



Curso I
Regulação de Sistemas de Saúde do SUS

AULA 4

**Redes de
Atenção
à Saúde**





Curso I
Regulação de Sistemas de Saúde do SUS

AULA 4

**Redes de
Atenção
à Saúde**



2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmis.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, 2º andar
CEP: 70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (61) 3315-5870 / 3315-5872

Direção:

Cleuza R. da Silva Bernardes

Coordenação técnica:

Edna Miyuki Hirano

Elaboração de texto:

Clarivan do Couto Gonçalves
Edna Miyuki Hirano
Maria Auri Gonçalves
Miriam Vieira
Vanderlei Soares Moya

Revisão técnica:

Claudio Lucio Brasil da Cunha
João Marcelo Barreto Silva
José Carlos de Moraes
Jozinélis Severino Teixeira

Cooperação técnica:

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico
em Saúde – Fiotec

Parceria:

Escola Nacional de Administração Pública /ENAP – Escola
Virtual Governo/EV.G

Colaboração:

João Marcelo Barreto Silva
Luciano Gomes Marcelino
Marcos Eliseu Marinho
Otavio Augusto dos Santos

Projeto gráfico:

Tatiana Rodrigues Teles Araújo

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Diagramação:

Bruno Freitas de Paiva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle.

Curso I : Regulação de Sistemas de Saúde do SUS : aula 4 : Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

40 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf

ISBN 978-65-5993-084-5

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Regulação. 3. Auditoria. 4. Avaliação institucional. I. Título.

CDU 614.2:351.77

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2021/0193

Título para indexação:

Course I: SUS Health System Regulation: lecture 4: Health Care Network

Siglas

A

- ADTC** – Ato das Disposições Transitórias Constitucionais
- ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAC** – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo
- APS** – Atenção Primária à Saúde

B

- BPA** – Boletim de Produção Ambulatorial
- BPAI** – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

C

- CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações
- CERAC** – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
- CES** – Conselho Estadual de Saúde
- CF** – Constituição Federal
- CGRA** – Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
- CIB** – Comissão Intergestores Bipartite
- CIH** – Comunicação de Internação Hospitalar
- CIR** – Comissão Intergestores Regional
- CIT** – Comissão Intergestores Tripartite
- CMD** – Conjunto Mínimo de Dados
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNRAC** – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
- CNS** – Cartão Nacional da Saúde
- COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
- CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

D

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DRAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

E

EC – Emenda Constitucional

ESF – Equipe Saúde da Família

F

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FCES – Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPO – Ficha de Programação Físico – Orçamentária

G

GM – Gabinete do Ministro

I

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

L

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

M

MAC – Média e Alta Complexidade

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

O

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OPM – Órtese, Prótese e Materiais Especiais

P

PAB - Piso da Atenção Básica
PAS – Programação Anual de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PGASS – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PLANEJA SUS – Sistema de Planejamento do SUS
PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PRI – Planejamento Regional e Integrado
PS – Plano de Saúde

R

RAG – Relatório Anual de Gestão
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RUE – Rede de Urgência e Emergência

S

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SAES – Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

S

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SISCNS – Sistema de Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-Natal

SISREG – Sistema de Regulação

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SUS – Sistema Único de Saúde

T

TCEP – Termo de Cooperação entre Entes Públicos

TCG – Termos de Compromisso de Gestão

TCU – Tribunal de Contas da União

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

U

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação.....	7
Conteúdo Programático.....	8
Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS)	9
Breve Histórico	9
Alguns Conceitos de Redes de Atenção à Saúde (RAS)	10
Objetivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS)	13
Diretrizes e Estratégias para a sua Implantação	15
A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS)	20
Principais Impactos da Implantação das RAS nos Sistemas de Saúde (OMS)	32
Referências	35
Bibliografia	37

Apresentação

Prezados Alunos (as),

Estamos chegando ao final do Curso I.

Na aula 3 você se apropriou dos conceitos sobre Descentralização, Regionalização e Hierarquização do **Sistema Único de Saúde (SUS)** enquanto Diretriz Constitucional. Nesta 4ª aula você conhecerá a importância do papel das **Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS** enquanto mecanismos que qualificam as demandas em níveis de atenção, otimizam e organizam o sistema frente às necessidades de saúde da população.

Desejamos bons estudos!



Conteúdo Programático



Objetivo

Promover a reflexão sobre os mecanismos em que as Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS) favorecem a integralidade da atenção, a continuidade do cuidado e a efetividade clínica para o alcance da eficiência do sistema de saúde.



