



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ATENÇÃO À SAÚDE ORGANIZADA EM REDES



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – *Natalino Salgado Filho*

Vice-Reitor – *Antonio José Silva Oliveira*

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – *Fernando de
Carvalho Silva*

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – *Nair Portela Silva Coutinho*

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde.

Unidade UNA-SUS/UFMA: Rua Viana Vaz, nº 41, CEP: 65020-660. Centro,
São Luís - MA.

Site: www.unasus.ufma.br

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ATENÇÃO À SAÚDE ORGANIZADA EM REDES

**São Luís
2015**

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2015

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região, nº de Registro – 453)

Revisão ortográfica

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Claudio Vanucci Silva de Freitas
Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). - São Luís, 2015.

42f. : il.

1. Saúde pública. 2. Atenção à saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

CDU 614.2

INTRODUÇÃO

O objetivo desta unidade é compreender a organização da assistência nas perspectivas de redes de atenção à saúde.

A reorganização das práticas de saúde como preceito para que as equipes possam coordenar o cuidado nas redes de atenção deve ser estimulado em nível local, de modo que ela seja capaz de acompanhar o usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até que a demanda seja sanada.

A necessidade de organização dos serviços de saúde de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz criou a lógica das organizações de redes de atenção à saúde. Mas o que são essas redes na prática? Como elas se organizam? Como a população poderá se beneficiar com essa maneira de organizar os serviços?

Você vai encontrar respostas a esses questionamentos no decorrer de sua leitura. Bons estudos!

EMENTA: O sistema de saúde do Brasil: da fragmentação à organização em redes. Elementos constitutivos da rede. Modelos de atenção à saúde e as redes temáticas. Regulamentação da saúde e a ênfase nas redes de atenção - Decreto 7.508/11.

SUMÁRIO

UNIDADE 1.....	7
1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	7
2 O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: DA FRAGMENTAÇÃO À ORGANIZAÇÃO EM REDES	8
2.1 Elementos constitutivos da Rede.....	20
3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS REDES TEMÁTICAS	29
4 REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE E A ÊNFASE NAS REDES DE ATENÇÃO - DECRETO 7.508/11.....	33
REFERÊNCIAS.....	38

1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a 1ª Guerra Mundial. Nesse documento consta a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, **cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz.** Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais. A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde, segundo a lógica de RAS, tem outros marcos mais atuais decorrentes da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978 (OPS; OMS, 2011).

Nos Estados Unidos, na década de 1990, houve uma retomada da discussão sinalizando um esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada 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. Experiências semelhantes foram registradas também no Canadá. Na Europa ocidental, as RAS vêm sendo adotadas em países como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é inicial, sendo

o Chile o país com maior experiência na área (MENDES, 2001; KUCHNIR; CHORNY; LIMA E LIRA, 2010).

É aceito, na literatura internacional, que os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde, cujos modelos se estruturam com base numa Atenção Primária forte, resolutive e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde é frágil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; MENDES, 2009). Tais evidências provêm de estudos realizados em diversos países incluindo o Brasil, e apontam quais características da Atenção Primária à Saúde (APS) podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos e ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; ALMEIDA; BARROS, 2005; STARFIELD, 2004; WYKE; CAMPBELL; MACIVER, 1992; BOWLING; BOND, 2001).

2 O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: DA FRAGMENTAÇÃO À ORGANIZAÇÃO EM REDES

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não concluída de casos de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, obesidade,

estresse, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas (FRENK, 2006).

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde, fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países nem está dando certo no Brasil. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Vem-se estabelecendo um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (WHO, 2008; OPS, 2005). No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (MENDES, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais - como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos - e fatores internos - como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão. Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido

que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial (MENDES, 2011).

Nesse contexto, os sistemas de atenção à saúde não conseguem se adaptar, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século 21 que responde por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século 20, quando predominaram as condições agudas (MENDES, 2011).

