

Relatório Técnico nº7/2023

Pacto Federativo e constituição das Redes de Atenção à Saúde

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaisus.org.br.

Resumo

Frente à perspectiva de um sistema de saúde fragmentado, no qual os pontos de atenção à saúde não se articulam para prestar uma atenção contínua à população [1], a portaria nº 4.279/2010 elaborou as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

- **O objetivo das RAS 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. **Caracteriza-se 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.**
- A noção de um “cuidado integrado” já vinha sendo debatida com o reconhecimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da dificuldade de encontrar uma definição comum a processos que, em alguns países, tomam a forma de linhas de cuidado, enquanto em outros observam uma integração mediada por sistemas de informação ou conexões entre profissionais de saúde [2].
- Um dos pilares do cuidado integrado é a gestão de base populacional, ou seja, a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências [1].
- Nos diferentes níveis de integração do cuidado, o nível ‘organizacional’ é baseado na organização por meio de redes coordenadas de profissionais de saúde e serviços. O nível ‘funcional’ significa integração de funções não clínicas e de back-office por meio, por exemplo, de prontuários eletrônicos ou sistemas de informação. A integração de serviço refere-se à integração de diferentes especialidades, por exemplo, estabelecendo equipes multidisciplinares. Por fim, a integração clínica é a integração

dos cuidados em um processo único e coerente entre profissões por meio de, entre outros, o uso de diretrizes e protocolos compartilhados [2].

No Brasil, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite cinco redes: **1. Rede Cegonha; 2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); 3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); 4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e 5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, conforme demonstra a Figura abaixo [3].**

	Discussão no Grupo Técnico de Atenção	Pactuação CIT
Rede Cegonha (RC)	(04) 02/04/2011 08/04/2011 12/04/2011 05/05/2011	5 de Maio de 2011
Rede de Urgência e Emergência (RUE)	(03) 09/05/2011 08/07/2011 15/08/2011	16 de Junho de 2011
Rede de Atenção Psicossocial (Raps)	(10) 08/07/2011 18/07/2011 09/11/2011 21/11/2011 30/11/2011 05/12/2011 07/12/2011 12/12/2011 18/01/2012 14/08/2012	24 de Novembro de 2011
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)	(04) 18/01/2012 01/03/2012 07/03/2012 07/03/2012 12/03/2012	16 de Fevereiro de 2012
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC)	(02) 18/09/2012 06/11/2012	22 de Novembro de 2012

Nas primeiras análises sobre a implementação das RAS no Brasil, destacam-se alguns desafios:

- **O financiamento das redes temáticas, além de favorecer o modelo médico assistencial por meio da transferência de recurso prioritariamente para a atenção à saúde voltada à média e alta complexidade, parece tender às regiões privilegiadas, com fortalecimento da rede de prestadores de serviços que se adensa nos grandes centros urbanos, permanecendo lacunas assistenciais, cujo espaço tem sido ocupado pelo setor privado não complementar ao SUS, sobretudo a partir do nível secundário de atenção à saúde [4; 5].**
- **Apesar da relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) para reordenamento do modelo de atenção à saúde, a mesma não se apresenta como principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede [5].** Pelo contrário, parece haver multiplicidade de portas de entrada na rede, com fluxos de acesso aos pontos de atenção permeados por barreiras de acessibilidade geográfica e sócio-organizacional.

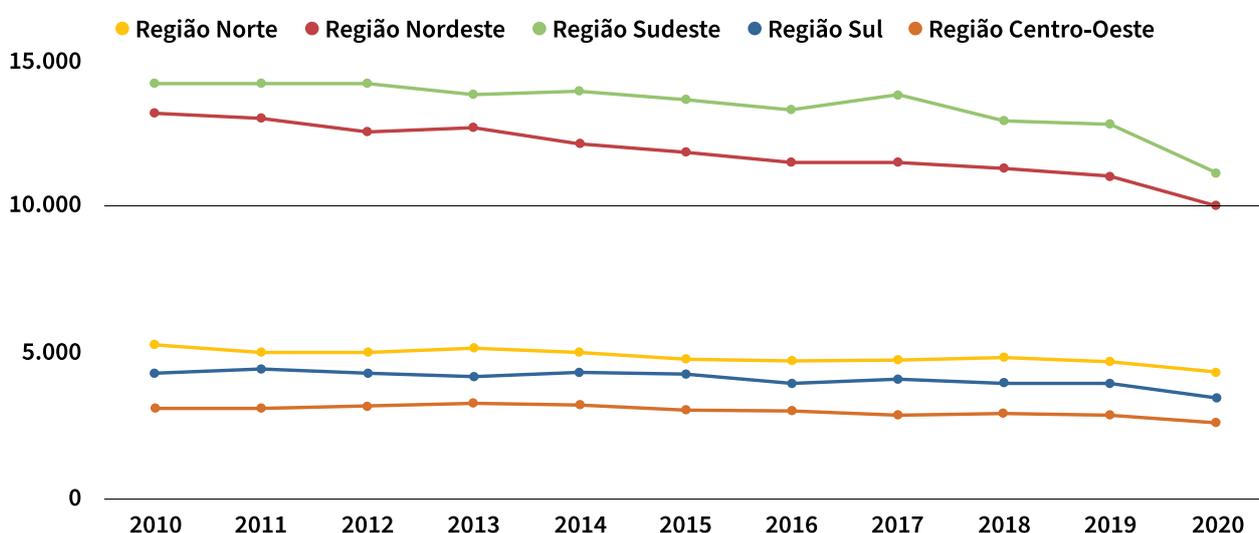
O documento *Integrated care models: an overview* traz barreiras comuns para a implementação de redes de atenção e cuidados integrados [2]:

- Culturas e comportamentos profissionais, incluindo relutância de profissionais da medicina em participar das redes;

- Continuação dos mecanismos de pagamento por serviço, sem considerar uma perspectiva de saúde da população;
- Falta de escala e de escopo das práticas;
- Dependência excessiva de prontuários eletrônicos como a chave para a mudança transformacional;
- Falta de foco ou priorização na população-alvo que mais se beneficiaria com as intervenções;
- Falta de liderança e suporte gerencial adequado;
- Expectativas irreais sobre o funcionamento das redes; e
- Resistência à mudança entre os usuários da saúde e medo de perder os direitos existentes.