Conteúdos

- Breve histórico sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS);
- Bases conceituais e teóricas das Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS);
- Diretrizes e estratégias necessárias para a adequada implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS) no nível local;
- Potencialidades de um sistema de saúde organizado em redes de atenção que favorecem o cuidado integral à saúde da população e a melhoria do acesso aos serviços de saúde.



Atividades

- Aula 4 - Leia o texto base e realize as atividades sugeridas;
- Assista aos filmes sugeridos

Redes de Atenção à Saúde no SUS (RAS)

Breve Histórico

As **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** tem sua origem no Reino Unido na década de 20, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um debate acerca de mudanças no sistema de proteção social após a 1ª Guerra Mundial (DAWSON, 1964).

Assim é apresentada a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, onde os serviços de saúde deveriam se organizar para atender às necessidades da população de forma eficaz, ser acessíveis a toda população, oferecer cuidados preventivos e curativos, oferecer atendimento domiciliar, além dos serviços secundários.

Na década de 90, os EUA, o Canadá e alguns países da Europa, iniciam um esforço para superar a fragmentação do sistema de saúde. Propõem organizar uma oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, com foco na **Atenção Primária à Saúde (APS)**, desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como com sistemas de informação.

Nos países da América Latina, o Chile é o país com maior experiência na área (MENDES, 2001; KUCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

Saiba mais



GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

Atenção básica ou atenção primária à saúde?

No artigo os autores apresentam um debate conceitual sobre atenção primária/atenção básica à saúde. Uma discussão atual e oportuna.



A Conferência de [Alma-Ata, 1978](#) (OPAS/OMS, 2011), que abordou o tema “Cuidados Primários de Saúde”, se consolida como um marco ao trazer a discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de Redes de Atenção à Saúde.

Alguns Conceitos de Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Shortell et al. (1996): “Redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida, e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”.

Castells (2000): “São novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”.

OMS (2008): “É a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.

OPAS (2010): “Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve”.

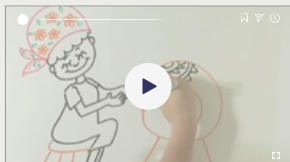
Apresentamos somente algumas definições de RAS, dentre várias existentes na literatura, cada uma com sua especificidade, porém, na essência, focam na integração do cuidado mediante um continuum; ligando usuários, prestadores e pagadores de serviços por intermédio do continuum de cuidados; propõem estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados de acordo com as necessidades de saúde da população;

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda que não mencione especificamente a palavra rede, observa que quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há o risco da desintegração justificando que a fragmentação apresenta consequências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde. Além disso, os sistemas fragmentados determinam ineficiências alocativas significativas.

Em termos conceituais, a definição utilizada para atenção integrada é a de um conceito que agrega insumos, gestão e organização dos serviços relacionados ao diagnóstico, ao tratamento, ao cuidado, à reabilitação e à promoção da saúde. A atenção integrada é um meio para melhorar os serviços em relação ao acesso, qualidade, satisfação do usuário e eficiência. Nesse sentido, a coordenação, a articulação de diferentes partes em relações apropriadas para assegurar a efetividade, é diferente da integração, a combinação das partes formando um todo.

Eugênio V. Mendes (1998), um dos pioneiro no país nos estudos de redes de atenção à saúde, apresenta uma proposta sistemática de redes de atenção à saúde, sob a forma dos sistemas integrados de saúde, colocada como o dilema microeconômico entre a fragmentação e a integração do SUS. Os sistemas fragmentados são

Midioteca do curso



Assista ao filme produzido pela FOP - UNICAMP sobre Redes de Atenção à Saúde.

Saiba mais



O livro proporciona uma reflexão sobre a necessidade de superarmos a fragmentação do sistema, de nos organizarmos corretamente diante da presença hegemônica das condições crônicas, de definitivamente priorizarmos a qualificação da atenção primária à saúde como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde.

MENDES, Eugênio Vilaça.
As Redes de Atenção à Saúde.
Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

caracterizados por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, sob a hegemonia da atenção hospitalar, e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, sem uma população adscrita.

Mendes (2011)

Define RAS como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”, essa definição largamente difundida pelos estudiosos brasileiros.

Objetivos das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 2017](#) (origem Port GM/MS 4279/2010) estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Define Redes de Atenção à Saúde (RAS) como sendo** arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS, apresentado no anexo da Portaria de Consolidação nº 3/2017, é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

O objetivo se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

As RAS têm sido uma proposta para gerir políticas e projetos, onde os recursos são escassos e os problemas complexos, e onde os agentes públicos e privados passam



Pontos de atenção:

Espaços em que são ofertados serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção. Ex: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, Serviços de Hemoterapia, Hematologia, os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas, entre outros.

