



# Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo

*Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review*

*Concepto de red de atención de salud y sus características clave: una revisión de alcance*

Liliane Cristina Nakata<sup>1</sup>

Aline Fiori dos Santos Feltrin<sup>1</sup>

Lucieli Dias Pedreschi Chaves<sup>2</sup>

Janise Braga Barros Ferreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, realizada a partir da consulta nas bases de dados PubMed, Lilacs, Scopus e CINAHL. A busca foi realizada de setembro a outubro de 2017, de forma concomitante em todas elas, tendo retornado um total de 820 registros e, após aplicação de filtros e critérios de inclusão e exclusão, 10 manuscritos compuseram a amostra. **Resultados:** Mapeou-se 29 características-chave presentes nos conceitos de rede de atenção à saúde, tais como: integralidade, território definido, cooperação, coordenação, equidade, qualidade, integração, variedade de serviços, racionalidade, interdependência, garantia de direito, intersetorialidade, eficiência, eficácia, interligação, humanização, objetivo comum, longitudinalidade, ampliação do acesso, garantia de acesso, articulação, regulação, adaptabilidade, flexibilidade, abertura, fluidez, horizontalidade, formalização por contrato. **Conclusão e Implicações para a prática:** As características expressaram complementaridade na formação do conceito de rede de atenção à saúde. No entanto, nota-se a ausência de um conceito totalizante para rede de atenção à saúde capaz de apresentar sua real abrangência e significado. Acredita-se que a compreensão do conceito e suas características influencie a operacionalização, governança e avaliação de desempenho da rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Sistema de Saúde. Serviços de Saúde. Formação de Conceito. Revisão.

## ABSTRACT

**Objective:** To map national and international scientific evidences about the characteristics present in the concept of health care network. **Method:** This is a scoping review based on the PubMed, Lilacs, Scopus and CINAHL databases. The search was carried out from September to October 2017, concurrently in all of them, producing a total of 820 records. After applying filters and inclusion and exclusion criteria, 10 manuscripts composed the sample. **Results:** The results showed 29 characteristics present in concepts of health care network, namely: integrality, defined territory, cooperation, coordination, equity, quality, integration, variety of services, rationality, interdependence, guarantee of right, intersectorality, efficiency, effectiveness, interconnection, humanization, common objective, longitudinality, access expansion, access guarantee, articulation, regulation, adaptability, flexibility, openness, fluidity, horizontality and formalization by contract. **Conclusion and implications for practice:** The characteristics expressed complementarity in the formation of the concept of health care network. However, there is not a totalizing concept for health care network capable of presenting its real scope and meaning. Understanding the concept and its characteristics is believed to influence the operationalization, governance and performance assessment of the health care network.

**Keywords:** Health System. Health Services. Concept Formation. Review.

## RESUMEN

**Objetivo:** Mapear la evidencia científica nacional e internacional sobre las características presentes en el concepto de red de atención de salud. **Método:** Esta es una revisión de alcance basada en las bases de datos PubMed, Lilacs, Scopus y CINAHL. La búsqueda se llevó a cabo de septiembre a octubre de 2017, simultáneamente en todos ellos, produciendo un total de 820 registros. Después de aplicar filtros y criterios de inclusión y exclusión, 10 manuscritos compusieron la muestra. **Resultados:** Los resultados mostraron 29 características presentes en los conceptos de red de atención de salud, a saber: integridad, territorio definido, cooperación, coordinación, equidad, calidad, integración, variedad de servicios, racionalidad, interdependencia, garantía de derecho, intersectorialidad, eficiencia, eficacia, interconexión, humanización, objetivo común, longitudinalidad, ampliación del acceso, garantía de acceso, articulación, regulación, adaptabilidad, flexibilidad, apertura, fluidez, horizontalidad, formalización por contrato. **Conclusión e Implicaciones para la práctica:** Las características expresaron complementariedad en la formación del concepto de red de atención de salud. Sin embargo, no existe un concepto totalizador para la red de atención de salud capaz de presentar su alcance y significado reales. Se cree que comprender el concepto y sus características influye en la operacionalización, la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red de atención de salud.

**Palabras-clave:** Sistema de Salud. Servicios de Salud. Formación de Concepto. Revisión.

### Autor Correspondente

Janise Braga Barros Ferreira  
E-mail: janise@fmrp.usp.br

Recebido em 21/05/2019.  
Aprovado em 09/10/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154

## INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, sendo compostos por um conjunto de serviços que se comunicam entre si buscando a proteção social.<sup>1</sup> A análise histórica dos sistemas de saúde tem mostrado que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade, para as condições agudas. Os progressos da ciência biomédica e a implementação de medidas de saúde pública reduziram o impacto de inúmeras doenças transmissíveis, na maior parte dos países desenvolvidos. Portanto, os atuais sistemas de saúde se organizaram para tratar problemas agudos e necessidades prementes dos pacientes e, nesse início de século XXI, em que as condições crônicas estão se tornando mais expressivas, observa-se a disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para atenção aos problemas crônicos.<sup>2</sup>

De outro modo, é fato que houve avanços substantivos na abordagem das condições de saúde, nas últimas décadas, com redução das taxas de mortalidade e melhora da expectativa de vida, em todo o mundo. Não obstante, em muitos países, a transição epidemiológica permanece registrada na magnitude das doenças crônicas e de seus efeitos indesejáveis para a pessoa, as famílias e os sistemas de saúde. Essa situação implica na necessidade de se adequar a abordagem a essas condições de saúde, objetivando-se o alcance de qualidade de vida e melhor desempenho dos sistemas de saúde.<sup>3</sup>