Ao discutir a temática das redes de atenção à saúde no Brasil, La Forgia (2006) considera que o problema é caracterizado pela predominância da fragmentação, que é mais a norma que a exceção, o que resulta em duplicação de serviços; ineficiências de escala e escopo; baixa qualidade derivada da atenção descontínua; e custos de tratamento altos devido à má gestão das doenças crônicas. As diferentes partes do sistema de saúde não funcionam como um todo. Há pouca articulação de recursos, equipes e tecnologias entre os prestadores. O sistema de saúde não está preparado para lidar com os problemas complexos determinados pelas doenças crônicas que representam 2/3 da carga das doenças no país.



As diferenças mais evidentes entre os sistemas de atenção à saúde estão nas categorias de organização fragmentação/integração e de foco da atenção às condições agudas/condições crônicas. Contudo, outras igualmente importantes compõem esse contexto, como pode se observar no quadro abaixo:

Quadro 1 - As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde.

CARACTERÍSTICAS	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa

Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatorios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências

Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínica	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Adaptado de: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Mas o que é mesmo uma rede de serviços de saúde?

O conceito de rede de atenção à saúde tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação. Contudo,

entre os mais referenciados pela literatura, a ideia vigente é de organização da oferta de serviços organizados em sistema ou rede, como vamos discutir.

Para Mendes (2009), seriam 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.

A conceituação trazida pela Organização Pan-Americana de Saúde oferece detalhamento semelhante quando preconiza que redes integradas de serviços de saúde, sistemas organizados de serviços de saúde, sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê 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 a que ela serve (OPS; OMS, 2011). Para Shortell et al. (1996), são 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.

Internacionalmente, as conceituações da WHO (2008) e de Castells (2000) são bastante difundidas. A primeira preconiza que seria 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. Já a segunda define redes como novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

De acordo com a Portaria GM nº 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde no SUS, é possível se identificar seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual (BRASIL, 2010):

1) Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção:

Os pontos de atenção passam a ser entendidos como espaços em que são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção. Ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção (atenção primária, de média e de alta complexidade), as RAS são espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à 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.

2) Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação:

De acordo com a Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde que aprova a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária à Saúde se refere a um conjunto de ações em

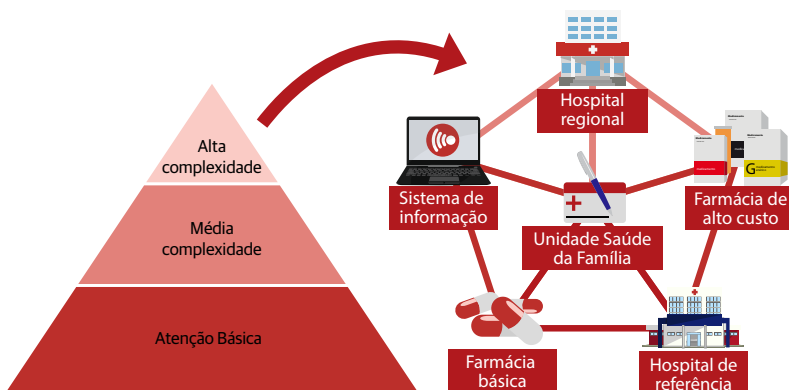
saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Embora se preconize uma relação horizontal e não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, não significa que um deles não deva ser priorizado - considerando investimentos e alocações de recursos. A lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da APS reafirma o seu papel de:

(1) ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; (2) de ser responsável por coordenar o caminho dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; (3) e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede. Essa posição estratégica da APS no fluxo da atenção à saúde do usuário tem por objetivo potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

A figura abaixo ilustra bem a APS como centro de comunicação da RAS:

Figura 1 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Adaptado de: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

A utilização do termo Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, para designar atenção primária, apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos cuidados primários de saúde, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde (TESTA, 1989; MENDES, 2002; BRASIL, 2009).