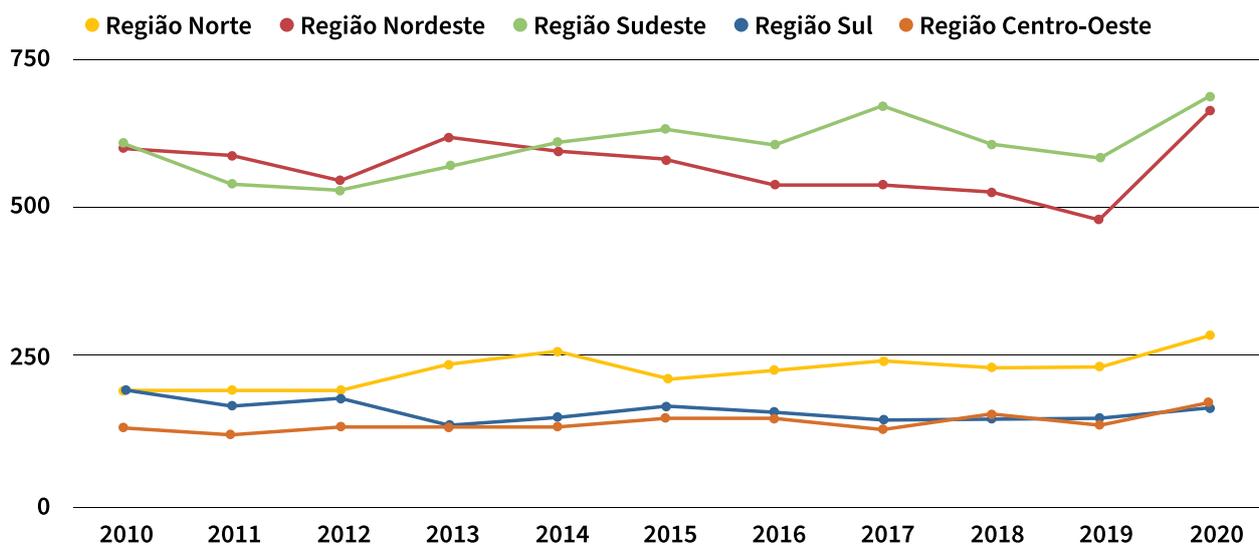
Rede Cegonha: Foi a primeira a ser pactuada e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [1].

- Entre 2010 e 2020, o número de óbitos fetais no Brasil teve uma tendência nacional de queda, todavia houve um aumento na região Norte.



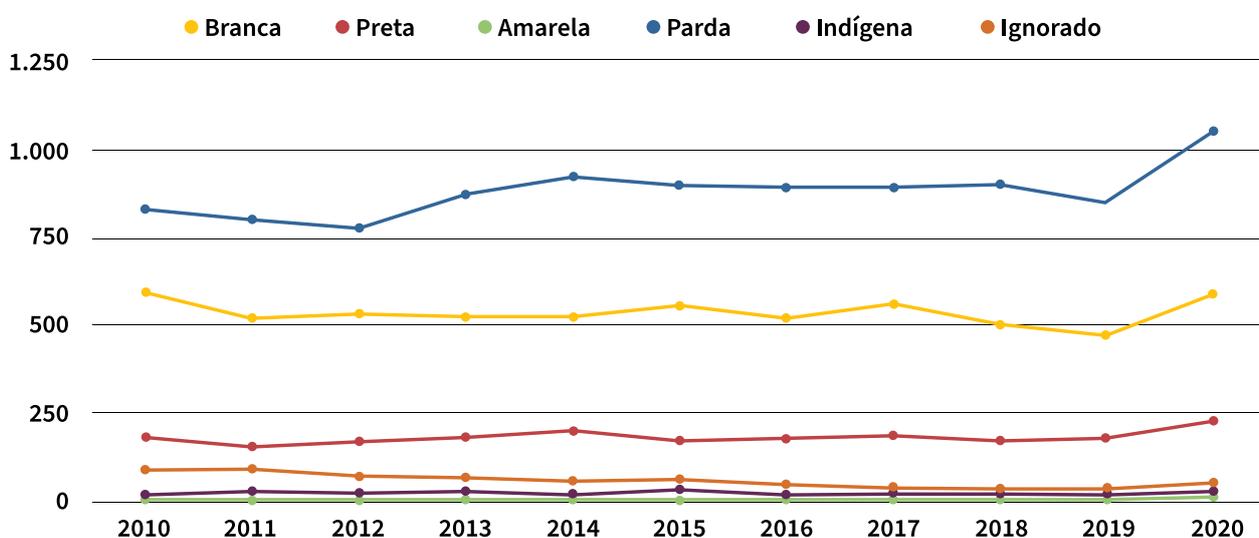
Fonte: Tabnet/DataSUS. Elaboração própria, 2022.

- O mesmo ocorreu em termos de morte materna no Brasil até 2019, com a região Norte sendo mais vulnerabilizada. Em 2020, houve um aumento em relação a 2019, sendo que a região Nordeste apresentou um aumento mais significativo:



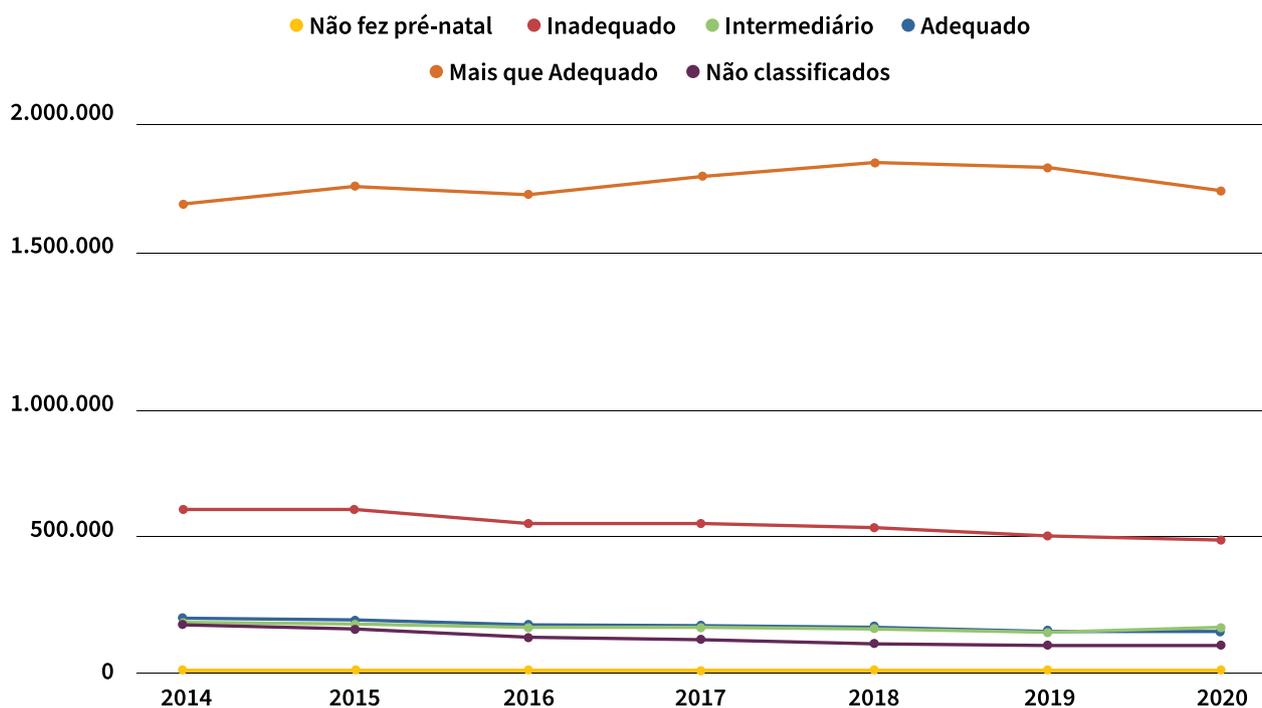
Fonte: Tabnet/DataSUS.

- Já por raça/cor, fica evidente a sobrerrepresentação de mulheres pardas e o fato de que as mulheres pretas tiveram um crescimento no número de óbitos nos últimos anos.



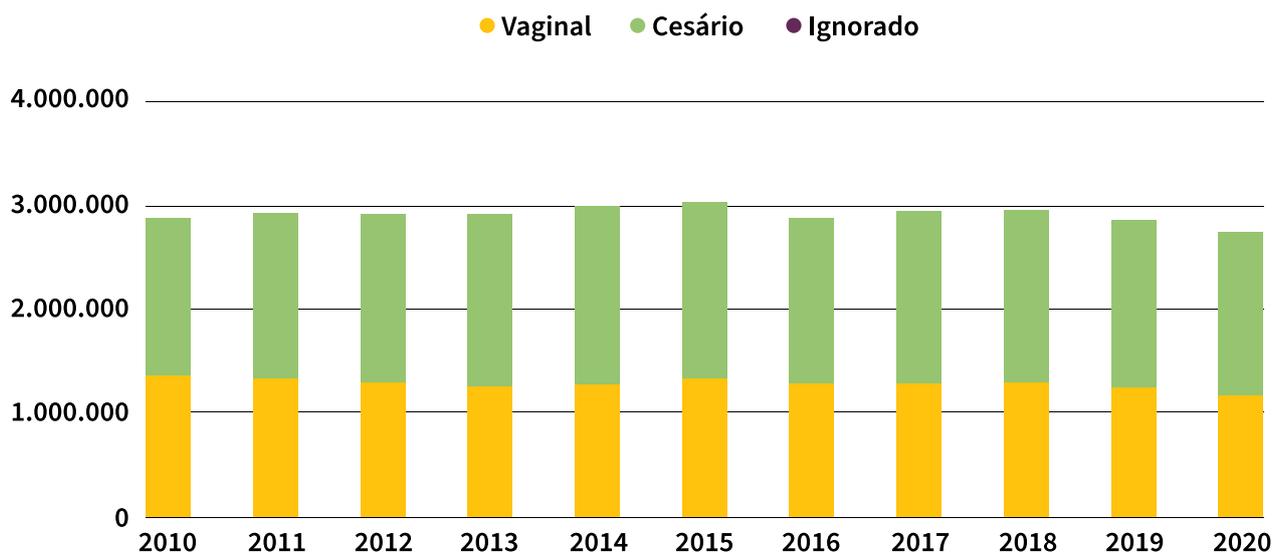
Fonte: Tabnet/DataSUS.

- Até 2014 o Tabnet/DataSUS não disponibilizava informações sobre adequação do pré-natal, considerada como o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas. Houve crescimento de 10% da classificação “Pré-natal mais que adequado” entre 2014 e 2019, e queda nas classificações Inadequado, Intermediário e Adequado, bem como nas gestações sem classificação. Em 2020, nota-se uma piora nas classificações, a hipótese para este fenômeno tem relação com o efeito da pandemia de Covid-19 no acesso à saúde. Já o número de mulheres que não realizou pré-natal se manteve em oscilação e representou 0,6% do total de gestações registradas em 2020.



Fonte: Tabnet/DataSUS.

- Dentre todos os nascidos vivos no Brasil, o tipo de parto cesáreo representou a maioria ao longo dos anos (indo de 52% em 2010 para 57,2% em 2020), seguido pelo parto vaginal (que foi de 48% para 42,7% no mesmo período).



Fonte: Tabnet/DataSUS.

