em municípios rurais e remotos

A acessibilidade aos serviços da APS em municípios rurais do Brasil revela barreiras geográficas e a falta de articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde como

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*¹²

limitadores do acesso a exames e consultas especializadas, resultando em longos tempos de espera e deslocamentos superiores a 700 km para alguns usuários (5,15).

É crucial destacar que mesmo que a gestão municipal não possua serviços especializados na sua rede local de saúde, ela sempre desempenha um papel fundamental no **gerenciamento dos transportes sanitários. Um recurso essencial para garantir o acesso da população aos serviços de atenção especializada.** Em muitos municípios, especialmente em áreas rurais e remotas, os transportes sanitários são o principal meio pelo qual indivíduos podem chegar a consultas, exames ou internações de média e alta complexidade.

Sem uma logística bem estruturada, usuários enfrentam atrasos significativos, falta de continuidade no cuidado e até mesmo desistências de atendimento por dificuldade de deslocamento. A gestão eficiente desse recurso requer **planejamento para otimizar rotas, manutenção de veículos, contratação de motoristas capacitados e coordenação com os serviços.**

A regionalização no Brasil: a integração APS e AE

Apesar dos esforços e da importância atribuída à regionalização da saúde no Brasil, persistem desafios significativos relacionados à governança, cooperação federativa e eficácia das normativas vigentes. Há um consenso sobre a necessidade de inovações nos mecanismos de governança para superar as barreiras atuais e promover uma regionalização mais eficiente e equitativa. A descentralização do SUS e a ausência de uma instância regional formal no pacto federativo dificultam a cooperação entre os entes federados (Rocha, Rache & Nunes, 2022; Faria et al., 2022; Rosa et al., 2023).

A APS deve ser altamente capilarizada, com unidades descentralizadas próximas à população, enquanto a Atenção Especializada deve ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada para garantir economia de escala. Para os gestores, isso exige planejamento estratégico, regulação eficiente e redes assistenciais integradas. Já dos serviços de saúde, públicos ou privados, demanda-se profissionalização da gestão, governança corporativa, transparência e métricas de eficiência, rompendo com a fragmentação dos serviços (Solla & Chioro, 1971).

Uma das estratégias para essa integração é a PNAE cumprir com a diretriz da APS, da base territorial, tendo seus serviços referenciados para um determinado número de equipes da APS, segundo protocolos e diretrizes clínicas, numa ascendente economia de

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*¹³

escala e escopo, que, não sendo considerada, pode, inclusive gerar duplicidade a partir das pactuações dos serviços especializados ofertarem as OCIs (Oferta de Cuidados Integrados), base do financiamento do Programa Mais Acesso a Especialistas (Brasil, 2023; Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Quando as ofertas são adequadamente dimensionadas e integradas a um planejamento regional, é possível otimizar os fluxos de cuidado, minimizar encaminhamentos desnecessários, reduzir listas de espera e garantir a continuidade e integralidade da atenção.

Para que a PNAES não amplie as barreiras já existentes, é fundamental que ambas as políticas sejam implementadas de forma complementar, com **instrumentos claros de governança, regulação e comunicação entre APS e AE**, visando a construção de uma rede de atenção verdadeiramente integrada e resolutive.

Proporções Regionais em Relação aos Serviços de APS e AE

A organização da referência regionalizada no sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios significativos devido à desarticulação entre a disposição dos serviços no território e as reais necessidades de saúde da população. Muitas vezes, a localização, o escopo e o papel dos serviços na rede de atenção não refletem os parâmetros técnicos e epidemiológicos, mas são determinados por demandas meramente políticas ou imediatas, sem considerar pactuações baseadas nas necessidades reais, ordenadas pela APS.

A compra de serviços especializados da rede privada para superar a insuficiência da oferta municipal nem sempre é uma estratégia possível, seja pela inexistência de determinadas especialidades no território, seja pela remuneração defasada oferecida pela tabela SUS aos prestadores.

