



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOBRE O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Állif Ramon Lima Felix da Silva, Maria Daniele Sampaio Mariano, Monalisa Martins Querino, Alessandra Moraes Menezes Silva; Carlos Vinicius Moreira Lima, Cinthia Reis Almeida, Karine Nascimento da Silva, Isaac de Sousa Araújo e *Woneska Rodrigues Pinheiro

Autor correspondente: Doutora em Ciências da saúde. Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 22nd January, 2020

Received in revised form

03rd February, 2020

Accepted 11th March, 2020

Published online 29th April, 2020

Key Words:

Sistema Único de Saúde. Atenção à Saúde.

Assistência à Saúde.

*Corresponding author: Woneska Rodrigues Pinheiro

ABSTRACT

O objetivo deste trabalho consistiu em analisar a concepção de profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram os profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde em um município do interior do Ceará, Brasil. Para coleta de dados, foi realizada entrevista semi-estruturada utilizando roteiro previamente elaborado. Para a análise e organização de dados adotou-se a categorização temática de Minayo. Os discursos emergidos estão distribuídos em quadros sobre: Estrutura e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde e principais desafios relacionados a promoção do funcionamento adequado da rede. Conclui-se que, mesmo com os avanços da saúde ao longo dos anos e com a implantação das Redes de Atenção à Saúde, ainda existem dificuldades para promoção de assistência à saúde integral e resolutive, de modo não fragmentado.

Copyright © 2020, Állif Ramon Lima Felix da Silva et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Állif Ramon Lima Felix da Silva, Maria Daniele Sampaio Mariano, Monalisa Martins Querino et al. "Concepção dos profissionais atuantes no sistema único de saúde sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde", *International Journal of Development Research*, 10, (04), 35055-35059.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde pública criado no mundo até os dias atuais. Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, ele ampliou o conceito de saúde fomentando que a mesma é um direito de todos e dever do Estado, abrangendo sua ação desde o atendimento simples, ambulatorial até o de maior complexidade, como transplantes e outras cirurgias, de modo a garantir atenção integral a saúde gratuitamente (MENDES, 2013). O SUS possui diversos objetivos, dentre eles o fornecimento de uma assistência a saúde de qualidade por meio de ações que visam a promoção, proteção, recuperação da saúde e atividades preventivas através da integração das mais diversas ações. Ele vem passando por diversas transformações ao longo dos seus anos de existência de modo a reestruturar seus programas, leis, portarias, reafirmando seus princípios e diretrizes com objetivo de qualificar a atenção em saúde (ARRUDA et al., 2015). Apesar dos avanços obtidos pelo SUS a fragmentação e o desgaste que ele tem sofrido ao

longo dos anos é perceptível. O Brasil tem sido impactado com o aumento da demanda nos serviços de saúde e a razão está relacionada com a transição nutricional, epidemiológica e demográfica além do crescimento na carga de doenças que resulta no rápido envelhecimento populacional, ocasionando assim a fragmentação de serviços e ações de saúde, pois a mesma não consegue suprir a alta demanda (ANDRADE et al., 2013; DUBAW; BASTOS, 2013). Neste contexto, a necessidade de adotar estratégias para reorganizar, reestruturar e superar o modo de assistência e gestão da saúde (ARRUDA et al., 2015; RODRIGUES et al., 2014a). Levando em consideração estes aspectos e baseado na troca de saberes e práticas entre a sociedade civil organizada, entre o estado e as empresas privadas surgiu a proposta de intervenção denominada "Redes de Atenção a Saúde" (RAS) para enfrentar a alta demanda. Esta proposta é organizada por um conjunto de pontos (redes) que prestam assistência de modo contínuo e integral a determinada população e são coordenados pela atenção primária (ARRUDA et al., 2015). Assim, a primeira descrição de uma rede regionalizada completa foi apresentada em uma publicação de 1920, pelo relatório Dawson (1920),

feita através de uma solicitação do governo inglês por meio de debates sobre mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial e tinha como objetivo de organizar a provisão de serviços de saúde para população de uma dada região (SHIMIZU, 2013; ALBURQUERQUE; VIANA, 2015). No Brasil apesar do conceito da RAS ter sido trabalhado desde a reforma sanitária, apenas em 2010 foram estabelecidas as diretrizes para organização da RAS no SUS (ARRUDA *et al.*, 2015).