No contexto nacional, nota-se a situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças (doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, as causas externas e persistência das doenças transmissíveis), aliada ao acelerado envelhecimento da população e a um sistema de saúde, que apesar de poder celebrar conquistas, ainda se mostra não totalmente organizado para o enfrentamento deste cenário.<sup>4,5</sup>

Essa situação se constitui em uma ameaça sob a perspectiva econômica e da saúde, de modo que, os sistemas de saúde devem ser reorganizados para enfrentar os desafios relacionados à eficiência e efetividade de suas ações, por meio da adoção de estratégias eficazes, principalmente, para o manejo das condições crônicas.<sup>2</sup>

Nesse sentido, os sistemas de saúde devem se resguardar contra a fragmentação dos serviços, uma vez que o tratamento das condições crônicas requer a integração, garantindo o compartilhamento das informações entre os seus diferentes componentes através do tempo, bem como a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema. Destaca que os serviços integrados resultam em melhor qualidade de saúde, reduz o desperdício no uso de recursos físicos, materiais e profissionais, alcançando maior eficiência e, ainda uma experiência satisfatória aos usuários.<sup>2</sup>

O futuro dos sistemas de saúde consiste em integrarem-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS), trabalhando de modo mais cooperativo e operacionalizado sob uma visão compartilhada, com a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e foco na

qualidade.<sup>6</sup> As evidências apontam que a implantação das redes de atenção à saúde produz resultados positivos, tais como: redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhora do custo efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; melhora da qualidade da atenção; produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; facilitação da utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumento da satisfação dos usuários e do autocuidado.<sup>7</sup>

No Brasil, o conceito de RAS, sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais, passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão.<sup>8,9</sup> Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010<sup>10</sup> e do Decreto nº 7.508/2011<sup>11</sup> é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização.

No entanto, verifica-se que, ao menos no Brasil, embora se tenha, no SUS, uma definição de conceito para a RAS, ele pode ser compreendido de diferentes formas entre os atores que atuam na área da saúde, uma vez que a palavra rede tem vários significados. Em sua origem, a palavra rede, oriunda do latim *retem*, define uma estrutura que tem um padrão característico.<sup>12</sup>

Considerando o desafio de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e tendo a rede de atenção à saúde como uma estratégia para essa reorganização, este estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde.

## MÉTODO

A revisão de escopo ou *scoping review* foi a escolha para o desenvolvimento deste estudo como método de agrupamento dos dados e síntese do conhecimento, que pode ser utilizado para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, ou ainda esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico ou campo de estudo.<sup>13,14</sup> Assim, realizou-se a análise de escopo sistemática e os dados foram analisados e sintetizados de forma narrativa.

Utilizando a estratégia população, conceito e contexto (PCC)<sup>13,14</sup> foram incluídos nesta revisão de escopo estudos: a) quanto à população: qualquer grupo ou país de estudo; b) quanto ao conceito: apresentar explicitamente o conceito de rede de atenção à saúde e suas características; c) quanto ao contexto: organização do sistema de saúde. Essa estratégia foi empregada para responder a seguinte questão: Quais as evidências científicas

nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde?

Quanto ao tipo de estudos foram incluídos: estudos com abordagem quantitativa e qualitativa, estudos primários, revisões sistemáticas, metanálises e/ou metassínteses, livros e *guidelines*, publicados nos idiomas inglês, ou espanhol ou português, em fontes indexadas ou na literatura cinzenta, disponíveis *online* nas bases de dados consultadas. Foram excluídas as publicações em outros idiomas e que deixaram de apresentar o conceito de rede de atenção à saúde de forma explícita. O período escolhido para a pesquisa abrangeu o início operativo do SUS (1990) ao final do primeiro semestre de 2017.

As bases de dados utilizadas foram a National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs), SciVerse Scopus (Scopus) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). A busca em tais bases de dados foi realizada de setembro a outubro de 2017, de forma concomitante em todas elas, por dois revisores.

Para a busca nas quatro bases de dados foi considerada a seguinte palavra-chave: “rede de atenção à saúde” (health care networks) e o cruzamento desta com os descritores controlados “Health Services”; “Delivery of Health Care, Integrated”; “Health Care Delivery”; “Health Promotion”; “National Health Programs”; “Health Systems Plans”; “Regional Health Planning”, com o uso do operador booleano “OR”, referenciados pelo DECS/MESH. A busca na base dados Lilacs foi trilingue (português, inglês e

espanhol) e, nas demais bases foram empregados descritores e a palavra chave na língua inglesa, sendo realizada de modo integrado nos campos título, resumo e assunto. As estratégias de busca segundo cada base de dados estão apresentadas no Quadro 1.

Os artigos e documentos técnicos foram selecionados pelo título e resumo e, posteriormente, avaliados na íntegra objetivando a seleção final do material para responder à questão norteadora. A leitura do material foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, com preenchimento de instrumento para coleta de dados, buscando minimizar possível viés de seleção dos estudos. Os impasses relativos à inclusão ou exclusão dos artigos foram resolvidos por meio de discussão e alcance de consenso entre as pesquisadoras, ou por consulta a um terceiro revisor (todos são autores da revisão). O instrumento de coleta de dados extraiu as seguintes informações dos estudos selecionados: identificação do artigo/documento técnico, ano de publicação, tipo de documento, tipo de estudo, procedência (local onde os dados do estudo foram coletados) e o conceito de rede de atenção à saúde. Após a seleção da amostra final de artigos/documentos foi realizada a extração das características chaves presentes nos conceitos de rede de atenção à saúde, com a finalidade de se identificar as semelhanças, diferenças e complementaridades.