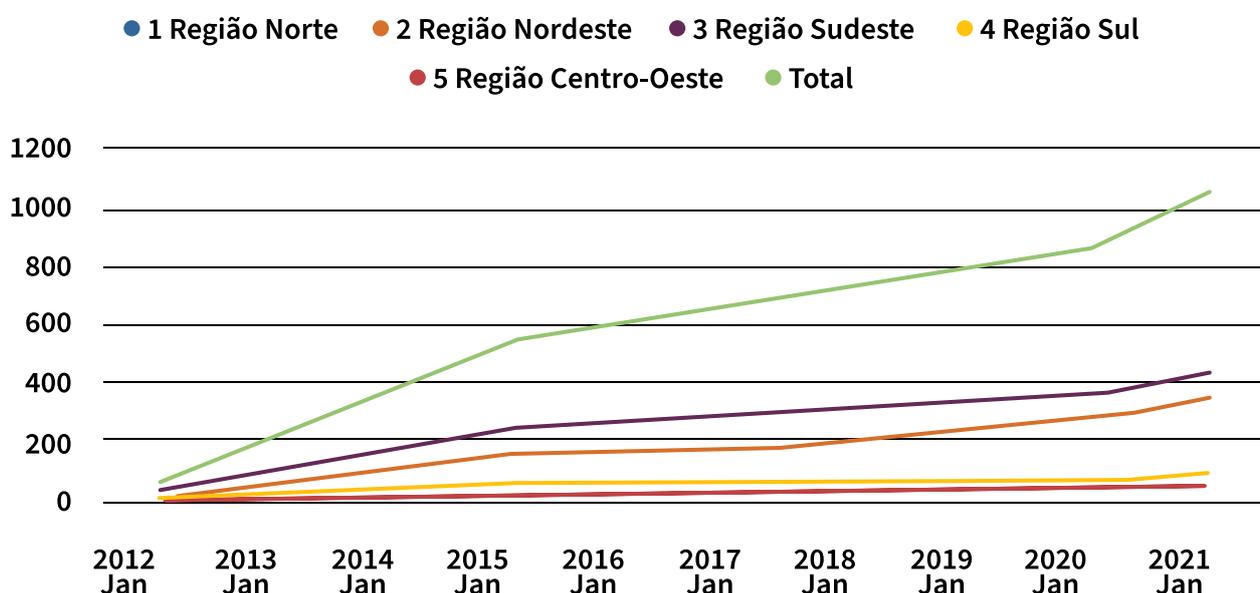
- **Parece haver uma redução da taxa de cesarianas quando se constrói um hospital no município de residência da mãe, e uma redução da taxa a nível hospitalar conforme o hospital aloca mais leitos obstétricos para o SUS.** Além disso, foi verificada uma probabilidade maior de que o parto ocorra em dias úteis para cesarianas, hospitais privados sem leitos obstétricos voltados ao SUS, mães brancas, mais escolarizadas e casadas, sugerindo a incidência de fatores não médicos sobre a probabilidade de cesárea eletiva agendada [6].
- Uma avaliação da Rede Cegonha, realizada em 2017 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a Universidade Federal do Maranhão (UFM), identificou **dificuldades relacionadas à ambiência hospitalar para os partos e ao acolhimento de gestantes com deficiências.** A manutenção de atividades de educação permanente, de avaliação da Rede e de participação social foram recomendadas [7].
- Há um desafio de incorporar os processos de monitoramento e avaliação no cotidiano destas maternidades, por questões estruturais da cultura institucional, impossibilitando o **retorno dos resultados de forma ágil e contínua, uma vez que o acesso a dados nacionais secundários é inexistente no caso das boas práticas de assistência ao parto e nascimento** [8].
- Quando se analisa a população de mulheres que apresentam complicações relacionadas à gestação, observa-se que significativa parcela dessa população sofre **demoras na assistência, seja em relação à detecção precoce das complicações, ao uso de intervenções apropriadas ou ao processo de coordenação entre os níveis de atenção do sistema de saúde** [8].
- **O compartilhamento de informações entre representantes da APS com os de serviços especializados favorece espaços de análise coletiva com potencial para definição de estratégias singulares e mais efetivas** [8].
- No entanto, é possível afirmar que, entre os anos de 2011 e 2017, **houve um aumento significativo do número de mulheres com acesso à tecnologia apropriada ao parto e redução de práticas consideradas prejudiciais.** No setor privado, observou-se também redução nas taxas de cesariana e aumento da idade gestacional ao nascer [9].

Rede de Urgência e Emergência (RUE): tem a finalidade de 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. **A rede tem como prioridade as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.** Envolve os equipamentos de promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia [3].

- Em 2019, existiam 509 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil e 889 estavam em construção [10]. Em 2012, as UPA tinham como principais causas de atendimento, no baixo risco, as dores lombares e afecções osteoarticulares, trato urinário, ginecológicas e doenças sexualmente transmissíveis, as doenças crônicas e as cardiovasculares (em percentuais menores); no alto risco, a dor torácica e o infarto agudo, cirrose, hipertensão e traumatismo. **As questões de saúde mental apareceram em todos os riscos, sendo predominantes na faixa do médio risco** [11].

- Na avaliação dos profissionais das UPA, **a pertinência dos encaminhamentos da atenção básica era considerada “boa” e “razoável” em sua maioria, totalizando em torno de 70% das respostas.** Um percentual de 11% a 20% dos profissionais considerava “ruim” os encaminhamentos, sendo esse percentual mais elevado na categoria dos enfermeiros (20,6%). A prevalência dos atendimentos realizados pelas UPA encaminhados pelo Samu era de mais de 60% [11].
- **Foi observada uma redução na taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em decorrência da atuação das UPA e que, ao aumentar uma unidade de UPA, a taxa de morte cai 0,81, em média.** Também observou que capitais e regiões metropolitanas com mais de 3 UPA oferecem uma redução de 3,71 pontos na taxa de mortalidade por infarto [12].
- **Já no estado do Rio de Janeiro, observou-se uma redução significativa dos óbitos em hospitais (-16%) e na rua (-27%), mas um aumento de óbitos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde (em que as UPA estão classificadas). Isso sugeriria realocação parcial de óbitos entre locais de ocorrência.** Ao examinar efeitos sobre a mortalidade em hospitais, observou-se um efeito negativo sobre óbitos por doenças circulatórias e endócrinas, bem como por causas externas [13].
- **Outro estudo no estado do Rio de Janeiro, a abertura das UPA esteve associada a uma queda significativa na realização de procedimentos ambulatoriais em hospitais. Também foi encontrada uma redução nas admissões hospitalares por causas sensíveis à atenção primária e um declínio em mortes ocorridas em hospitais, embora não na taxa geral.** Em particular, houve queda na proporção de óbitos em internações por condições não sensíveis à atenção primária, o que sugere melhoria na performance hospitalar. Em termos de custos, foram estimados gastos com as UPA entre 5,6% e 14,2% do total dos gastos com hospitais públicos do RJ. Tal gasto com as UPA correspondeu também a cerca de 30% dos recursos necessários para prover uma cobertura integral da atenção primária no estado [14].
- Em 2019, o Samu 192 estava presente em 3.618 municípios, com 3.274 ambulâncias, sendo 252 motolâncias, 12 embarcações (ambulancha), 14 aeromédicos e 191 centrais de regulação. Ao todo, 174 milhões de pessoas (83,69% da população) dos 210 milhões de brasileiros contavam com a cobertura do serviço [15].
- No componente de atenção domiciliar, o Brasil passou de 72 equipes em janeiro de 2012 para 1062 em janeiro de 2021.