A portaria de nº 4.279, aprovada em 30 de dezembro de 2010 foi a responsável por estabelecer as diretrizes para que a RAS fosse organizada no âmbito do SUS. Definindo-a como um conjunto organizacional de serviços e ações de saúde, com diferentes tipos de tecnologias, que tem como objetivo de garantir a integralidade do cuidado, sendo ela integrada por meio de sistemas de apoio técnico, de logística e gestão (BRASIL, 2010). A RAS possui diversos componentes que a estruturam e pretendendo que a mesma seja resolvida e eficaz, sendo eles: Atenção Primária à Saúde (APS) que caracteriza-se como principal meio de comunicação na rede, os serviços de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas de logística bem como os sistemas de governança (BRASIL, 2010). A APS é considerada o principal meio de comunicação da RAS, desempenhando significativo papel como ordenadora e coordenadora do cuidado, visto que ela é a porta de entrada do usuário ao serviço de saúde e a partir dela toda a rede vai se desenvolver. Desse modo, ela deve exercer suas ações em todos os aspectos que lhe cabem, no âmbito coletivo, individual, abrangendo a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010). No contexto da APS se encontra a Estratégia Saúde da Família (ESF) que foi legitimada em 1994 como serviço básico e porta de entrada da Atenção Básica (AB) e é um componente importante para organização da rede (GONÇALVES *et al.*, 2014). Os sistemas de saúde organizados em RAS, coordenados pela AB podem contribuir para qualidade de vida dos sujeitos, tendo impacto positivo na resolutividade de problemas e na melhoria do acesso da população a determinados serviços (RODRIGUES *et al.*, 2014b). Ademais, esta temática é de grande relevância, de acordo com Rodrigues *et al.* (2014b), os sistemas de saúde quando estão organizados através das RAS sendo coordenada de modo satisfatório pela AB a saúde podem trazer inúmeros benefícios a população, contribuindo na qualidade de vida, sendo resolutivo e eficaz, trabalhando de modo integral, tratando o sujeito como ator principal do serviço e lhe dando mais autonomia, de modo que o usuário será melhor contemplado em suas necessidades. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho consistiu em analisar a concepção de profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram profissionais atuantes no SUS em um município do interior do Ceará, Brasil. Sendo eles: secretário de saúde, os coordenadores de serviços da atenção primária, secundária e terciária, além de um representante da equipe assistencialista de cada ponto de atenção à saúde do município pesquisado. A escolha destes sujeitos foi feita em virtude de estes profissionais vivenciarem, cada um dentro do seu espaço de atuação, a realidade da RAS. Cada profissional foi descrito

pela letra P para manter seu anonimato, a ex: P1, P2, P3. Esta pesquisa teve como critérios de inclusão: estar atuando na assistência à saúde no ano de 2017, em instituições de saúde, como: ESF, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ou âmbito hospitalar, ter nível superior de escolaridade, ter pelo menos 6 meses de experiência no serviço de saúde, seja profissional da assistência ou gestor, e aceitar participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e do termo de consentimento pós esclarecido (TCPE). Foram excluídos do estudo: profissionais afastados por licença ou férias, no momento da coleta de dados e os que não estiverem disponíveis para responder a entrevista. Para coleta de dados, foi realizada entrevista semi-estruturada utilizando roteiro previamente elaborado. Antes de realizar a entrevista com roteiro previamente elaborado foi realizado um pré-teste para identificar as possíveis dificuldades do entrevistador, as dificuldades de entendimento das perguntas e prosseguir com a cronometragem para testificar o tempo médio gasto em sua aplicação, que não deveria ultrapassar 30 minutos. Para a análise e organização de dados adotou-se a categorização temática de Minayo. Em atendimento a Resolução nº 466/12 do Comitê Nacional de Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado sob o parecer nº: 3.215.275.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As peculiaridades dos profissionais entrevistados permitem identificar indivíduos graduados há mais de 6 meses e que atuam nos mais diversos setores que compõem a Rede de Atenção à Saúde, podendo citar: Policlínica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Programa de Saúde da Família (PSF), Unidade de Pronto atendimento (UPA) e Secretaria Municipal de Saúde. Dentre os entrevistados 10 são profissionais da saúde e um é trabalhador da saúde. Entenda-se por trabalhador da saúde o indivíduo que não possui formação na área da saúde; e profissional de saúde aquele que possui algum tipo de formação na área da saúde. De modo que, 7 trabalham na gestão e 4 na assistência à saúde. Ao serem questionados sobre como ocorre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no município de estudo, as narrativas evidenciam a existência de uma linha, um trajeto a ser seguido, iniciando na Atenção Básica. Sendo seu funcionamento muitas vezes lento e ineficiente, conforme demonstra o quadro 1:

O funcionamento da RAS deve ocorrer através de comunicação entre serviços de saúde. Um dos componentes que a estruturam incluem a atenção primária, caracterizando-a como o principal meio de comunicação entre os pontos da rede, a atenção secundária e terciária. Podemos citar também os sistemas logísticos, de apoio e de governança (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Levando em consideração tais aspectos, a Portaria nº 4.279/2010, que normatiza a estruturação da RAS, define que o usuário irá fazer parte dessa rede através da atenção primária, de modo que a mesma deve ser de fácil acesso e baixo custo, mas também a depender da sua necessidade, seu percurso na rede pode ser através do serviço de urgência e emergência, por meio da atenção psicossocial ou os chamados especiais de acesso aberto, impondo a referência para os serviços de maior complexidade (BRASIL, 2011; SANTOS 2017). Assim, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas e implantadas nas regiões de saúde do país para que o usuário se locomova na

Quadro 1. Funcionamento da Ras

Categorias temáticas	Falás dos entrevistados
Funciona de forma lenta e ineficiente	<p>“Hoje ela funciona de forma lenta. Eu tenho uma rede de porta aberta, que o paciente vem de demanda espontânea. Ele não vem só referenciado e após essa alta ele é encaminhado, mas você não sabe se ele chegou até esse ponto encaminhado, que seria de volta para atenção primária”. (P6)</p> <p>“Eu acho assim que a atenção básica deixa muito a desejar. E os hospitais hoje só são lotados por conta da atenção básica que não funciona. No meu ponto de vista a atenção básica não funciona”. (P11)</p>
Decorre da necessidade do paciente	“O paciente chega até a gente e aqui ele é avaliado, diagnosticado, cada caso é decorrente da necessidade do paciente. Ele é encaminhado para um setor mais específico ou não, no caso secundário, ou quem sabe até terciário as vezes”. (P7)
Inicia-se na Atenção Básica	<p>“Iniciando na atenção básica, onde no caso o paciente ele procura a rede de atenção básica e é referenciado pra outros níveis de atendimento, né?! Que é atenção primária, secundária e terciária”. (P8)</p> <p>“Bom, a rede na verdade ela é estruturada a partir de uma base, ordem organizadora que é a atenção primária (...) ela vai articular a assistência desse paciente que é recebido na atenção primária nos outros pontos que fazem parte dessas outras redes, sendo que em situação de emergência e de urgência o paciente pode ir direto pra o serviço, ou pra o SAMU, ou para o Hospital Regional ou pra UPA”. (P9)</p> <p>“Quando consegue ser resolvida a situação de saúde do paciente na rede ela fica na atenção básica, se o paciente precisar ser transferido ou encaminhado pra uma outra unidade, aí dependendo da necessidade dele ele vai pra rede secundária”. (P10)</p>
Organiza-se em relação a demanda	“Em relação a demanda existe a atenção primária, secundária e terciária. A primária que é atenção básica, a secundária que é o hospital e a terciária que é o hospital de grande porte que é referência”. (P11)

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

Quadro 2. Estrutura da ras

Categorias temáticas	Falás dos entrevistados
Porta de entrada para a população	<p>“Através da Estratégia Saúde da Família, que ela é ordenadora da rede. Ela vai ser porta de entrada pra toda e qualquer população”. (P9)</p> <p>“Então a porta de entrada é PSF. Então o paciente é atendido na Unidade de Saúde da família se lá for resolvido a situação dele, dali ele vai retornar e vai ficar sendo acompanhado pelas visitas dos agentes de saúde, um paciente que entra na rede que entra na atenção básica, que por exemplo precisa de um acompanhamento de um especialista ou precisa de exames complementares, a solicitação é feita e é feito um agendamento pela nossa central de regulação e agendado o procedimento pra o paciente (...) então esse nome de atenção básica, as vezes é mal compreendido, as pessoas acham que é básico porque é um atendimento que é simples. Tá entendendo? E não é. E quando essa atenção ela funciona de forma efetiva ela resolve muito problema que diminui esse fluxo de pessoa nos outros pontos da rede”. (P10)</p>