A consulta nas quatro bases de dados indicadas retornou 820 artigos/documentos técnicos, destes, dez artigos/documentos

**Quadro 1.** Estratégia de busca nas bases de dados e número de resultados.

Bases de dados	Estratégia	Nº de artigos
Pubmed	(((((“Health Services”[Mesh:NoExp]) OR “Delivery of Health Care, Integrated”[Mesh:NoExp]) OR “Delivery of Health Care”[Mesh:NoExp]) OR “Health Promotion”[Mesh:NoExp]) OR “Regional Health Planning”[Mesh:NoExp]) OR “Health Systems Plans”[Mesh] AND “Health Care Networks” Filters: From 1990/01/01 to 2017/12/31, Spanish, Portuguese, English.	47
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ((“Health Services” OR “Health Care Delivery, Integrated” OR “Health Care Delivery” OR “Health Promotion” OR “National Health Programs” OR “Health Systems Plans” OR “Regional Health Planning”)) AND TITLE-ABS-KEY (“Health Care Networks”)) AND PUBYEAR > 1989 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, “ar”) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, “re”) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, “cp”) OR LIMIT-TO (DOCTYPE, “ip”)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, “English”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “Portuguese”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “Spanish”))	200
Lilacs	(“servicos de saude” or “atencao a saude” or “regionalizacao” or “promocao da saude” or “assistencia a saude”) [Descritor de assunto] and redes [Palavras] and “1990” or “1991” or “1992” or “1993” or “1994” or “1995” or “1996” or “1997” or “1998” or “1999” or “2000” or “2001” or “2002” or “2003” or “2004” or “2005” or “2006” or “2007” or “2008” or “2009” or “2010” or “2011” or “2012” or “2013” or “2014” or “2015” or “2016” or “2017” [País, ano de publicação]	549
CINAHL	(MH “Health Services”) OR (MH “Health Care Delivery, Integrated”) OR (MH “Health Care Delivery”) OR (MH “Health Promotion”) OR (MH “National Health Programs”) AND “Health Care Networks”	24

Fonte: Dados da pesquisa.

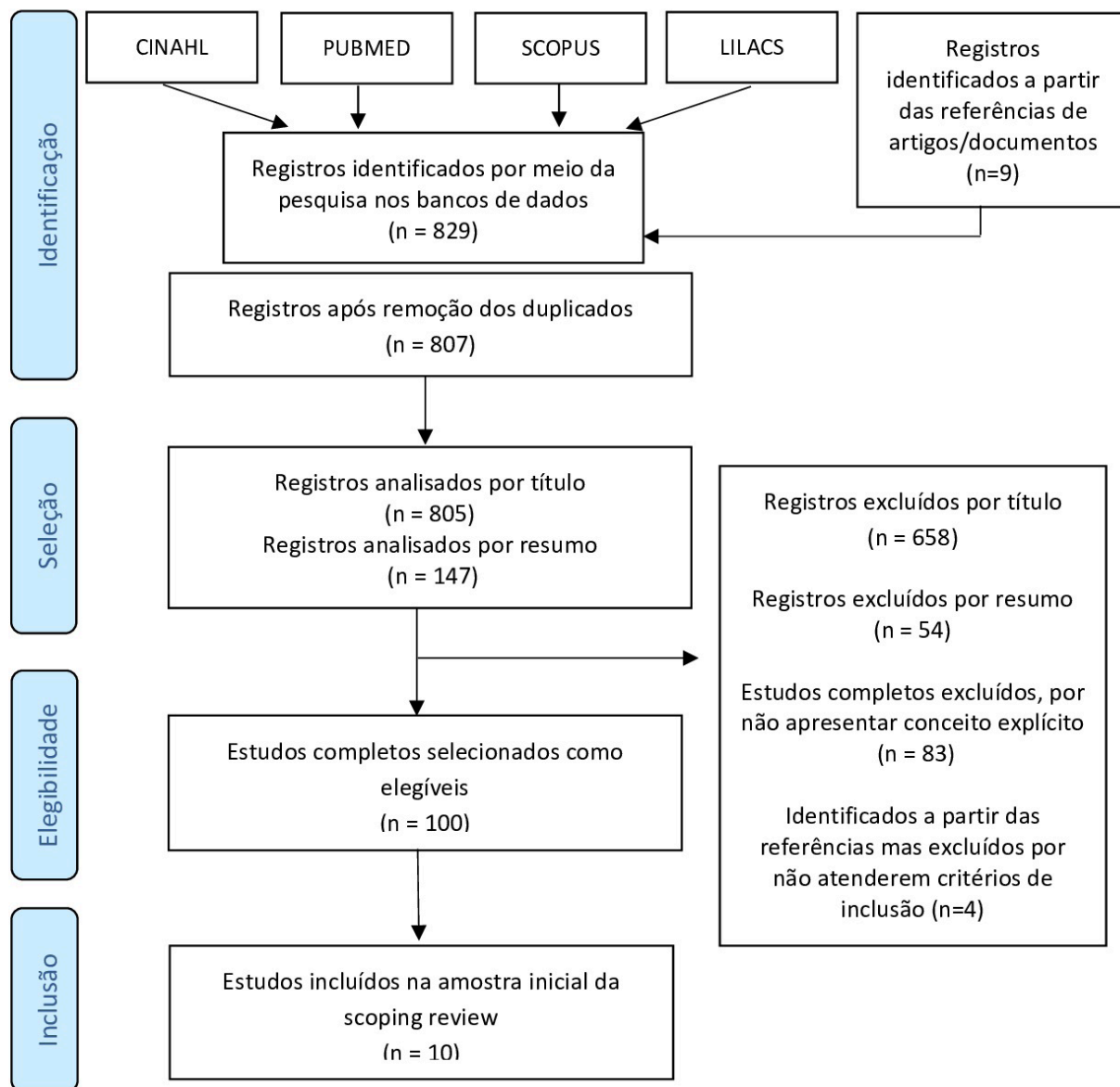
atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra inicial deste estudo. Posteriormente, com a finalidade de se ampliar as possibilidades de identificação de características presentes no conceito de rede de atenção à saúde, foi realizada uma nova busca nas referências bibliográficas dos artigos/documentos que compuseram a amostra inicial. A busca reversa possibilitou a seleção de nove artigos/documentos a partir dos títulos e, após exclusão de repetições e leitura completa dos artigos/documentos, restaram três que apresentaram o conceito explícito de rede de atenção à saúde. No entanto, o conceito abordado nesses três trabalhos foi o mesmo de artigos/documentos da amostra inicial, o que justificou a não inclusão dos mesmos nessa revisão. Dessa