Atualmente, alguns autores, o próprio Conass e alguns documentos e eventos do Ministério da Saúde, já vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida por Atenção Primária à Saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica para definir Atenção Primária à Saúde, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF) (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004).

3) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica:

As ações, serviços e programações em saúde devem basear-se no diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando fatores e determinantes da saúde desta população. Na prática, tem se traduzido sob o fenômeno da tripla carga de doenças. Por tripla carga de doença entende-se uma situação epidemiológica caracterizada porque envolve, ao mesmo tempo:



Essa situação de saúde de tripla carga de doença com predomínio de situações crônicas não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado para atender condições agudas, característico da situação de saúde brasileira (MENDES, 2008). Além disso, as ações devem se basear em evidências científicas devidamente verificadas.

Quadro 2 - As diferenças entre condições agudas e crônicas.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fonte: Adaptado de: OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília, DF: OMS, 2003.
 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

4) Ofertar atenção contínua e integral:

Refere-se a serviços e sistemas integrados que poderão ser capazes de dar atenção integral aos usuários na medida em que, conseguindo solucionar aproximadamente 80% dos problemas de

saúde que são demandados pela APS, os outros 20% dos casos seguem um fluxo cuja densidade tecnológica do tratamento aumenta a cada nível de atenção que se sucede. Ao final, a continuidade da atenção deverá ser mantida pelas equipes da APS (STARFIELD, 2004).

5) Cuidado multiprofissional:

Faz-se necessária a composição multiprofissional das equipes de saúde porque os problemas de saúde muitas vezes são multicausais e complexos, e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Porém, mais do que a multiprofissionalidade, a ação interdisciplinar desta equipe deve ser um objetivo a ser estabelecido, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.

6) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos:

A missão de uma equipe de saúde deve contemplar objetivos sanitários (como o aumento do aleitamento materno na região adscrita, maior e melhor atendimento à população, entre outros) e objetivos econômicos (como melhor alocação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros), de modo a gerar o melhor custo-benefício para a população atendida.

Fundamentos de uma RAS são os alicerces que formam e sustentam a sua base teórica. De acordo com Mendes (2011), para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade, as RAS precisam ser estruturadas segundo os seguintes fundamentos:

I) Economia de escala: É quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos são distribuídos por um maior número dessas

atividades. Assim, a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente.

E o que acontece na prática?

Na prática, os serviços de menor densidade tecnológica, como as Unidades Básicas de Saúde, são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala. Por outro lado, 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 (MENDES, 2002).

II) Suficiência e qualidade: são fundamentos ligados à prestação dos serviços de saúde, em quantidade e qualidade mínimas, e se referem tanto aos processos como aos resultados. O objetivo é proporcionar o adequado manejo das condições de saúde identificadas em nível local. Na prática quer dizer que os recursos financeiros, humanos e tecnológicos devem estar presentes em quantidade suficiente para atender à determinada demanda e expectativa da população, e a qualidade destes serviços deve atingir os níveis e parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

III) Acesso: está relacionado à 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. Por isso, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente (MENDES, 2011).

IV) Disponibilidade de recursos: este fundamento engloba recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Ter recursos é tão importante quanto sua alocação mais custo-efetiva, e sua disponibilidade é o que determinará o seu grau de concentração de maneira direta. Assim, quanto mais escasso o recurso, mais ele deve ser concentrado; quanto mais disponível, mais deve ser disperso na rede de atenção à saúde.

V) Integração vertical: é referente à articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária ou terciária). O objetivo é agregar valor aos serviços, ou seja, tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis, concretizando um dos objetivos centrais do SUS. 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.

VI) Integração horizontal: diz respeito à junção de unidades e serviços de saúde da mesma natureza, no intuito de agregar serviços em uma mesma cadeia produtiva para obter ganhos de escala por meio de fusão ou aliança estratégica.

