

Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no SUS: reflexões para uma integração assistencial oportuna, efetiva e centrada no usuário

Magda Moura de Almeida, Claunara Schilling Mendonça, Renato Tasca, Sandro Rogério Rodrigues Batista

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS e tem papel fundamental na organização do cuidado. No entanto, muitas dificuldades ainda existem na relação entre a APS e a Atenção Especializada (AE), como filas de espera, dificuldade de acesso a exames e falhas na comunicação entre os serviços. Com a criação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), surge uma oportunidade importante para melhorar essa integração. Esta nota técnica discute os principais desafios dessa relação e destaca a necessidade de fortalecer a APS não de forma isolada, mas em articulação com toda a rede de atenção. São abordados problemas como a fragmentação do cuidado, a falta de acesso a exames e especialistas, a regulação pouco eficiente e as desigualdades regionais. O texto também apresenta dados nacionais e internacionais que ajudam a entender como os usuários utilizam os serviços de saúde e como isso impacta o funcionamento do sistema. Por fim, são propostas ações práticas para melhorar a integração entre APS e AE, como fortalecer a comunicação entre os serviços, ampliar o acesso a exames, melhorar os sistemas de regulação e garantir que o cuidado seja contínuo e centrado no usuário. O fortalecimento da APS, aliado a uma rede bem organizada, é essencial para reduzir filas, melhorar o acesso e tornar o SUS mais eficiente e equitativo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Sistemas de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the main entry point to the Brazilian Unified Health System (SUS) and plays a fundamental role in organizing care. However, many challenges still exist in the relationship between PHC and Specialized Care (SC), such as waiting lists, difficulty accessing diagnostic tests, and communication failures between services. With the creation of the National Policy for Specialized Care (PNAES), an important opportunity arises to improve this integration. This technical brief discusses the main challenges in this relationship and highlights the need to strengthen PHC not in isolation, but in coordination with the entire health care network. Issues addressed include fragmentation of care, limited access to tests and specialists, inefficient regulation systems, and regional inequalities. The text also presents national and international data that help explain how users access health services and how this impacts system performance. Finally, practical actions are proposed to improve integration between PHC and SC, such as strengthening communication between services, expanding access to diagnostic tests, improving regulatory systems, and ensuring that care is continuous and patient-centered. Strengthening PHC, combined with a well-organized care network, is essential to reduce waiting times, improve access, and make the SUS more efficient and equitable.

Palavras-chave: Primary Health Care; Secondary Care; Health Systems; Health Services Accessibility; Comprehensive Health Care.

Revista da Rede APS 2026

Publicada em: 14/04/2026

DOI: 10.14295/aps.v8i1.428

Magda Moura de Almeida
(Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará)

Claunara Schilling Mendonça
(Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição)

Renato Tasca
(Instituto de Estudos para Políticas de Saúde)

Sandro Rogério Rodrigues Batista
(Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás; Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Brasília)

Correspondência para:
Magda Moura de Almeida
(magda.almeida@mfc@gmail.com)

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).¹

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).

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 (Giovanella et al., 2009). 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, estabeleceu 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 serviços especiais de acesso aberto, como hospitais de pequeno porte e maternidades.

Faz, portanto, somente pouco mais de uma década que o acesso à atenção especializada passou a ser referenciado pelos serviços estabelecidos como portas de entrada (Giovanella & Mendonça, 2012), e somente em 2023 foi instituída a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), gerando uma idiosincrasia importante com 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.

¹ Este artigo foi adaptado de uma das quatro Notas Técnicas da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e faz parte do esforço contínuo de reflexão crítica e proposição de caminhos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção à centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e estruturante das redes de atenção. Estas contribuições dialogam diretamente com desafios contemporâneos da política de saúde no Brasil, em um contexto de transformações institucionais, normativas e organizacionais. Elas abordam

dimensões complementares e interdependentes da APS em especial do modelo assistencial de abordagem comunitária e territorializada, com equipe multiprofissional que alia o cuidado individual e coletivo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os(as) autores(as) agradecem a Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde na figura da professora Ligia Giovanella (Fiocruz) e do professor Luiz Augusto Facchini (UFPEL) e à OPAS pelo suporte financeiro.