forma, a amostra final manteve-se em dez artigos/documentos, cujas etapas de seleção do material estão apresentadas no fluxograma, segundo o Modelo Prisma,<sup>15</sup> apresentado na Figura 1.

## RESULTADOS

Os países de publicação dos estudos que compuseram a amostra (n=10) foram: Brasil, quatro (40%), Estados Unidos com dois (20%) estudos, Argentina, Canadá, Chile e Reino Unido com um (10%) estudo cada país, apresentados no Quadro 2. Desses estudos, seis (60%) são artigos de revisão, um (10%) estudo de caso e três (30%) são manuais técnicos.

**Figura 1.** Diagrama de Fluxo Prisma (Adaptado) do processo de seleção dos artigos.  
Fonte: Dados da pesquisa.



No Quadro 2 também pode se observar que houve uma regularidade na frequência de publicação por ano dos artigos que compuseram a amostra final do estudo. Dois artigos foram publicados em 2004, dois em 2010 e nos outros anos um artigo por ano.

A partir dos estudos selecionados foi realizada a extração das características chaves apresentadas nos conceitos (Quadro 3), sendo possível a elaboração de um mapa dos resultados pelo

número de estudos que apresentaram as mesmas características chaves (Figura 2). O mapa de resultados é uma representação gráfica, conforme sugerido no método adotado,<sup>13,14</sup> no qual foram utilizados hexágonos diferenciados por cores e tamanhos (decrecentes da esquerda para a direita) para indicar cada uma das características e o número de estudos em que tais características se fizeram presentes.

**Quadro 2.** Artigos e documentos técnicos selecionados segundo título, autor, tipo de estudo, tipo de documento, ano de publicação e país de estudo.

	Título	Autores	Tipo de Estudo	Tipo de Documento	Ano	País de Estudo
1	Building legitimacy and the early growth of health networks for the uninsured.	Provan KG, Lamb G, Doyle M. <sup>16</sup>	Revisão	Artigo Científico	2004	Estados Unidos
2	Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”	Hartz ZM, Contandriopoulos AP. <sup>17</sup>	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2004	Brasil
3	Organizing the public health-clinical health interface: Theoretical bases	St-Pierre M, Reinharz D, Gauthier JB. <sup>18</sup>	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2006	Canadá
4	Understanding power relationships in health care networks	Addicott R, Ferlie E. <sup>19</sup>	Estudo de casos	Artigo Científico	2007	Reino Unido
5	Health care networks.	Mendes EV. <sup>5</sup>	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2010	Brasil
6	Mejora de los cuidados crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud	Barceló A, Luciani S; Agurto I, Ordúñez P, Tasca R, Sued O, Organización Panamericana de la Salud. <sup>20</sup>		Documento Técnico	2012	Estados Unidos
7	Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina	Artaza Barrios O, coordinador, Organización Panamericana de la Salud. <sup>21</sup>		Documento Técnico	2017	Argentina
8	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	Kuschnir R, Chorny, AH. <sup>22</sup>	Revisão de Literatura	Artigo Científico	2010	Brasil
9	Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos	Santos L, Andrade LOM. <sup>23</sup>	Revisão de Literatura	Artigo Científico	2011	Brasil
10	Redes de atención GES y no GES	Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud. <sup>24</sup>		Documento Técnico	2013	Chile

Fonte: Dados da pesquisa.



**Quadro 3.** Conceitos de rede de atenção à saúde retirados da amostra, país de origem dos estudos e características-chaves extraídas dos conceitos.