Equipes de Atenção Domiciliar, por ano e região



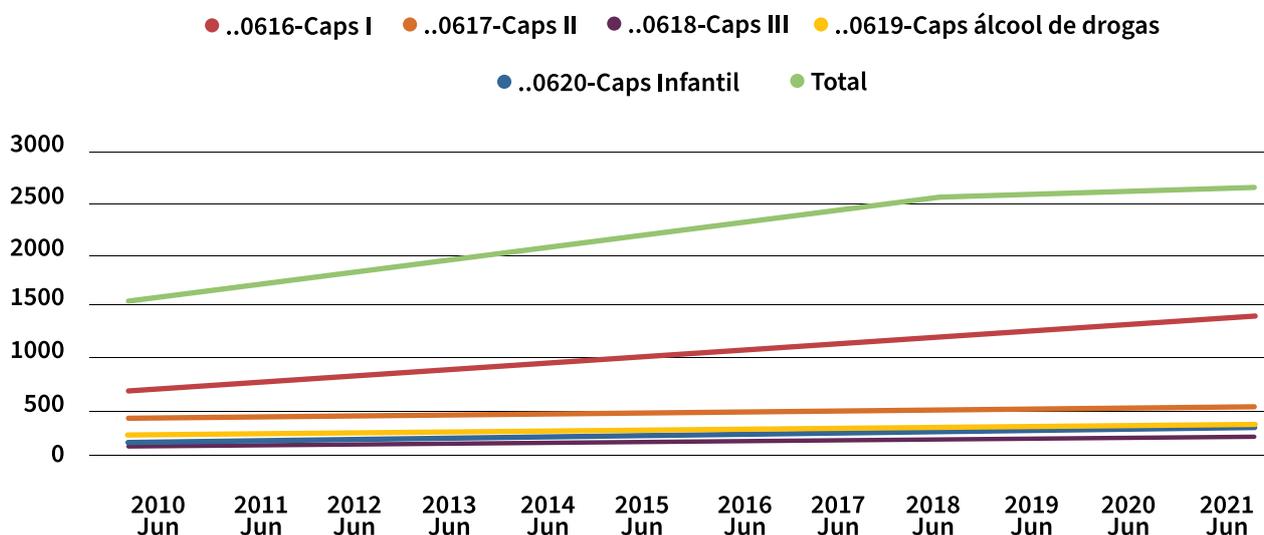
Fonte: Tabnet/DataSUS.

- **Observa-se, entretanto, que, apesar de os componentes estarem implantados ou em fase de implantação nas regiões de saúde, esse fato ocorre de forma desarticulada, assim como o financiamento, de forma fragmentada e com liberação inconstante**, o que tem impedido esses serviços funcionarem efetivamente em rede [1].

Rede de Atenção Psicossocial (Raps): tem como 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. **A rede tem como componentes a APS, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção à Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, as Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial.**

- A Raps/SUS contava, em 2020, com:
- 2.661 Centros de Atenção Psicossocial (Caps);
- 686 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- 65 Unidades de Acolhimento (UA);
- 1.622 leitos em 305 hospitais gerais;
- 29 Equipes Multiprofissionais. [16]

CAPS Habilitados, por tipo e ano



Fonte: Tabnet/DataSUS.

- Nos estudos descrevendo processos de avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil até 2014, destacaram-se os avanços no cuidado, com tratamento humanizado, participativo e comunitário. No entanto, foi identificada carência de maiores investimentos, qualificação profissional e melhorias organizacionais, além da baixa efetivação do princípio da intersectorialidade, na articulação dos Caps com outros dispositivos [17; 18].
- Em um estudo avaliativo da Raps em Vitória da Conquista, na Bahia, apesar do cenário de expansão, os serviços se mostraram insuficientes em face da demanda, com dificuldades de acesso dos usuários. A articulação entre os serviços evidenciou a conformação de uma rede fragmentada, com centralização nos serviços especializados e dificuldades de comunicação com a atenção primária e a rede de emergência. Evidenciou-se a inexistência de fluxos instituídos, o que gerou fragilidades na coordenação do cuidado. O desenvolvimento de ações intersectoriais, embora presentes, mostrou-se limitado e restrito a alguns setores [19].

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Viver Sem Limites): tem como objetivos ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua. **Compõem a rede os seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.**

- A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está em expansão quanto aos procedimentos ofertados na área de saúde, entretanto, há insatisfação de usuários na assistência, onde vazios assistenciais dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde no país [20].

- **A proposta de integração entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção ainda não está de fato articulada, o que revelaria uma política ainda carente de atenção e investimentos, tanto da parte estrutural, no sentido de melhor dispor de tecnologias para prover o atendimento adequado a essa população alvo, quanto na instrumentalização dos profissionais de cuidado em dispor de capacitações e conhecimentos.** Nesse sentido, parece ser necessário maior investimento em estratégias de divulgação sistemática envolvendo os gestores públicos de saúde, bem como as esferas de gestão hospitalar, para afinar discurso, buscar cooperação, articulação e consenso, de forma que as ações terapêuticas voltadas para pessoas com deficiência possam ser efetivos elementos de transformação [21].

Tanto à Rede de Atenção à Pessoa com Deficiências quanto à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas parecem carecer de avaliações publicadas, quando comparadas às três outras redes instituídas.

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: entende-se, nesta rede, como doenças crônicas aquelas 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. A rede tem como objetivos realizar a atenção integral à saúde, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; bem como fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. **APS, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Regulação e Governança compõem esta rede de atenção.**

De forma geral, as linhas de cuidado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) [22] não estão devidamente implantadas nas cidades brasileiras. O IEPS levantou as sete principais razões para isso acontecer:

- Gargalos de acesso impedem que usuárias e usuários realizem rastreio e tratamento de DCNT;
- Faltam profissionais e treinamento para a atuação em equipes multiprofissionais no SUS;
- Linhas de cuidado são operadas em total ou parcial segregação entre níveis de cuidado;
- A maioria dos usuários com doenças crônicas não estão sendo acompanhados;
- A maioria dos usuários que sofrem de doenças crônicas não estão cadastrados;
- A lentidão do processo de informatização da Atenção Primária no Brasil;
- Baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários com DCNT.