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

RAS, são elas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015). A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que asseguram a mulher o direito de planejamento reprodutivo e atenção de modo humanizado durante a gravidez, do parto ao puerpério, bem como a criança o direito de nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento de modo saudável reduzindo o índice de mortalidade materna e neonatal. Para que essa rede funcione, é necessário a articulação dos diversos pontos da atenção a saúde, do sistema de apoio, logístico e governança (BRASIL, 2015). A rede de Urgência e Emergência objetiva a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados as unidades de saúde em todos os pontos da rede, utilizando a classificação de risco e a intervenção adequada. Sua regulação deve estar articulada com os demais componentes da rede. A Rede de Atenção Psicossocial, busca criar, ampliar e articular os pontos de atenção a saúde para os indivíduos que possuem algum tipo de sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades que decorrem do uso de drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2015). A Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiências visa ampliar, melhorar e qualificar o atendimento a esses indivíduos. Seus componentes precisam estar articulados entre si, para garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto da rede. A Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas realiza ações e serviços para promoção, prevenção, proteção da saúde e seus agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2015).

Este estudo apontou discurso sobre ineficiência da AB como porta de entrada. Sobre o assunto Brasil (2015), apontou que existe um desequilíbrio entre as estruturas da oferta e da demanda na APS.

O presente autor afirma que as necessidades de saúde da população coberta pela APS não estão sendo supridas. Com isso as barreiras de acesso como por exemplo: a baixa cobertura populacional, é um desafio. Visto que, vivemos em um mundo globalizado e ocorre mudanças recorrentes nos ambientes familiares e por isso se necessita de uma territorialização precisa e atualizada, além das barreiras financeiras, culturais, geográficas, organizacionais, dentre outras que acabam prejudicando o desempenho da APS e tornam-se problemas na efetividade do cuidar. Levando em conta tais aspectos é necessário buscar estratégias para fortalecer o papel da APS, para que se tenha uma porta de entrada eficaz, resolvida e ordenadora do cuidar.

Outro aspecto investigado, junto aos participantes do estudo, foi sobre a estruturação da RAS no município estudado. Os discursos apontam a AB como porta de entrada para assistência à saúde, conforme pode-se constatar no quadro 2. A estrutura operacional e organizativa da RAS e composta por: atenção primária à saúde que é considerada o centro comunicador e porta de entrada, além de coordenadora e ordenadora da rede, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, como por exemplo, sistemas de diagnóstico, assistência farmacêutica, sistema de informação. Os sistemas logísticos, através do registro eletrônico por exemplo, e o sistema de governança na RAS (MENDES, 2011). A APS é caracterizada como centro comunicador, principalmente por ser considerada porta de entrada do serviço representando um elo de comunicação na rede, entre as necessidades das pessoas e os níveis de complexidade. A APS utiliza a ESF como ferramenta eficaz desse contato e dessa comunicação ordenando toda a rede (SANTOS 2017). A APS como coordenadora e ordenadora da rede se mostra uma ferramenta eficaz de superação da fragmentação do sistema, objetivando garantir à integralidade a saúde, realizando e

Quadro 3. Principais desafios relacionados a promoção do funcionamento adequado da RAS

Categorias temáticas	Falas dos Entrevistados
Morosidade para agendar consultas especializadas e marcar exames solicitados	O que eu vejo é questão de demora. Né? Até o paciente é consultado hoje e encaminhado pra algum centro de especialidade e aí há uma demora na central de marcação na própria secretaria, acaba passando 30, 60 dias, entendeu? Essa demora, essa é minha queixa, sobre a questão da demora (P1). As vezes, o que acontece é a demora de marcação de algumas consultas especializadas ou exames. As vezes o paciente reclama muito disso: “é que vai custar muito”. Mas aí, infelizmente, não depende da gente, é uma questão maior, questão mais de gestão. Questão hierárquica mesmo, né? Infelizmente (P7). A dificuldade, hoje, que a gente encontra é em relação a marcação de exame no município [...] A grande queixa deles é quando sai daqui e não consegue marcar exames, não consegue marcar consulta, e eles tem essa dificuldade e a gente também está sentindo essa dificuldade (P11).
Demanda	Olha, eu acredito que é o número de pessoas que tem e que a gente não consegue dar, suprir a necessidade. Entende? Que a demanda é muito grande (P2).
Comunicação deficiente	Eu creio que a falta de comunicação. Tá entendendo? Muitas vezes eles acham que aqui é um hospital e aqui não é. Aqui é uma unidade de apoio de acolhimento ao doente mental (P4). Eu acredito que a principal dificuldade é a comunicação entre os pontos de atenção, eu acho que ainda é falho, a referência e a contra referências. Principalmente a contra referências! Que a gente, enquanto Estratégia de Saúde da Família, referencia dentro da rede mas muitas vezes esse paciente volta pra Atenção Primária sem a contra referência (P9).
Inexistência de referências e contra referências	As referências, as contra referências, elas não existem (P6).
Conseguir vaga para encaminhar paciente	É conseguir os leitos, conseguir essas transferências, as vezes até dificuldades de ambulância (P8).