	Conceito de Rede	País de Estudo	Características chaves
1	Rede utilizada para descrever arranjos cooperativos entre fornecedores autônomos que são voluntários e não necessariamente permanentes, mas que podem se tornar cada vez mais formalizados ao longo do tempo e cuja integração de seus serviços se mostra útil e benéfica tanto para as organizações provedoras como para seus pacientes e clientes. <sup>16</sup>	Estados Unidos	Integração Cooperação Formalização
2	Redes assistenciais como organização para se alcançar a integralidade, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. <sup>17</sup>	Brasil	Integralidade Interdependência Racionalidade
3	Rede como fornecimento dos vários serviços de saúde de uma maneira mais integrativa, a fim de melhor atender às crescentes necessidades dos pacientes e do público em geral. <sup>18</sup>	Canadá	Integração Variedade de serviços
4	Interligação entre grupos de profissionais de saúde e organizações de cuidados primários, secundários e terciários que trabalham juntos, de forma coordenada, sem restrições por fronteiras profissionais (e organizacionais) existentes para garantir a prestação equitativa de serviços altamente eficazes e de alta qualidade. <sup>19</sup>	Reino Unido	Interligação Cooperação Coordenação Eficácia Equidade Qualidade
5	As redes de atenção à saúde são 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 e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. <sup>5</sup>	Brasil	Cooperação Integralidade Eficiência Território definido Interdependência Coordenação Qualidade Humanização Variedade de serviços Objetivo comum
6	Redes integradas de serviços de saúde são entendidas como um grupo de organizações que fornecem ou providenciam serviços de saúde equitativos e integrados para uma população definida. As RISS são integrais o que significa que prestam serviços que cobrem todos os níveis de prevenção, de maneira coordenada e integrada com todos os níveis e pontos de atenção. <sup>20</sup>	América Latina Organização Panamericana de Saúde	Integração Integralidade Território definido Equidade Longitudinalidade
7	Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS – são “[...] um conjunto de organizações que fornecem serviços de saúde de forma coordenada, abrangente e equitativa para uma população definida, dispostos a prestar contas de seus resultados clínicos e financeiros e do estado de saúde da população que serve”. As RISS requerem uma série de atributos essenciais, para assegurar a realização do direito à saúde por meio de ações integrais com e para comunidades e pessoas, garantindo acesso, oportunidade, continuidade de cuidados e atendimento de qualidade. <sup>21:22</sup>	Argentina	Eficiência Integralidade Território definido Coordenação Equidade Qualidade Garantia de direito Garantia de acesso Variedade de serviços
8	As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando o acesso e diminuindo desigualdades. <sup>22</sup>	Brasil	Equidade Ampliação do acesso Garantia de direito

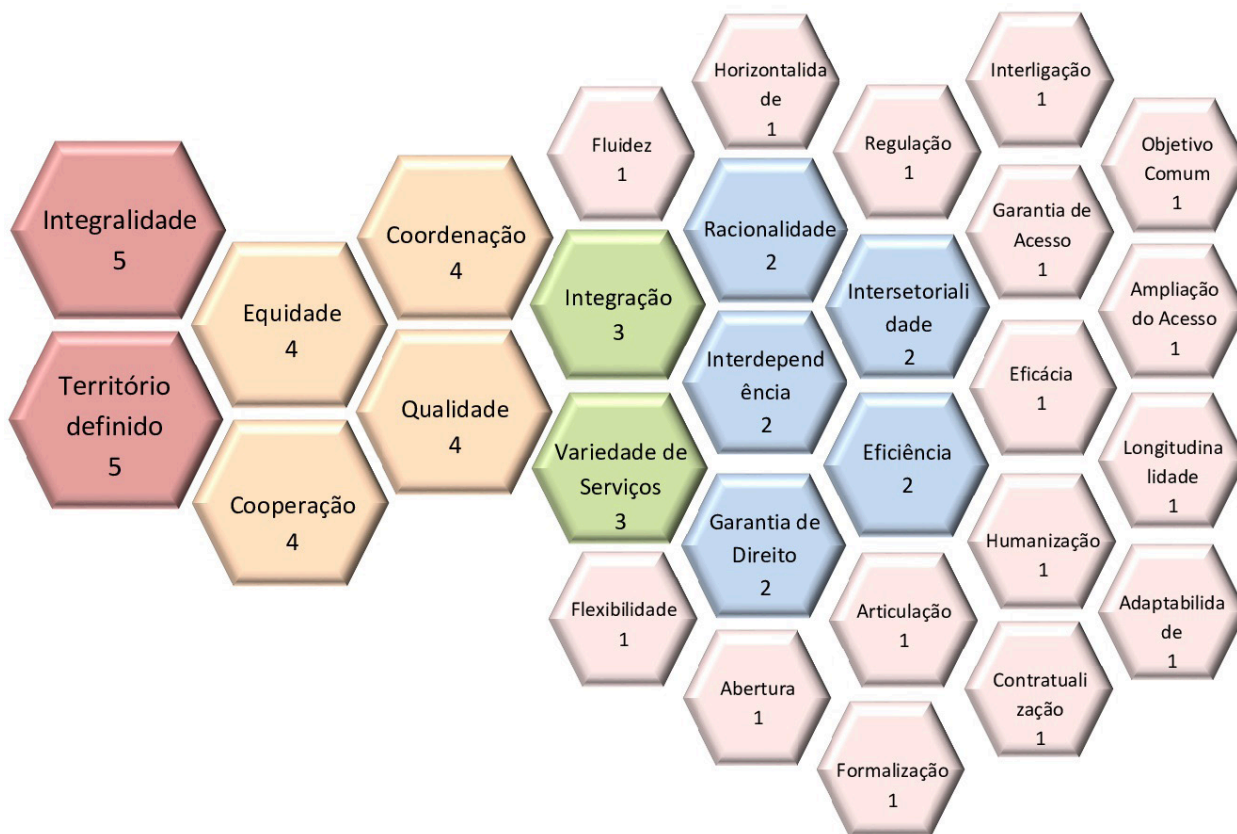
Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 3. Continuação...