VII) Processos de substituição: é o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, para que estes possam gerar melhores resultados sanitários e econômicos, considerando aspectos relativos tanto às equipes quanto aos processos de atenção à saúde, por meio de substituição, reorganização ou aprimoramento (MENDES, 2011).

VIII) 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 (bairros, regiões, cidades e ainda macrorregionais,

microrregionais, municipais ou microárea). Para delimitação desses territórios, pode ser considerado exclusivamente o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos socioculturais ou epidemiológicos.

IX) 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 (MENDES, 2011).

Segundo a Portaria 4.279 que estabelece as diretrizes da RAS no âmbito do SUS, os atributos essenciais das RAS são:

- População e territórios definidos;
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços;
- APS como primeiro nível de atenção;
- Serviços especializados;
- Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um;
- Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum;
- Ampla participação social;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Recursos suficientes;
- Sistema de informação integrado;
- Ação intersetorial;
- Financiamento tripartite e;
- Gestão baseada em resultados (BRASIL, 2010; MENDES, 2002; 2007a; 2009; 2011).

2.1 Elementos constitutivos da Rede

Uma Rede de Atenção à Saúde possui três elementos fundamentais: uma população; uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

• População

O primeiro elemento circunscrito a uma área geográfica é a razão de ser da rede, e está sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Por essa razão deve ser conhecida e estar registrada, isto é, deve estar adscrita. Isso significa que, a referida população deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco em relação às condições de saúde. Esses elementos são definidos pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimento - PDRI (MENDES, 2011). O conhecimento dessa população envolve um processo complexo com a seguinte estrutura:

O processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2008; 2011).

• Estrutura operacional

O segundo elemento, a estrutura operacional, é formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços e possui cinco componentes: centro de comunicação; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança (MENDES, 2008; 2011).

O centro de comunicação é o nó intercambial no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde

e é constituído pela APS - Atenção Primária à Saúde (Atenção Básica e equipe do Programa Saúde da Família). Aliás, essa é a maior singularidade das redes de atenção, pois essa constituição do sistema de saúde estimula e mantém a proximidade com os indivíduos assistidos e seu cotidiano. Assim, esse componente deve desempenhar ações de saúde e também fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários (MENDES, 2008).

Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são os nós da rede nos quais se ofertam serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas e servem de apoio à Atenção Primária. Os pontos de atenção terciários são tecnologicamente mais densos, porém não há entre eles relação de principalidade ou subordinação, uma vez que constituem uma rede poliárquica.

Figura 2 - Exemplos de pontos de atenção secundários e terciários na Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Adaptado de: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

O terceiro componente das redes de atenção, os sistemas de apoio, são os lugares institucionais em que se realizam serviços

comuns a todos os pontos de atenção à saúde nos campos diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e dos sistemas de informação à saúde.

Quadro 3 - Os diferentes sistemas de apoio que compõem a rede de atenção à saúde.

SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Eletrofisiologia • Endoscopias • Hemodinâmica • Patologia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição). • Ações assistenciais • Farmácia clínica • Farmacovigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade (SIM) • Nascidos vivos (Sinasc) • Agravos de notificação compulsória (Sinan) • Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS) • Informações hospitalares do SUS (SIH SUS) • Atenção Básica (Siab)