Para a APS realmente ser a base do sistema, ela precisa estar integrada com os outros serviços e trabalhar junto com eles. Caso contrário, corre-se o risco de manter uma visão limitada da APS, como um serviço simples e voltado apenas para populações mais vulneráveis. Além disso, por estar mais próxima das pessoas, a APS conhece melhor as necessidades de saúde da população. Por isso, ela é essencial para ajudar a planejar os serviços especializados, definindo quais especialidades são mais necessárias e qual o volume de consultas, exames e procedimentos que devem ser ofertados.

SISTEMAS INTERNACIONAIS COMPARADOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Desde um estudo clássico chamado *The Ecology of Medical Care* (White, Williams & Greenberg, 1996), publicado em 1961, existe a ideia de que a maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida na APS, e que apenas uma pequena parte dos pacientes precisa de serviços mais especializados, como hospitais (Figuras 1 e 2).

Nesse estudo, realizado com populações dos Estados Unidos e do Reino Unido, foi observado que, em um grupo de 1.000 adultos, ao longo de um mês, 750 pessoas relataram algum problema de saúde. Mesmo assim, apenas 250 procuraram um médico. Desses, 9 foram internados, 5 foram encaminhados para outro médico e apenas 1 chegou a um hospital universitário. Esses dados passaram a ser usados ao longo do tempo para defender que cerca de 94% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos na APS.

Anos depois, em 2001, o estudo foi revisitado (White, 2001). Mesmo com muitas mudanças no sistema de saúde, os padrões gerais de uso dos serviços continuaram parecidos. Nesse novo estudo, 80% das pessoas relataram algum sintoma em um mês, mas apenas cerca de um terço pensou em procurar atendimento, e pouco mais de 20% realmente foram a uma consulta médica. Uma parcela pequena buscou especialistas, atendimento domiciliar, emergência ou internação.

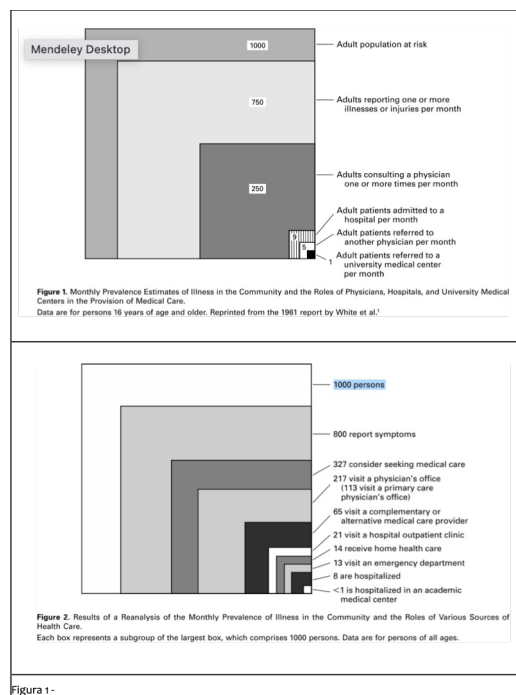


Figura 1 -

Apesar dessas semelhanças, é importante considerar que o contexto mudou bastante entre os dois períodos. Surgiram políticas importantes, como o Medicare e o Medicaid nos Estados Unidos, e houve um grande avanço tecnológico. Na época do primeiro estudo, muitos recursos que hoje são comuns como tomografia, transplantes, endoscopias e diversos medicamentos, ainda não existiam. Também não havia profissionais como enfermeiros especializados, assistentes médicos, nem a medicina de família como especialidade estruturada.

Já 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).