Os hospitais podem abrigar distintos **PAtS**: o Pronto Atendimento, a Unidade de Cirurgia Ambulatorial, o Centro Cirúrgico, a Maternidade, a UTI, a Unidade de Hospital dia, entre outros.

a compor uma rede de serviços como uma malha que interconecta e, ainda integram os chamados “Pontos de Atenção à Saúde (PAtS) de determinado território.

As RAS se organizam, sistematicamente, nos diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção à saúde. Tem como objetivo articular e adequar as ofertas para o atendimento ao usuário, procurando melhorar a qualidade de vida das pessoas usuárias e os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde. Busca a eficiência na utilização de recursos de saúde. Assim, para a lógica das RAS, um pronto-socorro e um centro de especialidades, por exemplo, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas.

Do **ponto de vista clínico**, a continuidade do cuidado associa-se a melhora na efetividade clínica, na capacidade da resposta dos serviços, na aceitabilidade e na eficiência do sistema de saúde.

Do **ponto de vista do usuário**, as RAS melhoram o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), aos outros níveis assistenciais quando requeridos, evita duplicação desnecessárias de histórias clínicas, procedimentos diagnósticos e de trâmites burocráticos: melhoram os processos de decisão compartilhada entre os profissionais e os usuários, facilitam a implementação de estratégias de autocuidado e seguimento de condições crônicas. (BRASIL, 2011).

Diretrizes e Estratégias para a sua Implantação

A Portaria de Consolidação GM/MS N° 3/2017 apresenta os Fundamentos para que as Redes de Atenção à Saúde sejam efetivadas de forma eficiente e com qualidade.

a. Economia de escala: É a diminuição dos custos médios de longo prazo à medida que aumenta o volume das atividades, assim os custos fixos são distribuídos por um maior número dessas atividades. Na prática, os serviços de menor densidade tecnológica, como os das Unidades Básicas de Saúde (UBS), são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala, enquanto os serviços com maior densidade tecnológica, que se beneficiam mais da economia de escala, tendem a ser mais concentrados. Por exemplo: um Hospital Regional localizado em um município de maior porte que atenda a um conjunto de pequenos municípios da região.

b. Suficiência e Qualidade: Os recursos financeiros, humanos e tecnológicos devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à determinada demanda e a expectativa da população. A qualidade desses serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

c. Acesso: Ausência de barreiras no momento em que o usuário 'entra' no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção. As barreiras podem englobar várias dimensões, como: acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário e outras.

d. Disponibilidade de recursos: Engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Quanto mais escasso o recurso, mais ele deve ser concentrado; quanto mais disponível, mais deve ser disperso na rede de atenção à saúde. Exemplo: um neurocirurgião pediatra ou um tomógrafo, que são recursos escassos, seja pelo alto valor de aquisição ou por serem menos numerosos, devem estar concentrados. Ao contrário de um aparelho para aferir pressão arterial (esfigmomanômetro) que é um recurso amplamente disponível, e por esta razão deve estar disperso na rede de atenção.

e. Integração Vertical: Tem como objetivo tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis, concretizando um dos objetivos centrais do SUS. Integração vertical é a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única. Exemplo: o Programa Hiperdia de uma "Unidade A" encaminha um paciente diabético para o Programa especializado em diabetes do "Hospital B (público)", que por sua vez resolve indicá-lo para terapia renal em um "Hospital C (privado), vinculado ao SUS", que é o único no município que dispõe de tecnologia adequada. Essa integração vertical entre os diferentes serviços é feita mediante gestão municipal.

f. Integração Horizontal: É a junção de serviços semelhantes ou iguais para que os custos médios, de longo prazo, dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas. Exemplo: O "Hospital A" uniu-se ao "Hospital B" (fusão ou aliança) para aumentar a produtividade, o que ocorrerá ou pelo aumento do número de

leitos ou pela coordenação dos serviços oferecidos, de modo a eliminar a concorrência entre eles.

g. Processos de substituição: definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde. Tanto profissionais quanto processos e atividades são passíveis de substituição, reorganização ou aprimoramento. Exemplo: Os pacientes com uma condição crônica de saúde, embora estáveis, que permanecem longos períodos internados nos hospitais, no processo de substituição, a atenção a esses pacientes, quando possível, passa a ocorrer pelo acompanhamento de uma equipe da Atenção Domiciliar, e não mais pela equipe hospitalar.

h. Região de Saúde ou Abrangência: é a área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS. São normalmente denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias. Dependendo da situação específica, uma rede pode abarcar bairros, regiões, cidades. Para delimitação desses territórios, pode ser considerado exclusivamente o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos socioculturais ou epidemiológicos. Assim, os territórios são espaços de responsabilização sanitária de uma determinada equipe e serviços de saúde. Podem ser territórios macrorregionais, microrregionais, municipais ou micro-área.

i. Níveis de atenção: são arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). São fundamentais para o uso racional de recursos e economia de escala.