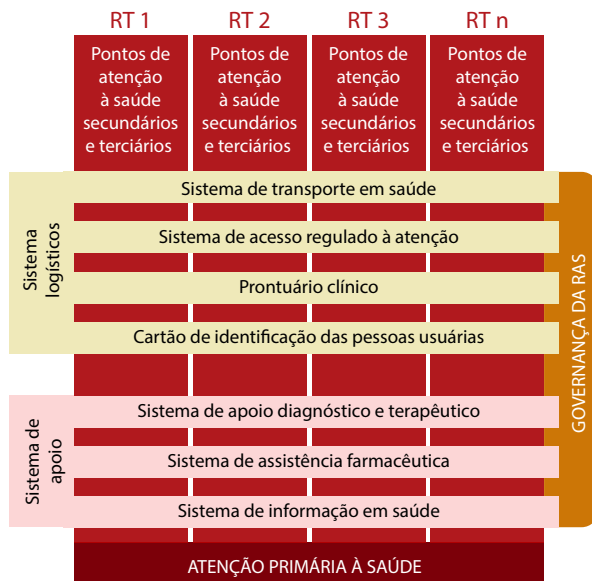
O quarto componente das redes de atenção são os sistemas logísticos, que são soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação. Oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à 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.

O último componente, os sistemas de governança, é um

arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde. Envolve diferentes atores, estratégias e procedimentos, para gerir, de forma compartilhada e interfederativa, as relações entre as outras quatro estruturas operacionais citadas anteriormente, com vistas à obtenção de maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos. Assim, por meio destes sistemas transversais, articulam-se os elementos da RAS em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes.

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.

Figura 3 - Síntese da estrutura operacional da RAS.



Fonte: Adaptado de: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS REDES TEMÁTICAS

O terceiro elemento constitutivo da RAS é o modelo de atenção à saúde. O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações 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 prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2009; 2011).

Retomando a referência feita no início desse capítulo sobre tripla carga de doenças e aprofundando com Von Korff et al. (1997), a situação epidemiológica brasileira se caracteriza por atributos peculiares como:

A superposição de etapas; a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das condições crônicas;

As contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas como dengue e febre amarela;

A transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo;

A polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde;

O surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes.

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde (MENDES, 2011).

Essas condições, ainda que convocando modelos distintos de atenção à saúde, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, é necessário implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, os usuários, segundo seus riscos.

- **Condições agudas**

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências. O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem

que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

- **Condições crônicas**

Os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas são construídos a partir de um modelo seminal, o modelo de atenção crônica. Dele derivam várias adaptações, aplicadas em diferentes partes do mundo, que serão tratadas como os modelos derivados do modelo de atenção crônica. Por fim, será apresentado um modelo de atenção às condições crônicas, desenvolvido por Mendes (2007b), para aplicação no SUS.

Ainda que o modelo de atenção às condições agudas seja diferente do modelo de atenção às condições crônicas, tanto nas condições agudas quanto nas crônicas, devem ser aplicadas a mesma estrutura operacional das RAS, ou seja, a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Há na literatura internacional uma vasta gama de evidências de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de saúde. No Brasil, é possível identificar um esforço para a implantação de diversas RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde. Tal empenho vem gerando resultados positivos na atenção à saúde de pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes; e na utilização de serviços especializados (MENDES, 2011).

Estas RAS foram definidas segundo as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal e estão em diferentes etapas de implantação: Rede Cegonha - Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Rede de Atenção à Urgência e Emergência - Portaria nº 1.600, Rede de Atenção Psicossocial - Portaria nº 3.088, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria nº 793, e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (diabetes, câncer, obesidade etc.) - Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2011c, BRASIL, 2011d, BRASIL, 2012, BRASIL, 2014).

Essas portarias nascem concomitantemente com a Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011, que institui as já citadas e os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Quadro 4 - Redes temáticas de Atenção à Saúde no SUS e seus objetivos principais.