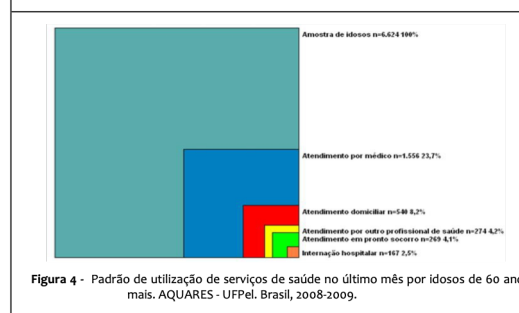
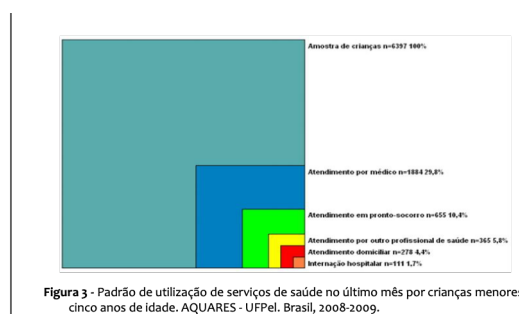
Considerando os dados do estudo canadense, a resolutividade da APS estimada em 67% é significativamente inferior à taxa internacionalmente difundida de 94%,

mostrando que existe variação. Essa diferença nos convida a uma reflexão crítica sobre como a resolubilidade 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.

No Brasil, um estudo realizado pela Universidade Federal de Pelotas analisou como a população utiliza os serviços de saúde. Foram entrevistadas mais de 25 mil pessoas, incluindo adultos, crianças pequenas e idosos, em 100 municípios de todas as regiões do país. Do total de pessoas entrevistadas, cerca de um terço (34,5%) procurou atendimento médico no mês anterior.

A maioria dessas consultas aconteceu na Unidade Básica de Saúde (UBS), mostrando a importância da APS. Mesmo assim, uma parte significativa da população buscou outros tipos de serviço. Cerca de 14% foram atendidos em ambulatórios especializados de hospitais, enquanto uma parcela menor procurou consultórios particulares ou centros de especialidades.

Esses dados mostram que, embora a APS seja o principal ponto de cuidado no território brasileiro, muitos usuários ainda recorrem a outros serviços, o que reforça a importância de uma boa integração entre os diferentes níveis de atenção (Facchini et al., 2008).



Outro estudo brasileiro, realizado em São Paulo com usuários de plano de saúde (Roncoletta et al., 2012), encontrou um resultado um pouco diferente. Menos pessoas relataram sintomas de saúde (cerca de 40%), mas, por outro lado, houve mais internações quando comparado aos estudos dos Estados Unidos e do Reino Unido. Isso pode estar relacionado a diferenças culturais, à forma como as pessoas percebem a saúde e a doença, ao acesso aos serviços ou até ao perfil da população estudada, que pode ser mais idosa. A Tabela 1 reúne e compara os dados desses diferentes estudos.

Tabela 1 - Utilização dos serviços de saúde em diferentes estudos

Indicador	EUA/UK (1940- 1950)	EUA (2001)	São Paulo, Brasil (2008- 2009)*	AQUARES, UFPEL (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**

No Brasil, entre 2008 e 2009, cerca de metade da população já era acompanhada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Mesmo assim, a procura por especialistas continuava alta, representando cerca de 40% dos atendimentos.

Também chamou atenção o uso de serviços de urgência por crianças pequenas, com cerca de 10% delas indo para pronto atendimento. Entre os idosos, mais de 8% recebiam cuidados em casa.

Esses dados mostram que, apesar do avanço da APS, muitas pessoas ainda precisam de outros tipos de cuidado. Isso reforça a importância de organizar melhor a rede de saúde, para garantir acesso adequado em cada nível.