	Conceito de Rede	País de Estudo	Características chaves
9	<p>Rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.<sup>23</sup></p>	Brasil	<p>Articulação Integralidade Território definido Intersetorialidade Equidade Regulação Racionalidade</p>
10	<p>A Rede de Saúde é uma modalidade organizacional e de gestão, adotada pelos membros vinculados e suas características dominantes são adaptabilidade, a flexibilidade, a abertura, a horizontalidade, a fluidez. Os conceitos que governam um sistema de rede são: linguagem comum, regras determinadas, informações relevantes, coordenação e qualidade. É, portanto, definida como um conjunto de organizações ligadas no processo saúde - doença, que interagem de forma coordenada dentro de um território designado, por meio de vínculos institucionais ou contratuais. O vínculo gerado é horizontal, de relacionamento entre pares, delimitado por acordos normativos que entre eles se estabelecem, fora dos regulamentos burocráticos das respectivas instituições, a que pertencem ou podem pertencer.<sup>24</sup></p>	Chile	<p>Adaptabilidade Flexibilidade Abertura Fluidez Horizontalidade Território definido Cooperação Intersetorialidade Coordenação Qualidade Contratualização</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2. Mapa do resultado de acordo com o número de estudos da revisão que apresentaram as mesmas características-chaves.  
Fontes. Dados da pesquisa



## DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a fazer uma análise das características-chaves elencadas no conceito de rede de atenção à saúde, utilizado no contexto da saúde, uma vez que o vocábulo “rede” possui muitos significados, especialmente na língua portuguesa. Ainda assim, embora seja uma expressão com muitos enfoques, todos são baseados em uma imagem comum: a de pontos interligados.<sup>25</sup>

É importante destacar que a primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, e apresentava uma proposta de organização da provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. A leitura do relatório, ainda hoje, se mostra atual e é preconizada por organizações internacionais de saúde, pois foi adotado como referencial por alguns países que instituíram sistemas universais de saúde.<sup>2,26</sup>

O relatório Dawson introduziu a ideia da territorialização e formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes. Muito embora descrevesse a rede como forma de organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade, em sua representação considerou basicamente serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade.<sup>26</sup>

Cabe aqui diferenciar sistema de saúde e sistema de serviços de saúde. O primeiro é definido como um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados, seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população, cuja configuração é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais<sup>1</sup>. Já o Sistema de Serviços de Saúde pode ser definido como um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente ditas.<sup>27</sup>

Desse modo, neste artigo, a expressão “sistema de saúde” é empregada para indicar o conjunto de elementos que impactam de forma mais abrangente o estado de saúde, levando em consideração não apenas as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas também ações que considerem outros determinantes sociais da saúde, ou seja, a organização que indica a necessidade de ações intersetoriais para a manutenção da condição de saúde. Por sua vez, a expressão “serviços de saúde” é empregada para se referir à organização que considera ações e serviços restritos ao setor saúde, ou seja, indica uma organização unisetorial.<sup>28</sup>

Importante também apresentar o significado de intersetorialidade, compreendido neste estudo, como aquele que incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais, transcendendo um único setor social. Deste modo, a construção da intersetorialidade ocorre a partir da articulação de vários setores e envolve distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia, tendo como princípio a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação, no sentido de se viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto,

possibilitando a análise dos problemas e das necessidades, em um dado território.<sup>29,30</sup>

A integralidade foi a característica chave que apareceu em 50% dos conceitos da amostra estudada. No SUS, a integralidade da atenção é um de seus princípios e é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.<sup>31</sup> Com enfoque na assistência em saúde e em cuidados integrados, em todos os pontos de atenção, aqui compreendidos como cuidados de atenção primária, secundária e terciária, verifica-se que a integralidade pode considerar apenas aspectos do setor saúde e estar associada a uma visão específica do cuidado, compondo o campo da organização na gestão da clínica, o que traz a noção da dimensão de integração vertical.<sup>32</sup> De outro modo, pode ser mais abrangente e estar relacionada às dimensões vertical e horizontal, garantindo além do acesso aos diversos pontos da rede, o enfoque na promoção, proteção e recuperação da saúde.<sup>33</sup>

As características cooperação, presente em 40% da amostra, integração em 30%, interdependência em 20% e interligação e articulação em 10% complementam o sentido da integralidade, remetendo à interdependência dos atores e organizações das redes de atenção à saúde, diante da constatação de que nenhuma deles dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde, de uma população em seus diversos ciclos de vida.<sup>17</sup>

Alguns autores trazem a discussão de rede, no contexto de integração de serviços de saúde pública e saúde clínica, uma vez que no sistema de saúde canadense esses serviços foram em grande parte fornecidos por componentes organizacionais separados que evoluíram de forma autônoma. A saúde clínica centrou-se nos usuários dirigindo as suas atividades às dimensões curativas e reabilitacionais, enquanto a saúde pública direcionou sua atenção para a população como um todo e seus subgrupos, particularmente, os segmentos mais vulneráveis, no interesse da prevenção de doenças e promoção da saúde<sup>18</sup>. Outros destacam a rede de atenção à saúde para se referir ao conjunto de prestadores de serviços e profissionais de saúde que juntos podem oferecer prontamente uma variedade de serviços, garantindo cuidado integral por meio de um sistema bem coordenado de encaminhamentos, faturamento e registros.<sup>16</sup>

Variedade de serviços foi uma característica constante em 30% da amostra e complementou a compreensão da rede de atenção à saúde como uma estrutura ampla e complexa de serviços, tal como apresentado no documento técnico procedente do Chile, no qual a rede de atenção à saúde é apresentada como organizações ligadas à abordagem do processo saúde-doença, que interagem de forma coordenada dentro de um território designado e que devem estar envolvidas e comprometidas com soluções cooperativas das necessidades das pessoas e comunidades.<sup>24</sup> Pode interagir por meio de vínculos institucionais ou contratuais, destacando a natureza horizontal da ligação gerada, uma relação entre pares, delimitada por acordos normativos estabelecidos entre eles.<sup>24</sup>



Pesquisadores também propõem que a integração dos serviços em rede de atenção à saúde seja organizada por especialidade, nível de atenção, ciclo de vida ou outros critérios, tendo a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, gerando economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, redução na duplicidade de serviços e a repetição de procedimentos e exames. Esses autores, então, recomendam que a rede de atenção à saúde seja eficiente, racional, econômica e equitativa<sup>23</sup>.