Essa lacuna evidencia a urgência de estudos que avaliem a demanda por especialidades e exames de forma criteriosa, garantindo que a oferta seja proporcional e estratégica, alinhada aos objetivos da política de regionalização do SUS (IEPS, 2023a; IEPS 2023b).

Considerando dados do CNES de 2024, **o Nordeste lidera em proporção de serviços voltados à APS**, refletindo investimentos específicos para ampliar a cobertura nesse nível de atenção em uma região historicamente vulnerável, contudo também é possível **inferir que a APS pode estar gerando uma demanda por exames maior, sobrecarregando os poucos serviços disponíveis, resultando em listas de espera mais longas.**

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*¹⁴

Tabela 4- Distribuição dos Estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS por Tipo de Serviço e Região do Brasil						
	N	NE	SE	S	CO	TOTAL
152001 152 atencao a saude de populacoes indigenas / 001 atencao basica a populacoes indigenas	103	90	28	29	62	312
159001 159 atencao primaria / 001 atencao primaria	974	2143	3997	1782	714	9610
159004 159 atencao primaria / 004 estrategia de saude da familia	3648	15744	11381	5587	2867	39227
159006 159 atencao primaria / 006 nucleo ampliado de saude da familia e atencao primaria	789	3244	3274	1725	804	9836
159007 159 atencao primaria / 007 atencao primaria para populacao ribeirinha	1156	98	10	8	1	1273
159008 159 atencao primaria / 008 consultorio de rua	32	93	190	42	34	391
159009 159 atencao primaria / 009 atencao primaria para populacao prisional	89	181	319	154	177	920
159010 159 atencao primaria / 010 atencao primaria para adolescentes em unidade socioeducativa	21	68	56	54	18	217
TOTAL	6812	21661	19255	9381	4677	61786
População (Estimativa 2024)	18669345	57112096	88617693	31113021	17071595	
Serviços APS/100.000hab	36	38	22	30	27	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), novembro de 2024. Elaboração própria.

Segundo dados do CNES de novembro de 2024, os números de estabelecimentos de Atenção Primária (APS) no SUS comparados aos estabelecimentos de diagnóstico por imagem, por região, são os seguintes:

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.15

Tabela 5 - Distribuição de serviços de APS e de Imagem por Região no Brasil.			
Região	Quantidade de Estabelecimentos APS	Quantidade Serviços de Imagem	Relação Serviços APS/Imagem
Norte (N)	6812	456	14,9
Nordeste (NE)	21661	1871	11,6
Sudeste (SE)	19255	2084	9,2
Sul (S)	9381	856	10,9
Centro-Oeste (CO)	4677	467	10,8

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), novembro de 2024. Elaboração própria.

O tipo de exame de imagem mais crítico, ou seja, com menor disponibilidade por região, é o Serviço de Diagnóstico por Imagem - Ressonância Magnética (código 121004). O Sudeste e o Sul apresentam as maiores ofertas de exames por 100.000 habitantes, enquanto o Norte e o Nordeste possuem as menores taxas, indicando uma disparidade no acesso aos exames de imagem. **Essa desigualdade na proporção de serviços de APS em relação aos serviços de imagem pode impactar diretamente no grau de resolutividade dos serviços de APS e no aumento de listas de espera**, especialmente em regiões onde a relação é mais alta.

Tabela 6 - Distribuição de estabelecimentos de Imagem no SUS por 100.000hab, por Região no Brasil.				
Região	Radiologia (121001)	Ultrassonografia (121002)	Tomografia computadorizada (121003)	Ressonância magnética (121004)
Norte (N)	6,19	7,89	1,70	0,85
Nordeste (NE)	8,06	9,41	1,57	0,79

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*¹⁶

Sudeste (SE)	12,44	9,08	2,16	1,24
Sul (S)	13,92	10,08	2,45	1,41
Centro-Oeste (CO)	11,62	12,45	2,92	1,60
<i>Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), novembro de 2024. Elaboração própria.</i>				

A análise da distribuição regional dos métodos gráficos de cardiologia (eletrocardiograma, teste ergométrico e monitoramento Holter) também revela importantes desigualdades na distribuição desses serviços.