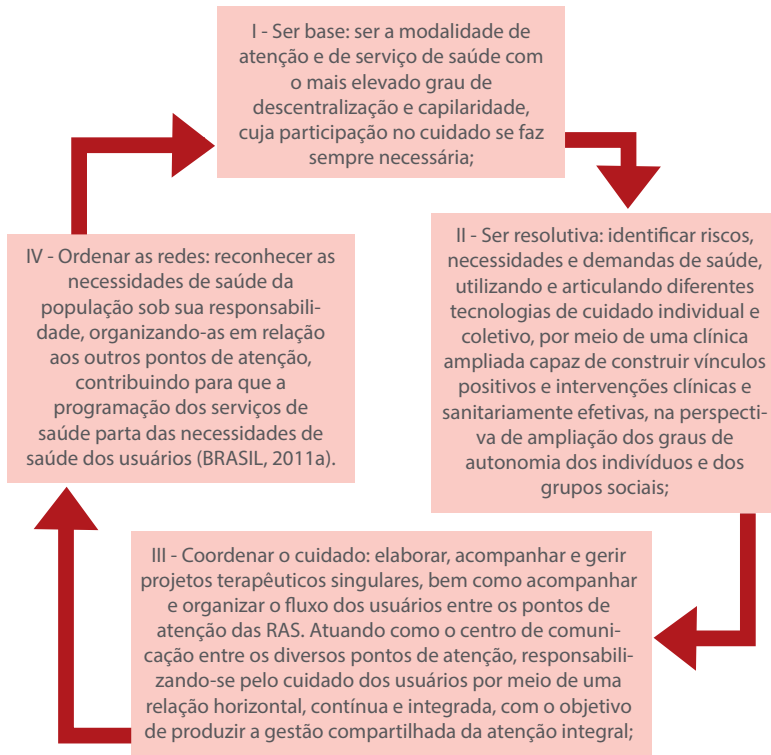
Rede Cegonha - Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b)	Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.
Rede de Atenção à Urgência e Emergência - Portaria nº 1.600, de 7 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c)	Visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

<p>Rede de Atenção Psicossocial - Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d)</p>	<p>Tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
<p>Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012)</p>	<p>Objetiva a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
<p>Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014)</p>	<p>Visa estabelecer diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado, considerando doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.</p>

4 REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE E A ÊNFASE NAS REDES DE ATENÇÃO - DECRETO 7.508/11

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso à saúde no Brasil é universal, igualitário e, ordenado às ações e serviços de saúde, se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. Nesse sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:



Contudo, a transformação no funcionamento dos serviços e nas práticas de saúde demanda maior e melhor capacidade de análise e intervenção, além de maior autonomia por parte dos profissionais, dos gestores e dos usuários (ao se pensar no desenvolvimento de sua autonomia e corresponsabilização).

Assim, uma importante ferramenta para induzir a reestruturação dos processos de trabalho em saúde é a educação permanente em saúde (EPS) em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009).

Além disso, o Ministério da Saúde enfrentando os desafios de rever os princípios do SUS, no que se refere às mudanças dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, elaborou a proposta Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização (PNH) - que prioriza o atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, profissionais e usuários. A implementação dessa política é pautada na construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa da produção de saúde e sujeitos, devendo ser tomada como política transversal, isto é, perpassando todas as ações e as instâncias do sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Quadro 5 - Dispositivos e conteúdos para os serviços de saúde segundo a Política Nacional de Humanização.

DISPOSITIVOS	CONTEÚDOS
Ambiência	Adequar o ambiente à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.
Acolhimento	Oferecer acolhimento com resolutividade, sem preconceitos (racial, sexual, religioso, de origem, entre outros).
Clínica ampliada - prontuário transdisciplinar	Participação efetiva do sujeito e de seu coletivo no processo e produção da saúde, bem como da equipe multiprofissional.
Direitos e deveres dos usuários	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Grupo de trabalho de humanização	Constitui-se por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações entre usuários e profissionais.
Gestão e formação no processo de trabalho	Compreender situações no cotidiano dos processos de trabalho para propor ações de mudança.
Equipe de referência e apoio matricial	Todo usuário saberá quem são os profissionais envolvidos nas ações voltadas para promoção da sua saúde, com suporte de outras equipes profissionais, quando necessário.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados. Brasília, DF: CONASS, 2011. 436 p. (CONASS Documenta, 23). Disponível em: < <http://goo.gl/vecDW> >.