Mais recentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostrou que 76,2% dos brasileiros consultaram um médico no último ano, o que representa cerca de 160 milhões de pessoas. Esse número aumentou em relação a 2013. O uso dos serviços também varia conforme a idade e o local (TABELA 2). Os idosos são os que mais consultam médicos, e as consultas são mais frequentes nas áreas urbanas do que nas rurais.

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%

É preciso destacar que 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).

Os achados dos diferentes estudos demonstram uma pressão significativa sobre os serviços de urgência e de especialistas no sistema brasileiro comparando com outros sistemas de saúde, mesmo com ampla cobertura da APS brasileira. Tais achados reforçam a importância de fortalecer a capacidade resolutiva da APS e aprimorar os mecanismos de regulação do acesso à média complexidade.

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 (Quadro 1). 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.

Quadro 1 - 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

Quando o paciente precisa ser avaliado ou acompanhado por um especialista, é fundamental que haja uma conexão direta entre a APS e a AE. Nesse processo, a responsabilidade pelo cuidado pode ser temporariamente assumida pela AE, mas o vínculo e a responsabilidade contínua devem permanecer com a APS.

Uma estratégia importante para fortalecer essa integração, já identificada em capitais brasileiras, é a implantação de centrais informatizadas de regulação, que ajudam a organizar o acesso e a comunicação entre os serviços (Giovannella et al., 2009).

Para que essa articulação funcione de fato, é essencial haver colaboração entre os níveis de atenção. Isso inclui comunicação eficiente, compartilhamento de informações e definição conjunta de planos de cuidado. A transição entre APS e AE não deve ser vista como um simples encaminhamento, mas como um processo contínuo, que exige protocolos bem definidos, sistemas de informação integrados e articulação clínica, especialmente no retorno do paciente para o acompanhamento no território. Uma boa integração entre APS e AE também contribui para o uso mais eficiente dos recursos do sistema. Ao evitar encaminhamentos desnecessários, é possível direcionar melhor os serviços especializados para os casos que realmente precisam de maior densidade tecnológica, como cirurgias complexas e doenças mais avançadas.

Nesse sentido, o planejamento da oferta de serviços deve estar alinhado às necessidades da

população e à capacidade de resposta da APS. Quando bem estruturada, a APS consegue resolver a maior parte dos problemas de saúde, reduzindo a sobrecarga sobre a atenção especializada.

Para isso, é importante ampliar o acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos adequados na APS, como eletrocardiograma, ultrassonografia (POCUS), pequenos procedimentos ambulatoriais e tratamentos como infiltrações articulares. Com equipes qualificadas e uso de protocolos baseados em evidências e custo-efetividade, é possível aumentar a resolutividade da APS e melhorar o funcionamento de toda a rede de atenção.

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 MD, 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.

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 escala e escopo, que, não sendo considerada, pode, inclusive gerar duplicidade a partir das pactuações dos serviços especializados ofertarem as OClS (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 resolutiva.

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 (Tabela 4), 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.

A razão de 38 serviços por 100.000 habitantes (≈1 para 2.632 pessoas) pode sugerir boa oferta, especialmente na APS, mas é insuficiente para avaliar a adequação da rede. Em alguns contextos, sobretudo na AE, pode indicar fragmentação e baixa eficiência. A persistência de problemas de acesso e resolutividade aponta que o principal desafio não é a quantidade de serviços, mas sua organização e integração em rede.

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 atenção a saúde de populações indígenas / 001 atenção básica a populações indígenas	103	90	28	29	62	312
159001 159 atenção primária / 001 atenção primária	974	2143	3997	1782	714	9610
159004 159 atenção primária / 004 estratégia de saúde da família	3648	15744	11381	5587	2867	39227
159006 159 atenção primária / 006 núcleo ampliado de saúde da família e atenção primária	789	3244	3274	1725	804	9836
159007 159 atenção primária / 007 atenção primária para população ribeirinha	1156	98	10	8	1	1273
159008 159 atenção primária / 008 consultório de rua	32	93	190	42	34	391
159009 159 atenção primária / 009 atenção primária para população prisional	89	181	319	154	177	920
159010 159 atenção primária / 010 atenção primária 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 APS no SUS comparados aos estabelecimentos de

diagnóstico por imagem, por região, mostram que 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 (Tabela 5).