Tabela 7 - Distribuição de estabelecimentos de Métodos Gráficos Dinâmicos no SUS, por Região no Brasil.				
Região	Teste Ergométrico (122001)	Teste de Holter (122002)	Eletrocardiograma (122003)	Serviços/ 100.000hab
Norte (N)	203	208	1019	7,6
Nordeste (NE)	824	779	3887	9,6
Sudeste (SE)	1992	1917	10355	16
Sul (S)	639	517	2913	13
Centro-Oeste (CO)	377	442	1546	13,8
<i>Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), novembro de 2024. Elaboração própria.</i>				

As médias apresentadas nas Tabelas 6 e 7 ainda ocultam desigualdades importantes entre municípios, zonas urbanas e rurais, além de populações específicas (como povos indígenas, ribeirinhos e residentes em periferias urbanas). Essas disparidades devem ser

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*¹⁷

consideradas na formulação de políticas públicas e no financiamento da rede de APS e AE, sob risco de reforçar iniquidades históricas.

Considerando a população brasileira com 45 anos ou mais atendida pelo SUS, estimam-se anualmente aproximadamente 60,9 milhões de ECGs; 59,7 milhões de Testes Ergométricos e 6,1 milhões de exames de Holter. Isso corresponde a cerca de 30.000 ECGs, 29.400 Testes Ergométricos e 3.000 exames de Holter por 100 mil habitantes (Brasil, 2017).

Exames como o eletrocardiograma são fundamentais não apenas para a detecção e acompanhamento de condições cardíacas, mas também para avaliações pré-operatórias e monitoramento de rotina de pacientes com doenças cardiometabólicas, como hipertensão e diabetes (Bernardino Júnior et al., 2020).

A redução das filas na atenção especializada depende, fundamentalmente, de uma APS forte, estruturada e bem articulada com os demais níveis do sistema. A centralidade da APS no SUS não deve ser interpretada como autossuficiência ou isolamento, mas como um papel estratégico de coordenação do cuidado dentro de uma rede integrada.

A análise das internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) é frequentemente utilizada como indicador de efetividade. No entanto, é preciso reconhecer que tais internações refletem o desempenho da rede assistencial como um todo, incluindo a disponibilidade de exames, a fluidez da regulação e a capacidade de resposta da atenção especializada.

Dessa forma, a resolutividade da APS exige não apenas competência clínica e estrutura local, mas também o acesso oportuno a serviços de maior densidade tecnológica. Sem essa articulação sistêmica, a APS se vê limitada em sua função ordenadora, e o sistema como um todo permanece sobrecarregado e ineficiente.

A falta de acesso adequado a serviços de diagnóstico por imagem e métodos gráficos de cardiologia mais simples limita a capacidade dos profissionais da APS de confirmar hipóteses diagnósticas e monitorar condições de saúde com precisão (Soares et al., 2024).

Com o avanço das tecnologias para diagnóstico precoce, a ampliação do acesso a exames na APS complementa a avaliação clínica, reduzem encaminhamentos desnecessários, permitem intervenções mais rápidas e efetivas, e previnem complicações, fortalecendo a APS como porta de entrada resolutiva no sistema de saúde (Almeida et al., 2020), pois auxilia no diagnóstico precoce e o manejo adequado de diversas condições agudas e crônicas, como pneumonia e insuficiência cardíaca (radiografia de tórax), coledoclitase e doenças renais (ultrassonografia abdominal), e câncer de mama (mamografia). Exames como ultrassonografia obstétrica, ecocardiograma e doppler de

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

membros inferiores também permitem a identificação precoce de complicações em gestantes (TABELA 8).