Além desses fundamentos, as RAS também apresentam **atributos** importantes a serem considerados durante seu processo de planejamento e implementação.

Atributos são qualidades e características inerentes àquilo a que se referem.

- **População e território** definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- **Estabelecimentos de saúde** que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos;
- **Serviços especializados** com prestação de serviços em lugar adequado;
- **Mecanismos de coordenação** - continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção à saúde;
- **Saúde centrada no indivíduo**, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- **Sistema de governança único** para toda a rede com propósito de criar missão, visão e estratégias; definir objetivos e metas cumpridos no curto, médio e longo prazo;
- **Participação social** de maneira ampla;
- **Gestão integrada dos sistemas**, de apoio administrativo, clínico e logístico;
- **Recursos humanos suficientes**: competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

- **Sistema de informação integrado** que vincula todos à rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- **Financiamento tripartite** garantido e suficiente, alinhado com as metas;
- **Ação Intersetorial** e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
- **Gestão** baseada em resultados.

Os fundamentos e atributos , na prática, são essenciais para efetividade das ações quando da constituição das RAS, já que, juntos, contribuirão para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As mudanças demográficas com a queda das taxas de fertilidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população incidem fortemente sobre o perfil epidemiológico da população e sobre a demanda aos serviços de saúde.

O aumento das condições crônicas, responsáveis por 66% da carga de doenças no Brasil, as comorbidades, com os estilos de vida pouco saudáveis, o incremento da violência, sofrimento psíquico e drogadição e o convívio com problemas associados à pobreza e à exclusão social, exigem **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** coordenadas **pela APS/ABS**.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde(OMS), um sistema de saúde baseado na atenção primária supõe um enfoque amplo de organização e operação dos sistemas de saúde, que faz do direito a alcançar o maior nível de saúde possível seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade do sistema.

Um sistema baseado na atenção primária será conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantam cobertura e acesso universal aos serviços, os quais são aceitáveis para a população, e promovem a equidade. Proporciona atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, com ênfase na prevenção e na promoção e garantia do primeiro contato do usuário com o sistema, elegendo as famílias e comunidades como base para a planificação e ação.

A construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às urgências, e outras é uma opção para estruturar e operacionalizar as RAS, onde se verifica na Figura 1, que os sistemas de apoio, os sistemas logísticos