Estrutura operacional e ferramentas de gestão

- Há cinco componentes na estrutura operacional das redes de atenção à saúde: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança [23].
- **A boa governança das redes de atenção à saúde implica a existência das seguintes características: conhecimento das necessidades da população adstrita, cooperação e consenso como pauta de interação entre atores, visão conjunta e valores compartilhados e liderança efetiva.** Também convoca à cooperação, à coordenação e à corresponsabilização entre os atores que a integram, de tal forma que as relações internas estejam baseadas em negociações entre iguais, no consenso e na confiança e não em diretrizes verticais e em agendas ocultas. [23].

Alguns instrumentos de gestão podem contribuir para melhor organizar as redes de atenção à saúde e a articulação entre os diferentes níveis de atenção, dentre eles a Planificação da Atenção à Saúde e a Contratualização.

- A **contratualização** é um instrumento essencial de gestão que define a função dos diferentes atores que compõem uma rede, partilhando riscos e responsabilidades. As principais contribuições da contratualização são: **melhor coordenação das organizações de saúde; substituição da lógica hierárquica de comando-controle pela de maior participação; e responsabilização dos profissionais com melhor desempenho das suas atividades.** Um dos elementos facilitadores é sua construção gradual, em um ambiente de aprendizagem permanente, com o protagonismo dos profissionais de saúde. Já seus maiores desafios são a transparência na condução dos processos, o fortalecimento dos mecanismos de auditoria e dos sistemas de informação, bem como a revisão permanente dos indicadores de monitoramento e sua adequação às necessidades de saúde da população [24].
- A experiência acumulada com a Planificação da Atenção Primária permitiu um avanço no sentido da **Planificação da Atenção à Saúde (PAS)** mais amplamente, incluindo níveis de atenção especializada através do envolvimento da gestão e dos trabalhadores, da implantação dos processos, da rápida visibilidade da organização da Atenção Primária pela comunidade, da integração das equipes de diferentes níveis de atenção e do ganho na qualidade da atenção prestada. Entre as fragilidades, é comum se deparar com estados que fazem adesão, mas que deixam a cargo das Regiões de Saúde tocarem o processo com o pouco envolvimento do nível central [25].

Interface entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária

A articulação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde tem sido limitada, havendo pouca troca de informação sobre diagnósticos, tratamentos e exames entre a APS e a Atenção Especializada [26]. São costumeiros os encaminhamentos do primeiro nível de atenção para o mais especializado, mas a contrarreferência não ocorre com frequência, além de haver pouco reconhecimento da APS como coordenadora do cuidado.

- **No primeiro ciclo de avaliação da Atenção Primária, 63% dos usuários disseram que não têm dificuldade de serem consultados pelos especialistas quando são encaminhados, sendo que 61% dos usuários disseram suas consultas foram marcadas pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 39% receberam o encaminhamento para marcação diretamente em uma “central” ou no serviço para o qual foi indicado [3].**
- Há baixa articulação da rede de assistência farmacêutica entre os diferentes níveis de atenção à saúde [27].
- **Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) têm sido em muitos locais subexplorados como equipes assistenciais de retaguarda especializada, devido às diretrizes oficiais focadas no apoio e em ações generalistas de promoção e prevenção da APS, subutilizando a competência nuclear dos profissionais matriciadores.** Por outro lado, em locais em que eles atuam somente com assistência especializada, ocorre o inverso e aí devem fazer também apoio técnico às equipes de APS, melhorando sua resolubilidade e contribuindo na sua educação permanente, concretizando o matriciamento [28].
- **As desigualdades na oferta de leitos não-SUS e a não complementariedade com a oferta de leitos SUS indicam que a rede hospitalar não se distribui com a missão principal de atender à demanda e que, além disso, não parece haver coordenação entre os segmentos público e privado [29].** Diante desses elementos, quanto mais fragmentada for a responsabilidade por serviços hospitalares, mais os hospitais privados serão contratados, haja vista que os municípios de menor porte não têm condições de realizar, de forma direta, ações e serviços de média e alta complexidade hospitalar [30].

RECOMENDAÇÕES

Revisões Sistemáticas:

- **Estratégias de Lean Healthcare baseadas no mapeamento da cadeia de valor e na identificação de possíveis melhorias e implementação de um sistema mais enxuto (metodologia Kaizen) contribuem para a redução do tempo de espera para atendimentos em saúde e redução do tempo de espera para agendamentos de atendimentos em saúde, bem como no aumento da satisfação de pacientes e trabalhadores da saúde [31]. A integração de serviços de prevenção e cuidado para HIV/Aids com serviços de saúde materna, neonatal, infantil e serviços de nutrição é uma estratégia de fácil implementação e com grande potencial para reduzir a mortalidade materno-infantil e a epidemia da HIV/Aids, mas ainda são necessários mais estudos rigorosos sobre sua influência em desfechos de saúde e custo-efetividade [32].**
- Dez princípios que seriam essenciais para o desenvolvimento e implementação de uma rede integrada:
 1. Serviços abrangentes através do continuum de cuidados: envolve a cooperação entre o setor saúde e demais setores sociais. Pressupõe a existência de múltiplos pontos de acesso ao sistema com ênfase na promoção à saúde e na APS.

2. Foco no usuário: o usuário é figura ativa em seu cuidado. Devem ser providos serviços focados em uma população definida.
3. Cobertura: Maximizando acesso e minimizando a duplicidade de serviços.
4. Cuidado multiprofissional e integração entre profissionais.
5. Uso de protocolos clínicos: independentemente do local em que o usuário esteja sendo cuidado.
6. Gestão de desempenho: desenvolvendo o compromisso com a qualidade dos serviços, evolução clínica e resultados.
7. Sistemas de informação: uso eficiente com foco na promoção da comunicação e o fluxo de informação durante o continuum do cuidado.
8. Cultura organizacional e liderança: desenvolvimento de gestores e líderes com comprometimento e visão, que são capazes de instituir uma cultura organizacional adequada para o cuidado do usuário.
9. Estrutura de governança: criação de sistema de governança forte e focado, com diferentes representações de todos os envolvidos. Este sistema deve prover uma organização estrutural que promova coordenação entre os diferentes níveis de cuidado.
10. Gestão financeira: financiamento adequado, com distribuição equitativa entre os diferentes serviços. Incentivos a mecanismos de trabalho interprofissional e a promoção à saúde [33].