Tabela 8 - Relação entre Linhas de Cuidado e Exames de Diagnóstico por Imagem no SUS				
Linhas de Cuidado	Radiologia	Ultrassonografia	Tomografia	Ressonância
Acidente Vascular Encefálico (AVE)		X	X	X
Paciente coronariopata ou com vasculopatias	X	X	X	X
Paciente com problemas osteomusculares			X	X
Paciente com queixas e sintomas neurológicos			X	X
Paciente com distúrbios neuroendócrinos				X
Paciente com pneumopatia	X		X	
Paciente oncológico	X		X	X
Paciente com doença renal crônica		X		
Gestante		X		
<p>Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015</p>				

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.

Estudo realizado em um município do Norte do Brasil, identificou que a maioria dos exames realizados nas UBS e em outros municípios eram enviados para análise na capital do estado, o que atrasa a entrega dos resultados aos profissionais e pacientes (Rodrigues et al., 2021). **O atraso do tempo para diagnóstico e início de tratamento pode cronificar casos inicialmente tratáveis.**

A análise do contexto regional não pode ignorar a dimensão política da relação público-privado. Em muitas regiões, a oferta de AE é majoritariamente privada, contratualizada pelo SUS.

A dependência do setor privado para exames e consultas especializadas é tamanha que a expansão da APS acaba por pressionar ainda mais um sistema pouco responsivo e com baixa contratualização pública. Isso destaca a urgência de investimentos na ampliação da oferta pública de AE, sobretudo ambulatorial, com retaguarda diagnóstica.

Deve-se, no entanto, evitar a abordagem de disseminar equipamentos de alto custo, como tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética, em cada município, reconhecendo que isso não é custo-efetivo. A proposta de uma **rede regionalizada de média e alta complexidade baseadas nas necessidades da população, integrada ao suporte de especialistas a distância**, é essencial para otimizar recursos e garantir acesso equitativo aos exames de apoio diagnóstico no SUS.

É importante destacar que um dos principais entraves gerenciais para organização dessa rede é a baixa governabilidade dos municípios sobre parte dos serviços especializados, que muitas vezes se encontram sob gestão estadual.

Deste modo é importante estabelecer centros regionais bem equipados e interligados à APS por meio de teleconsultas e sistemas de regulação, além de atualizar sistematicamente a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que frequentemente mostra-se defasada e insuficiente para reduzir a fragmentação entre as redes estadual e municipal.

A resolutividade/resolubilidade da APS como vetor de sustentabilidade financeira e redução da demanda por serviços de média e alta complexidade

A resolutividade/resolubilidade na APS diz respeito à sua capacidade de oferecer soluções efetivas para os problemas de saúde da população, promovendo resultados clínicos e sociais positivos tanto em nível individual quanto coletivo. (Chaves ACC, Scherer MDDA,

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.20

Conill EM. What contributes to Primary Health Care effectiveness? Integrative literature review, 2010-2020. Cienc e Saude Coletiva. 2023;28(9):2537–51.)

A ESF, modelo brasileiro de APS, com sua abordagem comunitária, atuação multiprofissional e presença capilarizada no território, aliada a uma atuação com baixa densidade tecnológica, é eficaz na identificação precoce de agravos, no acompanhamento longitudinal e na prevenção de complicações. Isso permite que muitas demandas possam ser resolvidas sem necessidade de encaminhamento para serviços mais complexos e onerosos. (SANTOS, F. M. dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. Revista Brasileira De Epidemiologia, [s. l.], v. 25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>)

A capacidade de identificar e resolver problemas antes que se agravem tem efeitos diretos sobre a sustentabilidade do SUS: reduz internações evitáveis, evita exames complexos e procedimentos de alto custo desnecessários, diminuindo o uso excessivo de serviços especializados.

Portanto, investir na resolutividade da APS é uma estratégia central não apenas para a qualidade da atenção, mas para a eficiência econômica e a sustentabilidade financeira de todo o sistema de saúde pública em um país de dimensões territoriais como o Brasil. Um SUS economicamente viável e equitativo exige uma APS forte, estruturada e devidamente valorizada em seu papel ordenador e coordenador do cuidado.