O *acolhimento* é importante dispositivo a ser utilizado no processo de organização da APS como modo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Por acolhimento, entendemos a “recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência” (BRASIL, 2004).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que os profissionais de saúde estejam aptos a adotarem, individual e coletivamente, práticas diferentes do modelo biomédico hegemônico e que sejam fundamentadas nas diretrizes da APS e das RAS. O estabelecimento da APS como centro de comunicação das redes de atenção requer profissionais tecnicamente competentes, comprometidos, em quantitativo suficiente e capazes de organizarem seus processos de trabalho em equipe, de forma que promovam a territorialização, descrição da clientela, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a integralidade e a resolutividade da atenção.

Faz-se essencial que as equipes primárias de saúde estejam organizadas e operando da melhor forma possível para haver a substituição gradual do modelo de saúde hegemônico pelo modelo de redes integradas de saúde. É imprescindível a organização dos processos de trabalho, de modo que a atenção passe a ser integral, multiprofissional e interdisciplinar.

O acolhimento deve estar presente em todas as relações do usuário com a equipe de saúde, constituindo-se uma das práticas das relações de cuidado, e deve ocorrer desde a chegada e recepção do usuário na Unidade de Saúde, cabendo à equipe atendê-lo bem, ouvi-lo de forma qualificada, compreendendo sua necessidade e assegurando uma atenção resolutiva. Quando necessário, deve ser oferecido encaminhamento seguro por meio da articulação com outros pontos e serviços de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Equidade e atenção à saúde das gestantes em Campinas (SP), Brasil. **Rev. Pan-Americana de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005.

BOWLING, A.; BOND, M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 51, n. 465, p. 264-269, abr. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília, DF: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: < <http://goo.gl/13ELtu>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

____. _____. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 436 p. (CONASS Documenta, 23). Disponível em: < <http://goo.gl/u6Czfa>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

____. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 abr. 2014. Seção 1, p. 50-52. Disponível em: <<http://goo.gl/ept3uv>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/gs5uTN>. Acesso em: 26 dez. 2014.

____. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://goo.gl/UL1Sm2>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

____. ____ . Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: < <http://goo.gl/APhwmU>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

____. ____ . Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jul. 2011c. Seção 1, p. 1-9. Disponível em: < <http://goo.gl/g4kVKP>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

____. ____ . Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 dez. 2011d. Seção 1, p. 50-60. Disponível em: < <http://goo.gl/1NOd97>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

____. ____ . Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/67FUb5>.

____. ____ . Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. Disponível em: <http://goo.gl/7JzkcH>. Acesso em: 26 dez. 2014.

____. Presidência da República. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://goo.gl/VTqz6w>. Acesso em: 30 dez. 2014.

CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e terra. 2000. v. 1.

CORDEIRO JÚNIOR, W. **A Gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

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. 180 p.

La FORGIA, G. **Rationale and objectives**. São Paulo: World Bank, Brazilian and International Experiences in Integrated Care Networks, 2006.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-9, 2006.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

_____. **As Modelagens das Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007a.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007b.

_____. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan - Americana de Saúde, 2011.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília, DF: OMS, 2003.

OPS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas.** 2005.

____. OMS. **A Atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 113 p.

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

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, DFID, 2004.

TAKEDA, S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAM, B. et al. **Medicina ambulatorial:** condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TESTA, M. **Pensar en salud.** Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 1989.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, p. 1097-1102, 1997.

WHO. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO, 2004. 18 p. Disponível em: <<http://goo.gl/OU1Hox>>. Acesso em: 30 dez. 2014.

____. **The World Health Report 2008:** Primary Health Care, now more than ever. Geneve, 2008.

WYKE, S.; CAMPBELL, G.; MACIVER, S. Provision of, and patient satisfaction with, primary care services in a relatively affluent area and a relatively deprived area of glasgow. **Br J Gen Pract**, v. 42, n. 360, p. 271-5, 1992.