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). 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).

Tabela 6 - Distribuição de estabelecimentos de Imagem no SUS por 100.000hab, por Região 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
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

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

Considerando a população brasileira com 45 anos ou mais atendida pelo SUS, estima-se a a necessidade anual de aproximadamente 60,9 milhões de eletrocardiograma (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 os ECGs 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 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).

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

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

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

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 resolutive no sistema de saúde (Almeida et al., 2020), a medidade que auxilia no diagnóstico precoce e o manejo adequado de diversas condições agudas e crônicas, como pneumonia e insuficiência cardíaca (radiografia de tórax), colelitíase e doenças renais (ultrassonografia abdominal), e câncer de mama (mamografia). Exames como

ultrassonografia obstétrica, ecocardiograma e doppler de 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		

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

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.

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.

MUDANÇA DE PARADIGMAS E QUEBRAS DE MITOS EM RELAÇÃO A REGULAÇÃO DO ACESSO

A expressão “tem que ir primeiro no posto” ou “tem que voltar para o posto de saúde para marcar o exame” é recorrente nos serviços de atenção especializada no Brasil. Embora, à primeira vista, remeta à lógica de ordenação do acesso e à coordenação do cuidado pela APS, ela expressa, na prática, uma responsabilidade que é de todo o sistema de saúde, e não exclusivamente da APS. Essa interpretação distorcida acaba produzindo efeitos perversos. Sob a justificativa de vinculação e coordenação do cuidado, criam-se barreiras adicionais à jornada do usuário no SUS, sem que haja, necessariamente, melhoria na comunicação ou no fluxo de informações entre os níveis de atenção. O ônus recai, sobretudo, sobre o paciente, seus familiares e cuidadores.

Embora essas práticas estejam associadas à racionalidade da regulação do acesso, frequentemente revelam falhas no

funcionamento da rede de atenção à saúde. Em vez de facilitar, acabam por dificultar o percurso do usuário, fragmentando o cuidado e desorganizando fluxos assistenciais. A racionalidade gerencial, nesse contexto, deveria incluir a redução de retornos desnecessários à APS quando não há produção de informação clínica relevante, monitoramento do itinerário do paciente ou continuidade do cuidado pela equipe. Caso contrário, o que se observa é a burocratização do acesso e a ineficiência no uso dos recursos disponíveis.

Em muitos municípios, esse fenômeno está diretamente relacionado aos modelos de financiamento e à forma de contratualização da atenção especializada, que frequentemente induzem o retorno do paciente à APS apenas para reencaminhamento a outras especialidades. Nesse sentido, torna-se necessário repensar os sistemas de regulação do acesso, incorporando nas contratualizações mecanismos que permitam a articulação direta entre especialidades focais, inclusive com a definição de percentuais de consultas interespecialidades no mesmo serviço.

A APS, como porta de entrada e coordenadora do cuidado, deve manter papel central na organização do acesso às demais especialidades. No entanto, para que isso ocorra de forma efetiva, é fundamental investir em análises mais qualificadas do perfil dos usuários atendidos, incluindo a avaliação da possibilidade de alta com transferência de cuidado de volta à APS. Nesse ponto, a contrarreferência assume papel estratégico: trata-se do retorno do paciente ao nível primário após resolução do problema ou estabilização clínica no nível especializado, acompanhado de informações qualificadas sobre diagnóstico, tratamento e orientações para seguimento. Esse processo é essencial para garantir continuidade do cuidado, evitando fragmentação, duplicidade de intervenções e o chamado “efeito velcro”, no qual pacientes permanecem vinculados desnecessariamente à média e alta complexidade, sobrecarregando a rede e enfraquecendo a resolutividade da APS.