Mudança de paradigmas e quebras de mitos em relação a regulação do acesso: "tem que ir primeiro no posto" ou "tem que voltar pro posto de saúde para marcar o exame"

A expressão acima é comum de ser proferida e ouvida nos serviços de atenção especializada no Brasil, ela expressa a **capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado** do sistema de saúde, e não somente da APS. Cria-se uma perversão sob a lógica de vinculação e da coordenação do cuidado que dificulta o acesso do usuário, pois cria barreiras para a jornada dos usuários do SUS nos serviços de saúde, sem melhorar o fluxo de informações e comunicação entre os níveis de atenção, onerando principalmente o paciente, seus familiares e cuidadores.

Embora essas ideias estejam associadas à lógica de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, elas frequentemente revelam uma distorção no funcionamento da

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*21

rede de atenção à saúde que em vez de facilitar o acesso e a coordenação do cuidado no SUS, pode acabar por **criar obstáculos e desorganizar a jornada dos usuários**. Devemos também **evitar retornos desnecessários a APS, sob a alegação de vinculação, sem que haja produção de informação ou monitoramento do itinerário do paciente para equipe, burocratizando e dificultando o fluxo do paciente na rede**.

Em muitos municípios, a forma de pagamento da atenção especializada e a contratualização com esses serviços é responsável por esse retorno à APS para reencaminhar os usuários para outras especialidades. **Mudanças nos sistemas de regulação do acesso, que incorporem nas contratualizações com a atenção especializada um percentual de consultas, para o mesmo serviço, que ocorram entre as especialidades focais, e estudos de multimorbidades e suas conexões poderiam subsidiar essas “cotas”**.

A APS, como porta de entrada e coordenadora do cuidado, deve desempenhar um papel central na organização e regulação do acesso às demais especialidades. No entanto, para que isso ocorra de forma eficiente, é essencial investir em análises detalhadas do perfil dos usuários atendidos, incluindo **a avaliação da possibilidade de alta com transferência de cuidado de volta à APS**. A **contrarreferência** é o retorno do paciente ao nível primário, após a resolução do problema ou o tratamento inicial no nível especializado. O especialista ou serviço de alta complexidade devolve ao médico da APS informações sobre o diagnóstico, tratamentos realizados e orientações para o seguimento. Esse processo é essencial para garantir a continuidade do cuidado, evitando fragmentação, duplicação de esforços e o **“efeito velcro”, em que pacientes permanecem permanentemente vinculados a níveis de média e alta complexidade, muitas vezes sem justificativa clínica, sobrecarregando a rede e enfraquecendo o papel resolutivo da APS**.

A disponibilidade e transferência de informações são fundamentais para a continuidade da atenção. É necessário estabelecer fluxos que facilitem a contrarreferência e o retorno do vínculo à APS após o atendimento especializado, garantindo que os pacientes recebam o cuidado certo no local apropriado em tempo oportuno. Essa abordagem exige articulação entre os níveis de atenção, pactuação regionalizada e uso de evidências epidemiológicas para fortalecer o planejamento e a governança do sistema de saúde.

Isso é possível só com duas condições: 1) Todas as equipes de APS possuem instrumentos de comunicação bidirecionais com a rede de serviços de AE gerenciados pela central de regulação assistencial da região de saúde correspondente e 2) Toda (ou a grande maioria) da oferta SUS (municipal, estadual, federal, da rede conveniada) de exames,

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*²²

consultas, procedimentos, leitos está na gestão de uma única central de regulação regional. Nessa condição podemos monitorar, planejar reajustes e investimentos, gerenciar fila de espera, etc. etc. Injetar recursos para AE em um sistema com regulação fraca, pode ter efeitos perversos. Entre eles: desconfiança das pessoas sobre a capacidade resolutiva da APS; aumento da demanda de consultas especializadas pela maior disponibilidade de oferta; riscos iatrogênicos; e outros.