Racionalidade e Eficiência foram características observadas em 20% da amostra. A eficiência em saúde se apresenta como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. Desse modo, verifica-se a complementação do sentido da eficiência com a inclusão da característica racionalidade na rede de atenção à saúde, uma vez que se relaciona com a otimização no uso dos recursos, por meio da concentração dos serviços menos frequentes (especializados e alta complexidade tecnológica) e disseminação dos serviços mais prevalentes (atenção básica e especialidade de média e baixa complexidade tecnológica). Observa-se, portanto, que tais características contemplam uma organização que vislumbra ganho em escala, contribuindo para a sustentabilidade da rede de atenção à saúde<sup>34</sup>.

A regulação, registrada em 10% dos conceitos, pode ser compreendida como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade, com objetivo de produção de ações diretas e finais de atenção à saúde e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.<sup>33</sup> Embora o termo regulação seja polissêmico, é na área econômica que encontra maior ressonância, como um instrumento de equilíbrio entre oferta e demanda, de modo a oferecer eficiência ao sistema, com geração de resultados positivos<sup>35</sup>.

Seguindo essa lógica organizativa, a formalização dos vínculos e papéis dos serviços e atores, bem como a contratualização (assinada em 10% dos conceitos), também se apresentaram como características importantes para o estabelecimento e organização da rede de atenção à saúde. Na amostra selecionada, a comunicação e a importância do diálogo foram citadas em apenas um dos trabalhos. E, pouca relevância foi dedicada às tecnologias de informação e comunicação (TIC), como meio de auxiliar o desempenho satisfatório da rede de atenção à saúde. Essa desconsideração às TICs provoca estranheza, uma vez que a sua utilização é estratégica para o exercício da coordenação e regulação da rede de atenção à saúde.

Por sua vez, para outro autor a rede de atenção à saúde é muito mais que um sistema informatizado, normas de referência e contrarreferências e acordos para encaminhamento de pacientes doentes, pois se trata de uma construção permanente de pessoas e organizações articuladas, envolvidas e comprometidas com a solução cooperativa das necessidades das pessoas e comunidades.<sup>21</sup>

Alguns artigos também fizeram apontamentos sobre o papel dos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde, a fim de aproximar preocupações e intervenções individuais e

coletivas e imprimir legitimidade à rede de atenção à saúde.<sup>16,18</sup> Da mesma forma, outros autores destacam a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem sua atribuição dentro da rede de atenção à saúde, como parte de um todo que funcionará a contento, se houver atuação integrada, permitindo o fluxo livre entre os seus diferentes pontos, o que se manifesta na força do trabalho em equipe<sup>36</sup>.

Os elementos que constituem a rede de atenção à saúde são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.<sup>5</sup> E destaca que a RAS tem como essencial característica ter sua atenção baseada na população, ou seja, possui habilidade de estabelecer as necessidades de saúde de uma população, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Diante disso, introduz a importância da definição do território, característica presente em 50% dos conceitos, considerando que a população vive em espaços singulares e se organizam socialmente em famílias, devendo, portanto, serem conhecidas e cadastradas. Ainda com relação à população, enfatiza a importância de ela ser subdividida em subpopulações, de acordo com fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas<sup>5</sup>.

A coordenação, pautada em 40% dos conceitos, apresentou-se como relevante característica de uma rede de atenção à saúde. Alguns estudos indicam que a organização dos sistemas de saúde em RAS, coordenadas pela Atenção Primária a Saúde (APS), pode desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade, com custos suportáveis, estando engendrada no arcabouço jurídico e político do SUS.<sup>37</sup> Para que a APS seja considerada coordenadora das RAS são necessários investimentos em tecnologias nas unidades de saúde, adequação da infraestrutura física, introdução de sistemas logísticos e de apoio, educação na saúde, dentre outros.<sup>38</sup>

A intersetorialidade, presente em apenas 20% da amostra, cujo conceito adotado neste estudo foi apresentado anteriormente, constitui-se em uma característica fundamental para demonstrar a abrangência do conceito de rede de atenção à saúde. Os conceitos que registraram de forma clara a intersetorialidade como característica, se mostram mais abrangentes, e convergem para a compreensão de rede de atenção à saúde como estratégia para organização do sistema de saúde. Os conceitos que deixaram de apresentar tal característica se tornaram menos extensivos, limitando-se à unisetorialidade e, portanto, incorporando a concepção de rede de atenção à saúde como uma estratégia para organização de serviços de saúde.

Em síntese, as características que formaram o conceito mais abrangente de rede de atenção à saúde expressaram uma forma de organização que visa garantir direitos, por meio da ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais, de forma longitudinal e humanizada, em território definido. Essa organização pode ocorrer por meio da formalização de vínculos e processos de trabalho, bem como de sistemas de informação integrados que contribuem para a regulação de

serviços, coordenação do cuidado, evitando duplicações, podendo alcançar uma maior capacidade resolutive e as várias dimensões da integralidade, a eficiência e a efetividade, resultados obtidos em decorrência de troca, colaboração e interdependência.