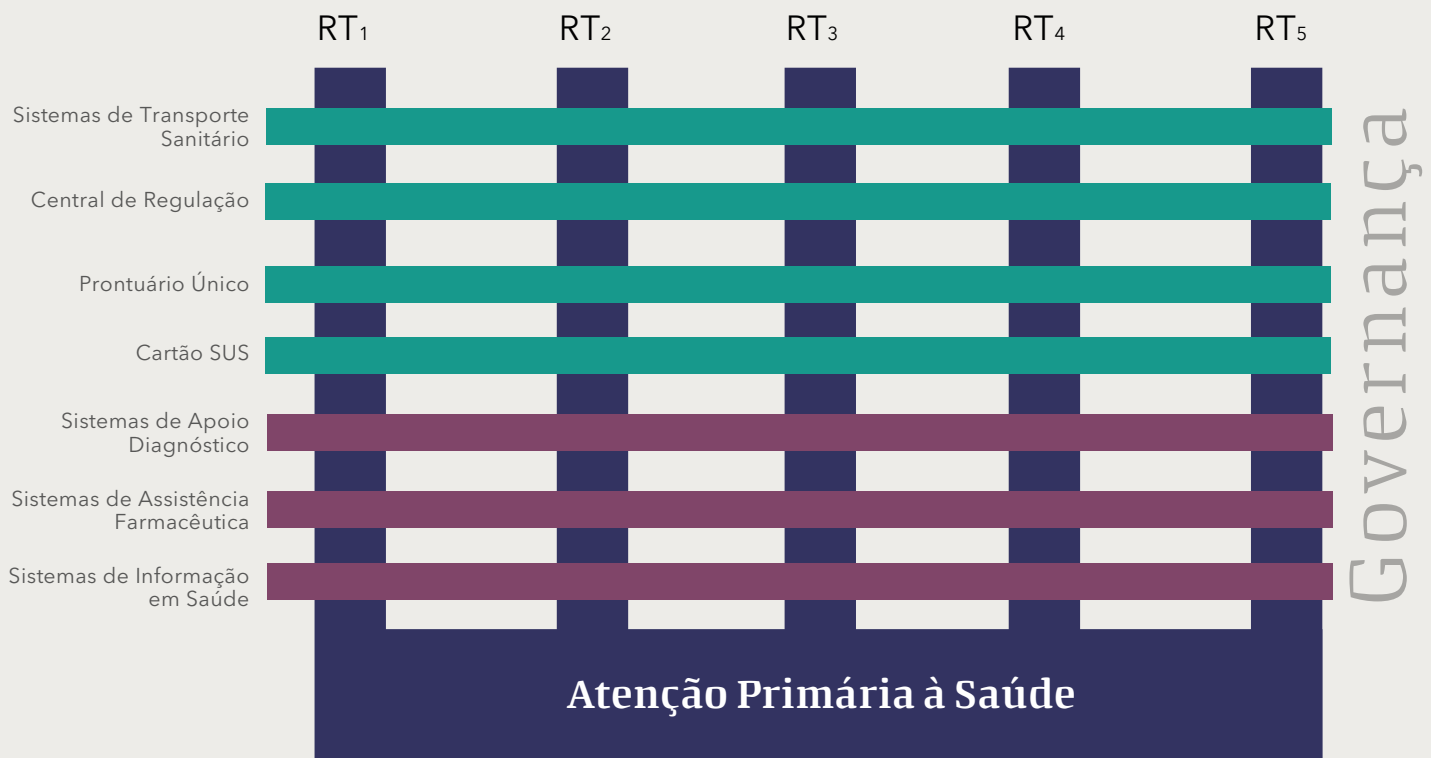
Saiba mais



Capítulo 3 -
Processo de
Implantação das
Redes Temáticas
Pactuadas no SUS

Figura 1

ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: Redes de Atenção. Eugênio Vilaça Mendes
Fonte: Mendes (2011).

Sistemas logísticos: Oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Podem referir-se a pessoas, produtos ou informações, e estão fortemente ligados ao conceito de integração vertical. Os sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte.

Sistemas de apoio: Locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção. São constituídos por 3 sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.

A governança das Redes de Atenção à Saúde, no SUS, deve ser feita pelas Comissões Intergestores; Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito federal; Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual e nas regiões de saúde, Comissões Intergestores Regionais.

e o sistema de governança são comuns a todas as redes temáticas e organizam-se de forma transversal nas RASs.

No Brasil, é possível identificar um esforço para a implantação de diversas RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde. O Ministério da Saúde definiu como compromissos prioritários de governo a organização das redes temáticas: materno-infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial com ênfase no enfrentamento do crack e outras drogas, Rede Viver sem limites e Redes de Condições Crônicas (obesidade, doenças pulmonares, oncologia).

As Portarias que instituem as Redes Temáticas acima citadas foram revogadas pela Portaria de Consolidação GM/MS N° 3 de 2017.

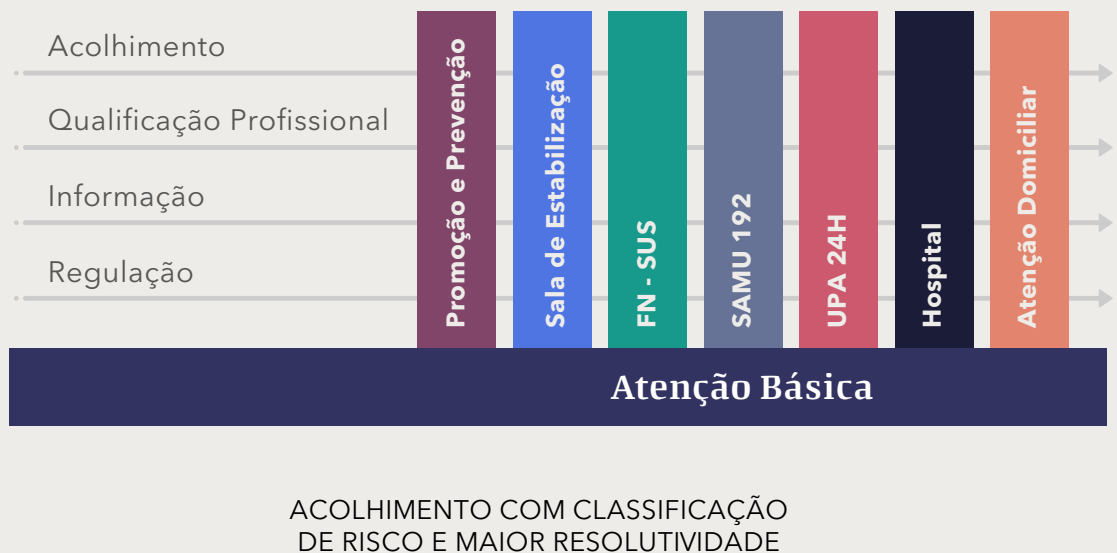
As redes temáticas têm normatizações específicas para a sua organização nos territórios e contam com incentivos financeiros.