Implementação de indicadores para monitorar o fluxo de encaminhamento

Para que haja REAL coordenação do cuidado e organização do acesso pela APS é necessário que a ESF se aproprie sobre a demanda para a AE, garantindo que os profissionais da APS tenham **acesso regular a informações como listas de espera, tempos estimados para consultas e exames, e motivos de encaminhamento**. Essa integração permite que a APS desempenhe seu papel como porta de entrada e reguladora do sistema de saúde.

Paralelamente, deve ser promovida a autonomia dos usuários no cuidado à saúde, incentivando a educação em saúde e a comunicação ativa com a APS, sendo esclarecidos sobre os fluxos de encaminhamento, incluindo o **tempo estimado de espera e a importância de informar à UBS em caso de impossibilidade de comparecimento, para que a vaga possa ser redistribuída**.

Medidas como a entrega de um **documento identificando a posição do usuário na lista de espera e a instalação de murais informativos com dados sobre consultas agendadas e faltas na AE** podem promover maior transparência e engajamento. Adicionalmente, a **presença de trabalhadores de saúde nas UBS, responsáveis por acompanhar os encaminhamentos** garantiria que os processos fossem monitorados e que o vínculo do usuário com a APS fosse mantido após o atendimento especializado.

Faltam ainda avaliações robustas sobre a efetividade das estratégias de coordenação entre APS e AE no Brasil. Iniciativas como Telessaúde, regulação informatizada e modelos formativos precisam ser objeto de estudos em diferentes contextos regionais. Ademais, é importante ampliar a discussão sobre a qualidade da AE, hoje menos monitorada que a APS, o que limita o aprimoramento da rede como um todo.

A coordenação efetiva exige uma relação qualificada entre APS e AE. Duas direções estratégicas são fundamentais: (1) revisar e fortalecer os mecanismos de cooperação entre os níveis, promovendo comunicação eficaz e centrada na pessoa; e (2) ampliar a

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*²³

resolutividade da APS para evitar encaminhamentos desnecessários e dependência desnecessária e onerosa da AE. Investir exclusivamente na AE sem qualificar a APS pode reduzir sua resolutividade e agravar os problemas sistêmicos do SUS.

Os 10 Aspectos-Chave para a Regulação do Acesso e Coordenação do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde

Essa Nota Técnica tem como objetivo apontar direcionamentos e lacunas que devem ser preenchidas para que haja o fortalecimento da APS no cenário brasileiro. Deixamos após breve retrospectiva do estado da arte em relação a integração da APS e AE, **10 Aspectos-Chave para a Regulação do Acesso e Coordenação do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde:**

1. APS como porta de entrada preferencial em situações não urgentes
A APS, preferencialmente organizada por equipes de Saúde da Família, deve ser a porta de entrada para atendimentos não urgentes, com garantia de acesso ordenado e coordenação eficiente do cuidado.
2. Evitar que a porta de entrada via APS se torne uma barreira de acesso
A APS deve funcionar como uma porta de entrada efetiva, não como uma trava ao acesso. A implementação de mecanismos que otimizem o fluxo assistencial e resolvam gargalos é essencial para garantir que os usuários tenham acesso ao cuidado adequado no momento necessário. Mesmo sendo porta de entrada, a ESF tem pouca autonomia na gestão do acesso à AE, e baixa participação na definição de prioridades. Isso fragiliza a resolutividade e a coordenação longitudinal do cuidado, contribuindo para o uso excessivo da AE e para a formação de filas desnecessárias.
3. Redesenho do perfil da oferta baseado na demanda da APS
É essencial alinhar a oferta de AE às necessidades encontradas na APS e ir além da simples ampliação da oferta, promovendo a reorganização das redes assistenciais com base na integração efetiva entre a APS e a AE, na adoção de critérios clínicos e sociais para priorização, na regulação pública transparente e no fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado.
4. Financiamento de pesquisas que identifiquem as necessidades reais de referência da APS para a AE
No Brasil, a concentração dos principais serviços de apoio diagnóstico em clínicas especializadas e hospitais públicos e privados gera desafios para a coordenação entre os