Outras evidências científicas

- **Promover maior permanência e formação conjunta dos profissionais poderia facilitar o conhecimento dos fluxos assistenciais e especificidades da RAS**, favorecer as relações interprofissionais interníveis e o reconhecimento mútuo dos processos de trabalho [26].
- **Esforços devem ser feitos no sentido de tornar o acesso à rede hospitalar mais equânime no País, independentemente da fonte de pagamento usada pelos pacientes. No âmbito do SUS, o aumento do número de leitos e de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por habitantes parece essencial para aumentar o acesso ao cuidado de maior complexidade.** Além do alinhamento de esforços públicos e privados com as necessidades de serviços hospitalares da população, o monitoramento regular da qualidade destes serviços deve fazer parte do arcabouço de informações usadas no direcionamento de políticas e regulamentações na área da atenção hospitalar no Brasil [29].
- **Deve haver reflexão em torno da prestação de saúde especializada hospitalar para que se possa analisar os ganhos reais com a manutenção de leitos sob a gestão do subsistema municipal para níveis de complexidade mais elevados**, considerando que nem todos os municípios têm as mesmas condições estruturais para implementá-los e mantê-los que os estados e a União [30].
- **Todavia os hospitais de pequeno porte, dentro dos seus limites, são de suma importância para a rede de atenção à saúde, especialmente no caso dos municípios que, além de estarem distantes de centros especializados, possuem baixa população. Pode ser oportuno, nessas situações, a união de municípios vizinhos no cofinanciamento das atividades desenvolvidas por essas instituições, agregando, assim, resolutividade à assistência prestada pelas unidades da atenção básica da rede existente [36].**

- **A indução financeira federal de equipes de atenção especializada semelhantes aos Nafsf, como formato organizativo de atenção secundária oficial do SUS, incluindo talvez a maior parte das especialidades médicas** significaria um primeiro movimento de construção institucional da atenção especializada coerente com a RAS; avançando na solução do problema da relação entre APS e especialistas e na estruturação efetiva, coerente e eficiente de uma atenção especializada ambulatorial que de fato seja acessível quando necessária, coordenada pela APS e parceira das equipes da ESF [28].
- **O Apoio Matricial e as reuniões de rede** foram identificadas por profissionais dos serviços de saúde mental da cidade de Porto Alegre como ferramentas potentes para auxiliar no estreitamento de relações entre os serviços e articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [35].

De forma geral, as estratégias operacionais de construção de redes de atenção fornecem subsídios para organizar os sistemas de saúde a partir de sete diretrizes organizacionais principais:

1. *Definição de uma população vinculada a um território e conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais, necessidades de saúde e tendências do padrão demográfico e epidemiológico. Essa população deverá estar adscrita a equipes de atenção primária e monitorada periodicamente, especialmente os cidadãos pertencentes a grupos de maior risco de adoecimento.*
2. *Projeção de um cenário desejado (imagem-objetivo) em termos de configuração da estrutura de ações e serviços de saúde com base nos critérios de necessidades de saúde e eficiência econômica e eficácia sanitária.*
3. *Estabelecimento de um primeiro nível de atenção como porta de entrada para exercer a coordenação do cuidado e atuar com capacidade resolutiva para parte significativa dos problemas de saúde mais comuns. A atenção primária deve atuar como interface de conexão junto aos cidadãos e famílias, colocando-os no centro do sistema ao garantir a longitudinalidade do cuidado.*
4. *Definição de um conjunto diversificado de serviços de saúde disponíveis à população, abrangendo ações de saúde pública, prevenção, promoção, cura, reabilitação e cuidados paliativos.*
5. *Provisão de ações e serviços especializados em consonância com os projetos terapêuticos individualizados, sob demanda da atenção primária e de preferência em unidades ambulatoriais.*
6. *Aporte de ações e cuidados sociais em consonância com a abordagem de determinantes sociais da saúde e sempre que houver comprovação de sua maior eficácia clínica.*
7. *Organização de estruturas de suporte à atividade clínica abrangendo sistemas de apoio diagnóstico, de compartilhamento informatizado de informações clínicas, assistência farmacêutica, transporte sanitário, prontuário eletrônico, identificação do usuário, etc. Essas estruturas desempenham tanto a função de fornecer subsídios ao diagnóstico quanto de aportar elementos ao longo do tratamento [37].*

Documentos de Organismos Internacionais

- **Os componentes associados a modelos de cuidados integrados de sucesso incluem permitir o envolvimento do paciente e suporte para autogestão da sua saúde, desenvolver uma cultura de trabalho multiprofissional, adotar protocolos e caminhos clínicos baseados em evidências, alinhar incentivos, gerenciar de forma eficaz os recursos, realizar monitoramento e melhoria contínua de desempenho, e investir no apoio às tecnologias da informação.** A adoção de abord-

agens interdisciplinares vai além da articulação de profissionais de saúde e requer alinhamento com as políticas de formação e provimento de recursos humanos do sistema. Da mesma forma, um ajuste de incentivos no nível organizacional requer o ajuste de mecanismos mais amplos de financiamento do sistema de saúde [2].

- A **integração vertical dos serviços** potencializa ações através da: (I) delegação de procedimentos, anteriormente executados exclusivamente por médicos, para os profissionais de enfermagem; (II) investimento em tecnologia de informação e de telemedicina em regiões de baixa densidade demográfica e; (III) a criação de pontos de atenção não convencionais [34].