Todas elas se inserem nas redes regionais, por exemplo: a Rede de Urgência e Emergência (RUE) indica, transversalmente, os vários pontos de atenção, a importância da organização de processos de trabalho de acolhimento, educação permanente, informação e regulação. Insere instrumentos de gestão do cuidado, como no caso da importância e centralidade que tem na RUE o acolhimento com classificação de risco, baseado no Protocolo de Manchester, que define o tempo máximo de atendimento por escala de cores, identificadas em pulseiras recebidas pelo paciente, após aplicação de algoritmo de risco aplicado por enfermeiros.

É o que se observa na **Figura 2**.

Figura 2

COMPONENTES E INTERFACES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS



Fonte: SAS/MS, 2011.

Independentemente do tipo ou quantidade de redes temáticas (RT) de atenção à saúde, elas sempre terão como centro coordenador unidades e equipes da APS, que por sua vez ordenarão os fluxos e contrafluxos, junto aos pontos de atenção secundários e terciários que pertencem a esta RT, por meio dos sistemas logísticos, e contando com o auxílio dos sistemas de apoio. Todo esse conjunto será gerido por um sistema de governança Inter federativo e transversal.

Então, para que se desenvolva Atenção Primária em Saúde forte e sustentável, capaz de impactar nos indicadores de saúde, proporcionando qualidade, equidade, relevância e melhor custo efetividade, deve estar integrada à rede de serviços de saúde. Essa rede, centrada na Atenção Primária à Saúde, deve permitir a prestação de assistência contínua a determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. Seguindo as características que lhe são atribuídas, deve compartilhar seus encaminhamentos com os demais níveis de atenção, por meio de transferências temporais do cuidado, e, na maior parte das vezes, por uma atenção compartilhada de curto ou longo prazo, dependendo da gravidade, das habilidades especializadas, da recorrência dos agravos, enfim, da estratégia do cuidado utilizada.



**Com base no
que você viu até
agora, reflita:**

"A integração dos serviços de saúde melhora o acesso, reduz a fragmentação do cuidado assistencial, melhora a eficiência global do sistema de saúde, evita a duplicação de infraestrutura e serviços, diminuem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas das pessoas." (MENDES, 2010)

"A redução de custos de produção se obtém pela melhora do custo-efetividade dos serviços, redução de hospitalizações desnecessárias, diminuição da utilização excessiva de serviços e exames diagnósticos, diminuição da permanência hospitalar, melhorias nas economias de escala e de produção conjunta e nos volumes de produção e de produtividade, que se associam a melhorias na qualidade da atenção." (MENDES, 2010)

A clássica figura de uma pirâmide, representando um modelo de saúde, em cuja base estariam as unidades básicas de saúde, cobrindo grupos populacionais definidos (área adstrita), na parte intermediária a atenção secundária, com as especialidades clínicas e cirúrgicas e o apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, e no topo os hospitais com alta densidade tecnológica, tenta traduzir a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, em que o espaço da rede básica seria o local privilegiado para superar o modelo hegemônico do pronto atendimento, da queixa-conduta, que além de caro e pouco efetivo, é pouco resolutivo, impessoal, deseducador, não cria vínculos e banaliza a assistência.

Portando, a proposta de rede, supera a concepção da conformação geográfica da pirâmide, cuja armadilha é a tradução do fluxo hierarquizado das pessoas no sistema, e orienta-se para um desenho circular, ficando abertas as possibilidades de entrada dos usuários, por meio da creche, escola, culto religioso, quartel, pronto-socorro ou clínica especializada, desde que qualificadas para o acolhimento e o reconhecimento dos grupos vulneráveis e capazes de organizar as demandas ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, coordenadas por uma equipe/profissional autora do “projeto terapêutico” de cada indivíduo, respeitando sua maneira individual de caminhar na vida com certa qualidade.