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*²⁴

níveis de atenção, frequentemente resultando em encaminhamentos inadequados ou atrasados. Estudos bem estruturados podem fornecer dados robustos sobre os principais gargalos, como a insuficiência de especialidades estratégicas e a necessidade de protocolos mais eficientes. Além disso, essas pesquisas podem orientar políticas públicas para o fortalecimento da resolubilidade da APS, promovendo o uso racional dos recursos e garantindo que os pacientes sejam referenciados de forma justa, com acesso oportuno aos cuidados especializados que realmente necessitam. Realizar diagnóstico sobre estrutura, fluxos e capacidade resolutiva da APS, por si, já embasa a montagem do processo regulatório intrínseco mais equânime e atualizado.

5. Comunicação e contrarreferência efetivas mediante sistemas integrados de comunicação e regulação assistencial

A ausência de mecanismos eficazes para comunicação e contrarreferência resulta na perda de vínculo entre os pacientes e a APS. Sistemas integrados e protocolos claros são necessários para manter a continuidade do cuidado. A territorialização da atenção especializada ampliaria a comunicação entre os profissionais e os serviços. A integração da gestão de todos os procedimentos da rede de serviços de AE do SUS em uma única central regional representa uma condição essencial para assegurar a equidade do acesso.

6. Intensificação Tecnológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Equipar as UBS com tecnologias adequadas e adaptadas às necessidades regionais aumenta sua resolubilidade e diminui a dependência de serviços de maior complexidade. Existem várias soluções de telessaúde e teleconsulta que permitem aumentar significativamente o acesso a serviços de AE, evitando a fragmentação e facilitando a vida das pessoas, que evitam deslocamento.

7. Criação de espaços de interação científica entre a APS e AE

Eventos como a "I Jornada de Coordinación entre Neumología y Atención Primaria" promovem o diálogo interprofissional, possibilitando a construção de protocolos conjuntos, o alinhamento de práticas e a troca de conhecimentos entre os níveis de atenção. Espaços como esse devem ser potencializados para atender às necessidades regionais específicas, promovendo maior integração e eficiência entre APS e AE. Essas iniciativas não apenas ampliam a resolubilidade da APS como coordenadora do cuidado, mas também promovem a continuidade assistencial e a criação de redes de colaboração, resultando em benefícios diretos para os usuários do sistema de saúde, com fluxos mais eficientes e uma assistência mais integrada e de qualidade.

8. Desenvolvimento de Ferramentas Eletrônicas

Soluções eletrônicas para a regulação do acesso, como plataformas integradas para agendamentos, contrarreferência e acompanhamento clínico, devem ser customizadas às demandas regionais.

9. Fortalecimento da Governança, Planejamento Regional e Promoção de Incentivos à Gestão Regional

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*²⁵

A falta de governança regional efetiva e de planejamento estruturado leva a uma fragmentação da rede. Incentivos e instrumentos de gestão regional, como implementado em alguns estados, podem ser soluções concretas para enfrentar esse desafio. Pensar em oferta de serviços especializados ambulatoriais de média complexidade também na perspectiva regionalizada. A falta de incentivos claros para gestores regionais é um entrave para a integração e eficiência da rede. Incentivar a colaboração regional é um passo crítico para fortalecer o planejamento territorial. Existem iniciativas estaduais de promoção da regionalização em Mato Grosso do Sul e São Paulo que podem funcionar como laboratórios.

10. Transparência e Acesso Aberto as bases de dados da APS/ESF

A transparência e o acesso aberto aos dados da APS/ESF, especialmente do SISAB e e-SUS/APS, são essenciais para qualificar a gestão e o planejamento em saúde. Diferente de outras bases do SUS, esses dados seguem restritos, acessíveis apenas mediante solicitação, o que inviabiliza análises oportunas e ajustes às demandas locais assertivas. Essa limitação compromete a articulação entre os níveis de atenção e enfraquece a governança da APS. Ampliar o acesso qualificado, com anonimização e proteção de dados, é estratégico para consolidar a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Cien Saude Colet.* 2020;25(6):2213-2226. doi: 10.1590/1413-81232020256.27792018.