A disponibilidade e a transferência qualificada de informações são, portanto, elementos centrais para a continuidade da atenção. É necessário estabelecer fluxos assistenciais que favoreçam a contrarreferência e o retorno do vínculo à APS após o atendimento

especializado, assegurando que os pacientes recebam o cuidado adequado, no local oportuno e no tempo adequado. Essa abordagem exige articulação efetiva entre os níveis de atenção, pactuação regional e uso de evidências epidemiológicas para orientar o planejamento e a governança do sistema de saúde.

Para que esse modelo funcione, duas condições estruturantes são fundamentais: (1) todas as equipes de APS devem dispor de instrumentos de comunicação bidirecional com a rede de atenção especializada, gerenciados por uma central de regulação assistencial regional; e (2) toda, ou a grande maioria, da oferta SUS (municipal, estadual, federal e conveniada), incluindo exames, consultas, procedimentos e leitos, deve estar sob gestão de uma única central de regulação regional.

Somente nessas condições é possível monitorar o sistema de forma efetiva, planejar ajustes e investimentos, gerenciar filas de espera e qualificar a alocação de recursos. A ampliação da oferta na atenção especializada em contextos de regulação frágil pode, ao contrário, produzir efeitos perversos, como o aumento da demanda desnecessária por consultas especializadas, riscos iatrogênicos e o enfraquecimento da confiança na capacidade resolutive da APS, comprometendo a sustentabilidade e a efetividade do sistema de saúde.

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

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.

IMPLEMENTAÇÃO DE INDICADORES PARA MONITORAR O FLUXO DE REFERENCIAMENTO

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.

OS 7 PASSOS PARA A REGULAÇÃO DO ACESSO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

1. APS como porta de entrada preferencial

Para pesquisadores e docentes:

A APS deve ser compreendida como eixo estruturante das redes de atenção, responsável pela coordenação do cuidado e ordenação dos fluxos assistenciais, especialmente em condições não urgentes. Sua efetividade depende da combinação entre acesso oportuno e capacidade resolutive.

Para gestores:

A APS precisa ser o primeiro lugar de cuidado, mas com acesso rápido e capacidade de resolver problemas. Se o paciente demora ou não tem solução, ele vai buscar outros caminhos e a rede desorganiza.

2. Evitar que a APS se torne barreira de acesso

Para pesquisadores e docentes:

A obrigatoriedade de passagem pela APS, quando não acompanhada de autonomia regulatória e integração sistêmica, pode produzir efeitos adversos, como atrasos no cuidado e ampliação de iniquidades no acesso.

Para gestores:

Não adianta obrigar o paciente a passar pela UBS se isso só atrasa o atendimento. A APS precisa facilitar o caminho, não travar.

3. Redesenho da oferta a partir da demanda da APS

Para pesquisadores e docentes:

O dimensionamento da atenção especializada deve ser orientado por evidências epidemiológicas e pelos padrões de demanda identificados na APS, superando modelos baseados exclusivamente na ampliação da oferta.

Para gestores:

Organize as especialidades com base no que a APS precisa. Não é só aumentar vaga — é oferecer o que realmente está faltando.

4. Transparência e uso de dados

Para pesquisadores e docentes:

A ausência de estudos sobre padrões de referência limita a racionalidade do sistema, dificultando a identificação de gargalos e a alocação eficiente de recursos. A restrição ao acesso de bases de dados da APS compromete análises oportunas e limita a capacidade de avaliação e planejamento.

Para gestores:

Sem dados, você não sabe onde está o problema. É preciso analisar: quem está sendo encaminhado? para onde? e por quê? Dados precisam estar disponíveis e atualizados. Sem isso, não dá para gerir fila, acesso ou investimento.