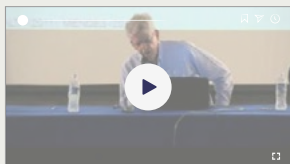
Se a prática da Atenção Primária em Saúde não tiver a resolubilidade esperada, a porta de entrada permanecerá sendo as emergências dos hospitais e das unidades de pronto atendimento, e os ambulatorios de especialidades manterão sua clientela, não “as devolvendo” à rede básica, enfim, cria-se uma instabilidade da pirâmide que nos remete a outros “desenhos” de rede.

Agora você já conhece o processo histórico, a evolução conceitual das RAS, os fundamentos e atributos que as constitui, apresentaremos a seguir três elementos principais e as ferramentas necessárias para sua adequada operacionalização.

Os três elementos constitutivos, juntos, compõem as RAS: **população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde**. Sem a presença de qualquer um desses elementos, é impossível implantar uma RAS capaz de cumprir com seu papel.

1. **A população e a área geográfica** ficam sob responsabilidade de uma RAS, que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).
2. **A estrutura operacional** é formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços, como vimos os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos, e outros.
3. **O Modelo de atenção à saúde**. Pode ser definido como: “um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações (grupos) estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”. (MENDES, 2011)

Midiateca do curso



Assista ao vídeo
do Eugênio V.
Mendes sobre a
APS nas Redes de
Atenção à Saúde.

Os modelos de atenção à saúde devem subsidiar a formação e implantação das RAS, e também ter as condições crônicas, como foco prioritário, e não somente as condições agudas.

Assim:

a. Modelos de atenção às condições agudas.

São modelos que atendem às condições agudas e aos eventos agudos de doença crônica, e têm como objetivo identificar, no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado à situação. É o modelo que hegemonicamente tem sido adotado pelos gestores do SUS.

b. Modelo de atenção às condições crônicas.

Desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, o Modelo de Atenção Crônica, ou Chronic Care Model (CCM) na tradução literal, constitui-se em uma solução complexa e sistêmica para o problema da atenção às condições crônicas.

O Modelo de Atenção às condições crônicas é composto por seis elementos, que inter-relacionados, permitem aos usuários estarem informados e serem ativos, bem como permitem à equipe produzir melhores resultados funcionais e sanitários para a população.

Entre os elementos, estão mudanças relacionadas:

1. à organização da atenção à saúde,
2. ao desenho do sistema de prestação de serviços,
3. ao apoio às decisões técnicas,
4. ao sistema de informação clínica,
5. ao apoio ao autocuidado, e
6. à articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas estão relacionadas ao papel da APS. Nas redes de atenção às doenças crônicas, a APS é o centro de comunicação das RAS, tendo como função a coordenação dos fluxos dentro de toda a rede. Já nas redes de atenção às condições agudas, a APS não faz parte do centro de comunicação, tornando-se um importante ponto de atenção à saúde ("nó"), sem cumprir a função central de coordenação de fluxos e contrafluxos da rede.

Agora vocês vão conhecer 6 ferramentas que conduzem a padrões clínicos ótimos; a diminuição de riscos para os usuários e profissionais; ao aumento da eficiência; a prestação de serviços efetivos e melhoria na qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2010).

a) Diretrizes clínicas: São recomendações desenvolvidas de modo sistemático, baseadas em evidências, que orientam decisões dos profissionais de saúde em um caso clínico: envolve ações de prevenção, promoção e assistência. São conhecidas como protocolos ou linhas-guia, pois viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, e orientam as Linhas de Cuidado.

Exemplo: diretriz clínica para diagnóstico/ tratamento da fibrose cística.

b) Linhas de Cuidado: forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária), com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde. Exemplo: linha de cuidado do parto e puerpério; linha de cuidado do diabetes e hipertensão arterial; linha de cuidado da obesidade.

c) Gestão da condição de saúde: processo que envolve a superação do modelo de atenção focado no indivíduo, utilizando procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada na população local, que identifica indivíduos em risco e tem foco na promoção da saúde e/ou na ação preventiva, com intervenção precoce, a fim de alcançar resultados satisfatórios com custos reduzidos.

.....

d) Gestão de caso: processo que se desenvolve entre o profissional de saúde e o usuário, visando ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades do indivíduo. É o plano de cuidado que será posto em prática pelo profissional de saúde para responder à demanda de saúde do usuário.