Amaral P, Luz L, Cardoso F, Freitas R. Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais.* 2017;19(2).

Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG, Silveira TB. The Regulatory Complex for Health Care in the Federal District, Brazil and the challenge for integrating levels of health care. *Cien Saude Colet.* 2019 ;24(6):2043-2052. doi: 10.1590/1413-81232018246.08132019.

Bernardino Junior SV, Medeiros CRG, Souza CF de, Kich J, Alves AM, Castro LC de. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate.* 2020;44(126):694–707.

Brasil. Ministério da Saúde. Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2017. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>

Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás. 26

Chaves ACC, Scherer MDDA, Conill EM. What contributes to Primary Health Care effectiveness? Integrative literature review, 2010-2020. *Cienc e Saude Coletiva*. 2023;28(9):2537–51.

Facchini LA et al. Projeto AQUARES Relatório Final - Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: Acesso e Qualidade da Atenção. Pelotas; 2010 Mar.

Faria M, Camargo M, Aguilar A, Tasca R. (2022). Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família. Estudo Institucional n. 8. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Chan BT, Austin PC. Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. *Med Care*. 2003 Apr;41(4):500-11. doi: 10.1097/01.

Fidelis de Almeida P, Giovanella L, Helena Magalhães de Mendonça M, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities [Internet]. Vol. 26, fev. 2010. Available from: <http://www.census.gov/ipc/www/cspro>

Giovanella L, Mendonça MHM de. Atenção Primária à Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.

Giovanella L, Mendonça MHM de, Almeida PF de, Escorel S, Senna M de CM, Fausto MCR, et al.. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*.. 200914(3):783–94. doi: 10.1590/S1413-81232009000300014

Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa J de O, Stralen AC de S van, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2016;21(9):2739–48. doi: 10.1590/1413-81232015219.15912016

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. 2020.

Bender A da S, Molina LR, Mello ALSF de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espac. Saude*. 2011;2025;11(2):56-65.

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*27

Mori NLR, Olbrich Neto J, Spagnuolo RS, Juliani CMCM. Resolution, access, and waiting time for specialties in different models of care. *Rev Saude Publica*. 2020 Jan 31;54:18. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001627

Rocha R, Rache R & Nunes, L. (2022). A Regionalização da Saúde no Brasil. Estudo Institucional n.7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Rodrigues KV, Almeida PF de, Cabral LM da S, Fausto MCR. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde em Debate*. 2021;45(131):998–1016.

Roncoletta A, Gusso GD, Benseñor IM, Lotufo PA. A reappraisal in São Paulo, Brazil (2008) of “The ecology of medical care:” The “One per thousand 's rule.” *Fam Med*. 2012;44(4):247–51.

Rosa L, Arruda H, Faria M, Mrejen M, Nobre V, Aguillar A & Rocha R. (2023). *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados*. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

SANTOS, F. M. dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, [s. l.], v. 25, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>

Silva DP. *Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de saúde da família do município de Pintópolis – MG : uma proposta de intervenção [Trabalho de Conclusão de Curso]*. Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

Soares D de J, Vilasbôas ALQ, Souza MKB de, Júnior José PB. *Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil*. *Saúde em Debate*. 2024;48(142).

Solla J, Chioro A. *Atenção Ambulatorial Especializada*. In: *POLÍTICAS E SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL*. 1971. p. 238–42.

Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. The waiting time for specialized medical consultations in a small municipality of Minas Gerais, Brazil. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*. 2015;19(1):72–8.

White L. The ecology of medical care revisited. *English Journal*. 2001;344(26):2021–5.

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*28

White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. Bulletin of the New York Academy of Medicine: Journal of Urban Health. 1996;73(1):187–204.

*Nota: No Centro-Oeste, os indicadores agregados são fortemente influenciados pelo Distrito Federal, cuja infraestrutura e capacidade instalada diferem significativamente de estados vizinhos como Mato Grosso e Goiás.*29