Fonte: Pesquisa Direta, 2017.

coordenando o cuidado através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010; SHIMIZU, 2013). O sucesso da RAS depende da resolubilidade e efetividade da AB em três papéis fundamentais como a resolubilidade nos agravantes de saúde e necessidades dos usuários, responsabilização e coordenação da rede. Ela assume papel central e primordial no desenho e funcionamento desses sistemas (RODRIGUES et al., 2014a). Os entrevistados ainda foram questionados sobre os principais desafios relacionados a promoção do funcionamento adequado da RAS, no município em que atuam. As narrativas apontam de maneira recorrente críticas que evidenciam fragilidades na rede, principalmente no que diz respeito a marcação de exames e consultas, a alta demanda de pacientes, a ausência de referência e contra referência e deficiência de comunicação entre os pontos da rede.

Os principais requisitos que legitimam a rede de atenção como ambiente de cuidar são as ligações que ela deve possuir, os laços e alianças estratégicas entre os profissionais e as instituições de saúde, de modo que deve ocorrer a troca de informações entre eles. Destaca-se a pluralidade que deve existir entre os agentes autônomos e independentes que se alinham e entrelaçam, influenciando o desempenho dos outros pontos da rede (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015). Conforme Brasil (2010), o que caracteriza a RAS são as relações adquiridas de modo horizontal entre os diversos pontos da rede, sendo a APS centro comunicador, que focaliza nas necessidades dos indivíduos, tendo responsabilização na atenção integral e contínua e assim ocorrendo o compartilhamento do mesmo objetivo. Sobre os desafios relatados pelos entrevistados referentes ao funcionamento da RAS, Brasil (2010) e Mendes (2011) afirmam que existe dificuldade na continuidade do cuidar, decorrente da falta de acesso as informações de atendimentos de usuários nos outros pontos da rede de atenção, tornando assim dificultoso o trabalho dos profissionais na resolubilidade de suas ações. Um estudo realizado por Mendes (2011), apresenta uma realidade semelhante a exposta por este trabalho, um sistema fragmentado de atenção, onde os pontos de comunicações são incomunicáveis e isolados um dos outros, neles a atenção primária por exemplo não se comunica satisfatoriamente com a atenção secundária e terciária nem com os sistemas de apoio, desse modo a mesma não exercita a coordenação e ordenação da saúde.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo demonstraram que os profissionais atuantes no SUS percebem a RAS, do município pesquisado, como fragilizada em consequência de alguns fatores como a demora para que se possa realizar consultas especializadas ou exames e deficiência na comunicação entre os pontos da rede. Assim, mesmo com os avanços da saúde ao longo dos anos e com a implantação das RAS, ainda existem dificuldades para promoção de assistência à saúde integral e resolutive, de modo não fragmentado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 01/11/2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1-3.
- ANDRADE, A. M.; BRITO, M. J. M.; SILVA, K. L.; MONTENEGRO, L. C.; CAÇADOR, B. S.; FREITAS, L. F. C. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. Rev Gaúcha Enferm, 34(1):111-117, 2013.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. da L.; WINK, D. R.; MEIRELLES, B. H. S.; MELLO, A. L. S. F. de. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Esc Anna Nery, 19(1):169-173, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez 2010. Seção 1. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

- DUBOW, C.; BASTOS, S. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 03, p.908-21, 2013.
- GONÇALVES, C. R.; CRUZ, M. T. DA.; OLIVEIRA, M. P.; MORAIS, A. J. D.; MOREIRA, K. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. DE. S. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde Debate. V. 38, N. 100, P. 26-34, JAN-MAR, 2014.
- LIMA, D. P.; LEITE, M. T. D.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. SAÚDE DEBATE; Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, 2015.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
- RODRIGUES, L. B. B.; LEITE, A. C.; YAMAMURA, M.; DEON, K. C.; ARCÊNCIO, R. a. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 30(7):1385-1390, jul, 2014a.
- RODRIGUES, L. B. B.; SILVA, P. C. dos S.; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. de A.; PINTO, I. C.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):343-352, 2014b.
- SANTOS, LENIR. *Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS*. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1281-1289, 2017.
- SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, 23 [4]: 1101-1122, 2013.