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Em 2022, o Conass publicou uma agenda de propostas estruturantes para a área da saúde para os candidatos e as candidatas à presidência da república [38], dentre as diversas temáticas cobertas, sobre a organização das RAS o Conass recomenda:

- **Garantir que a Saúde da Família seja a principal estratégia do SUS**, redesenhando o modelo de Atenção Primária, em termos de incorporação tecnológica, ampliação de escopo, cobertura universal, especialização de recursos humanos, buscando a meta de alcançar a cobertura de toda a população brasileira pela APS e tornando-a garantidora do acesso aos demais níveis de atenção;
- **Fortalecimento do vínculo da APS com a comunidade**, reduzindo para 2.500 habitantes a população máxima por equipe de saúde da família, preservando os valores de financiamento atual ao novo dimensionamento;
- **Ampliar o financiamento federal para implantar as Redes de Atenção à Saúde em todas as macrorregiões**, objetivando alcançar plenitude de cobertura e garantia no acesso desde a APS até a atenção hospitalar, com destaque para a Rede de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Oncologia e demais redes temáticas estratégicas;
- **Implementar uma política nacional, com financiamento adequado, voltada à atenção de média complexidade ambulatorial** que permita atender às demandas acumuladas na Pandemia da Covid-19 e, ainda, ampliar o acesso a cirurgias eletivas, consultas e exames especializados;
- **Desvincular o financiamento hospitalar do faturamento da “Tabela SUS” e migrar para um modelo de remuneração para pagamento por perfil assistencial, desempenho e responsabilidade territorial**, estabelecendo mecanismos simplificados de habilitação de leitos clínicos e complementares vinculados a pré-requisitos focados na garantia do acesso, com segurança do paciente, integralidade do cuidado, qualidade, escala, regionalização e responsabilidade territorial;
- **Modernizar e universalizar o acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer com a regionalização dos serviços de oncologia**, garantindo capilarização do acesso e qualidade nos serviços de quimioterapia e radioterapia em todas as Macrorregiões de Saúde do país.

Metodologia

Este documento foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da [Agenda Mais SUS](#). As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; VEREDAS. Pacto Federativo e constituição das Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamaisus.org.br

Referências

- [1] CONASS. A atenção primária e as redes de atenção à saúde, 2015 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
- [2] WHO. Integrated care models: an overview, 2016 - Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- [3] Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS, 2014 - Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
- [4] Duarte; Mendes. Questão territorial, processo de regionalização do SUS e financiamento das redes temáticas, 2018 - Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8771>
- [5] Landim. Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia, 2018 - Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140435/tese-edivania-landim-redes-de-atencao-a-saude.pdf>
- [6] Magalhães et al. Os Determinantes da Realização de Cesáreas no Brasil, 2019 - Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Policy-Paper-41-Ces%C3%A1reas.pdf>
- [7] Fiocruz. Atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha - Sumário Executivo, 2017 - Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf
- [8] Silva et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DjZVSFLg47T3vgFwYy6Mh3q/?lang=pt>
- [9] Leal et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=en>
- [10] Costa et al. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro, 2020 - Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n125/400-410/>
- [11] CONASS. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 2015 - Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf
- [12] Santos. Efeito das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) na mortalidade por infarto agudo no miocárdio nas capitais e regiões metropolitanas do Brasil , 2015 - Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/15043/1/K%C3%A1tia.pdf>
- [13] Rocha; Fernandes. O impacto das unidades de pronto atendimento (UPAs) 24h sobre indicadores de mortalidade: evidências para o Rio de Janeiro, 2016 - Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7503/1/PPE_v46_n03_Impacto.pdf
- [14] Bhalotra; Nunes; Rocha. O Impacto das UPAs 24h sobre Indicadores Hospitalares e Saúde Populacional, 2020 - Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/IEPS_Estudo_Institucional_02.pdf
- [15] Agência Brasil. Mais de 860 ambulâncias novas vão reforçar Samu, 2019 - Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-09/mais-de-860-ambulancias-novas-va-reforcar-samu>
- [16] Senado Federal. Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões, 2021 - Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatica-ainda-divide-opinioes>
- [17] Costa; Colugnati; Ronzani. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura, 2015 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/45CS4GkMvpVYZWVNfNLSdhr/?format=pdf&lang=pt>
- [18] Zanardo. Avaliação dos centros de atenção psicossocial (Caps) a partir da perspectiva de profissionais, 2021 - Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9757>
- [19] Sampaio; Bispo Júnior. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental, 2021 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNc4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt>

- [20] Santos; Renner; Nunes. Plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência viver sem limite – Eixo Saúde: evidências de direitos humanos no Brasil?, 2019 - Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/ccc/2019/09/direitos-humanos-brasil.html>
- [21] Machado et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência, 2018 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cjN6jtXwsf6nT43YgVDf8xf/?lang=pt&format=pdf>
- [22] IEPS. LINHAS DE CUIDADO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2021 - Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/07/Panorama_IEPS_02.pdf
- [23] CONASS. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, 2016 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>
- [24] Costa e Silva; Escoval; Horrtale. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil, 2014 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/g63cPSkvd7y5CBCdhgGvwZt/?lang=pt&format=pdf>
- [25] CONASS. Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde, 2018 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/>
- [26] Mendes et al. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados, 2021 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/trzFhLccv7qMB8kHJn557Ly/?format=pdf&lang=pt>
- [27] Silva; Osorio-de-Castro. Organização e práticas da assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2019 - Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2019.v23/e180297/pt>
- [28] Tesser; Poli Neto. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio, 2017 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgf/?format=pdf&lang=pt>
- [29] Machado; Martins; Leite. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil, 2015 - Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/39-50/pt>
- [30] Pereira. Um olhar crítico à descentralização de serviços públicos de saúde em atenção hospitalar, 2020 - Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180248/167077>
- [31] Tlapa et al. Effects of lean healthcare on patient flow: A systematic review. Value in Health, 2020 - Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32113632/>
- [32] Lindegren et al. Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services, 2012 - Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22972150>
- [33] Suter et al. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration, 2009. Traduzido por Mota. Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado, 2020 - Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11032020-132928/pt-br.php>
- [34] WHO. Health Systems in Transition: Canada, 2005. Traduzido por Mota. Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado, 2020 - Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11032020-132928/pt-br.php>
- [35] Zanardo; Bianchessi; Rocha. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS, 2018 - Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n3/a06.pdf>
- [36] Cardoso. Política Nacional de Atenção Hospitalar: discussão conceitual de políticas públicas e aplicação prática, 2020 - Disponível em: <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/rbdr/article/view/6455/pdf>
- [37] Ouverney; Noronha. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde redes locais, regionais e nacionais, 2013 - Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/42.pdf>
- [38] CONASS. Propostas do CONASS aos candidatos e às candidatas à presidência da república, 2022. - Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/propostas-do-conass-aos-candidatos-e-as-candidatas-as-presidencia-da-republica-2022/>