.....

e) Auditoria clínica: análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde. Não pode ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Tem como foco os usuários dos serviços de saúde, em um contexto favorável à melhoria da eficácia clínica, objetivando maximizar os resultados clínicos. Exemplo: quando o gerente quer conhecer e melhorar os serviços da Pediatria, ele pode reter, por amostragem ou não, certa quantidade de prontuários clínicos para analisar os procedimentos que foram realizados pela equipe e como foram registrados os dados em prontuário.

.....

f) Lista de espera: o ordenamento dos usuários dos serviços em determinados pontos de atenção à saúde, partindo de critérios claros de necessidades e riscos, de modo a garantir a transparência deste processo nos sistemas de saúde. Estas ferramentas de micro gestão possibilitarão não só a integração dos pontos de atenção, mas também permitirão uma reestruturação dos processos e trabalhos em equipe multiprofissional,

Midiateca do curso



Assista à palestra online que apresenta o conceito de Rede de Atenção à Saúde, bem como as regulamentações, fundamentos, atributos e elementos constitutivos de cada rede temática. Com foco na discussão sobre o papel da Atenção Básica à Saúde na Rede de Atenção e seus desafios para a sua implementação.

Uma experiência do Estado de Santa Catarina.



com vistas à melhoria das ações interdisciplinares. O uso de ferramentas de micro gestão qualificadas permitirá a adequada implantação e funcionamento das RAS em nível local.

Listas de espera longas e demoradas indicam uma disparidade entre oferta e demanda por serviços de saúde, e hoje constituem um grande obstáculo a ser superado pelo SUS.

Essas ferramentas de “micro gestão” possibilitam não só a integração dos pontos de atenção, mas também permitem uma reestruturação dos processos e trabalhos em equipe multiprofissional, com vistas à melhoria das ações interdisciplinares.

O uso dessas ferramentas permitirão a adequada implantação e funcionamento das RAS em nível local.

Você viu até agora que as Redes de Atenção à Saúde no SUS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção tendo como o centro de comunicação a APS pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização com a atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Principais Impactos da Implantação das RAS nos Sistemas de Saúde (OMS)

Para finalizar esta aula, veja os principais impactos identificados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quando da implementação de Redes de Atenção nos Sistemas de Saúde.

- Redução da fragmentação da atenção;
- Melhora da eficiência global do sistema;
- Impedimento da multiplicação de infraestrutura e serviços de forma desordenada e desorganizada;
- Melhor atendimento às necessidades e expectativas dos indivíduos;
- Melhora no custo efetividade dos serviços de saúde;
- Redução de hospitalizações desnecessárias;
- Redução da utilização excessiva de serviços e redução do quantitativo de exames realizados;
- Redução no tempo de permanência hospitalar;
- Aumento de produtividade;
- Melhora na qualidade da atenção;
- Produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada;
- Continuidade da atenção, gerando uma maior efetividade clínica;

- A utilização de diferentes níveis de atenção pelos indivíduos é facilitada;
- Aumento na satisfação dos usuários;
- Melhora no autocuidado.



Refleta:

Leia a afirmação da OMS e faça uma reflexão sobre as ações da Regulação no enfrentamento dos problemas de saúde nos Modelos de Rede de Atenção às condições agudas e crônicas.



“Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona”.

Mendes (2011).



Parabéns!

Você concluiu o Curso 1.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS**. 2. ed. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2011.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. 1.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1964. (Publicacion Científica, n. 93).

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIMA E LIRA, A. M. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração; Brasília: CAPES, 2010.

MENDES, E. V. (org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. t. 1.

MENICUCCI, T. M. G. *et al.* O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, abr./jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2008**: cuidados de saúde primária: agora mais que nunca. [Geneva: OMS, 2008].

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPAS, 2010. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 4).

SHORTELL, S. M. *et al.* **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

Bibliografia

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** 1975. 261 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde:** princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.** Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes,**

Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015.

Brasília, DF: MS, 2013.

CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A.T. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set/out, 2004.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde.** 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 26, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2012.

MENDES, E. V. **Alinhamento conceitual sobre rede de atenção à saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud:** integración de programas prioritarios de salud pública, estudios de caso de la Región de las Américas y el Caribe. Lima: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

REIS, A. T. **Modelos tecno-assistenciais em Belo Horizonte, de 1897 a 1964:** em direção a uma compreensão sobre a produção de serviços de saúde. 2002. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. M. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. A.; GIUGLIANI, E. R. J. (org.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013. p. 19-32.

IANI, E. R. J. (org.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

VILLABI JUNIOR, G. A. *et al.* Corrigir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 21, n. 1, p. 47-54, enero 1998.

**DISQUE
SAÚDE 136**

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**