Ressalta-se a abundância de estudos a respeito da estruturação e formato da rede de atenção à saúde, uma vez que a busca inicial, nessa revisão, retornou 820 publicações, mas que, em sua maioria, não apresentaram explicitamente a sua conceituação. Nesse universo e mesmo entre a amostra selecionada para este artigo, assinala-se que a gestão da rede de atenção à saúde se coloca como um grande desafio. Destarte, é premente o investimento na governança das RAS, ao se contemplar a abordagem da complexidade relacional e de poder entre os atores das esferas de governo, da comunidade, das organizações e das instâncias de pactuação e de decisão, do campo da saúde. Nessa perspectiva, a rede colaborativa<sup>39</sup> se apresenta como um caminho mais efetivo para o alcance dos objetivos dos sistemas de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo permitiu o acesso ao estado atual do conhecimento sobre as características-chaves elencadas nos conceitos de rede de atenção à saúde, tais como: integralidade, território definido, cooperação, coordenação, equidade, qualidade, integração, variedade de serviços, racionalidade, interdependência, garantia de direito, intersetorialidade, eficiência, eficácia, interligação, humanização, objetivo comum, longitudinalidade, ampliação do acesso, garantia de acesso, articulação, regulação, adaptabilidade, flexibilidade, abertura, fluidez, horizontalidade, formalização por contrato.

A análise das características-chaves assinaladas nos artigos que compuseram a amostra do estudo apontou como principal discrepância, na caracterização da rede de atenção à saúde, uma visão macro, na lógica de organização de sistema de saúde ou, micro, como estratégia para organização de serviços de saúde.

Pôde-se depreender que as distintas características existentes nos conceitos traduziram complementaridade e que a discordância primordial entre elas se consistiu na abrangência, caracterizada pela inclusão da intersetorialidade. Destaca-se, portanto, a ausência de um conceito totalizante de rede de atenção à saúde, capaz de apresentar sua real abrangência e significado, o que pode influenciar sua operacionalização, governança e avaliação de desempenho.

Ressalta-se também a abundância de estudos a respeito da estruturação da rede de atenção à saúde sem a explicitação de seu conceito, o que restringiu o número de estudos incluídos na revisão. Este fato pode ter limitado a identificação de outras características que poderiam estar presentes no conceito de rede de atenção à saúde.

Entende-se que o artigo traz contribuições para a saúde e enfermagem, nos domínios da formação e atuação, ao sistematizar e sumarizar uma gama de conhecimentos acerca das características-chaves especificadas nos conceitos de rede de atenção à saúde. Essa síntese de evidências favorece

a compreensão da abrangência e escopo das ideias relativas à temática, instrumentalizando a prática profissional, na lógica da organização de sistemas de saúde integrados.

## AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelas orientações com relação a metodologia do trabalho.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Liliene Cristina Nakata. Aline Fiori dos Santos Feltrin. Janise Braga Barros Ferreira.

Interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

## EDITOR ASSOCIADO

Stela Maris de Mello Padoin

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO; 2000.
2. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas - componentes estruturais para ação. Brasília: OMS; 2003.
3. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta AZ, Brown A et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545-602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6).
4. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1737-50. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
6. Coile RC. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: Conrad DA. *Integrated delivery systems: creation, management, and governance*. Chicago: Health Administration Press; 1997.
7. Organização Panamericana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2019 Fev 28]. 113 p. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=1366-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category\\_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965).
8. Campos GW. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.

9. Lima LD, Machado CV. Descentralização e regionalização : dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(7):1903-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.
10. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 31 dez. 2010; Seção 1: 88 [citado 2019 Fev 28]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
11. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 (BR). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 29 jun. 2011; Seção 2: 1 [citado 2019 Fev 28]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)
12. Matta GC, Morosini MVG. Atenção à saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2009 [citado 2019 Fev 25]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
13. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid-Based Healthc*. 2015;13:141-6. <http://dx.doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>.
14. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews* [Internet]. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015 [citado 2019 Abr 20]. Disponível em: <http://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>.
16. Provan KG, Lamb G, Doyle M. Building legitimacy and the early growth of health networks for the uninsured. *Heal Care Manag*. [Internet]. 2004; [citado 2017 Nov 10];29(2):117-28. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84877320913&partnerID=tZOtx3y1>
17. Hartz ZM A, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2),331-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.
18. St-Pierre M, Reinharz D, Gauthier JB. Organizing the public health-clinical health interface: theoretical bases. *Med Health Care Philos*. 2006;9(1):97-106. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-005-3602-8>.
19. Addicott R, Ferlie E. Understanding power relationships in health care networks. *J Health Organ Manag*. 2007;21(4-5):393-405. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260710778925>.
20. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Ordúñez P, Tasca R, Sued O. Mejora de los cuidados cronicos a traves de las redes integradoras de servicios de salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS; 2012. 34 p.
21. Artaza Barrios O, coordenador. Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS; 2017. 90 p.
22. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2307-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.
23. Santos L, Andrade LOM. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1671-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>.
24. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud. *Redes de atención ges y no ges* [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. 122 p. Disponível em: <http://hospitalclinicomagallanes.cl/documentos/ges/REDES-2013.pdf>
25. Tasca R, coordenador. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2011. 126 p. Série NAVEGADORSUS - Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, no. 4.
26. Organización Panamericana de La Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines 1920. Washington: Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de La Salud; 1964. Publicacion Científica; no. 93.
27. Bispo JP Jr, De Messias KLM. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Rev Saúde Com*. 2005; [citado 2019 Fev 28];1(1):79-89. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>.
28. Pineault R. Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS; 2016. 172 p.
29. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Saude Soc*. 1997;6(2):31-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901997000200005>.
30. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. 2000; [citado 2019 Fev 28];34(6):35-45. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>.
31. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BR). 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 União*, Brasília (DF), 1990.
32. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude Soc*. 2011;20(4):948-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>.
33. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av*. 2013;27(78):5-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
34. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):921-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.
35. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012 out/ dez;36(95):640-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>.
36. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. [Internet]. 2015; [citado 2019 Fev 28];19(1):169-73. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>.
37. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):343-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.
38. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011;20(4):867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
39. Milagres R, Silva ASG, Rezende O. Governança colaborativa. In: Almeida LL, organizador. *Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS; 2016. p. 14-48.