5. Comunicação e contrarreferência

Para pesquisadores e docentes:

A fragmentação do cuidado decorre, em grande medida, da ausência de mecanismos estruturados de comunicação entre níveis assistenciais, comprometendo a longitudinalidade e a integralidade.

Para gestores:

Hoje o paciente vai para o especialista e a APS não recebe retorno. Isso quebra o cuidado. É essencial garantir: retorno com informação e acompanhamento compartilhado. Coloque APS e especialistas para conversar. Isso melhora fluxo, evita erro e reduz fila.

6. Intensificação tecnológica da APS

Para pesquisadores e docentes:

A incorporação de tecnologias diagnósticas e de telessaúde na APS amplia sua resolutive e reduz a dependência de níveis de maior complexidade.

Para gestores:

Se a APS tiver mais estrutura (exames, insumos, telemedicina), resolve mais e encaminha menos.

7. Governança regional

Para pesquisadores e docentes:

A fragmentação da rede reflete limitações na governança interferativa, exigindo fortalecimento da regionalização e dos mecanismos de cooperação.

Para gestores:

Boa parte dos municípios não conseguem resolver isoladamente todos os problemas de saúde. É preciso planejar e gerir a rede em conjunto com a região de saúde.

REFERÊNCIAS

- 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.
- Amaral P, Luz L, Cardoso F, Freitas R. Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. *Rev Bras Estud Urbanos Reg*. 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.
- Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Espac Saude*. 2011;11(2):56-65.
- Bernardino Júnior SV, Medeiros CRG, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Processos de encaminhamento a serviços especializados. *Saude Debate*. 2020;44(126):694-707.
- Brasil. Ministério da Saúde. Critérios e parâmetros assistenciais no SUS. Brasília: MS; 2017.
- Chan BTB, Austin PC. Factors affecting referrals to specialists. *Med Care*. 2003;41(4):500-511.
- Chaves ACC, Scherer MDDA, Conill EM. Primary Health Care effectiveness. *Cien Saude Colet*. 2023;28(9):2537-2551.

9. Facchini LA, et al. Projeto AQUARES. Pelotas: UFPel; 2010.
10. Faria M, Camargo M, Aguilar A, Tasca R. Recursos para ampliação da ESF. São Paulo: IEPS; 2022.
11. Fidelis de Almeida P, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Coordenação do cuidado. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2217-2226.
12. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
13. Giovanella L, et al. Saúde da família: limites e possibilidades. Cien Saude Colet. 2009;14(3):783-794.
14. Girardi SN, et al. Programa Mais Médicos. Cien Saude Colet. 2016;21(9):2739-2748.
15. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
16. IEPS. Estudos sobre regionalização e oferta de serviços de saúde. São Paulo: IEPS; 2023.
17. Mori NLR, et al. Access and waiting time for specialties. Rev Saude Publica. 2020;54:18.
18. Rocha R, Rache R, Nunes L. Regionalização da saúde. São Paulo: IEPS; 2022.
19. Rodrigues KV, et al. APS em município rural remoto. Saude Debate. 2021;45(131):998-1016.
20. Roncoletta A, et al. Ecology of medical care. Fam Med. 2012;44(4):247-251.
21. Rosa L, et al. Previne Brasil. São Paulo: IEPS; 2023.
22. Santos FM, et al. ICSAP. Rev Bras Epidemiol. 2022;25:e220012.
23. Shulman LN, Willett W, Sievers A, Knaul FM. Breast cancer in developing countries. J Oncol. 2010;2010:595167.
24. Soares DJ, et al. Acessibilidade APS rural. Saude Debate. 2024;48(142).
25. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Políticas de saúde no Brasil.
26. Vieira EWR, et al. Waiting time for consultations. REME. 2015;19(1):72-78.
27. White KL, Williams TF, Greenberg BG. Ecology of medical care. Bull N Y Acad Med. 1961;73(1):187-194.
28. White L. Ecology revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021-2025.