

*Sônia Aquilino Castilho*   
*Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues*   
*Valéria Teresa Saraiva Lino* 

## **Introdução**

A saúde como direito fundamental tem sido um marco na experiência brasileira, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este reconhecimento trouxe avanços significativos, mas também apresentou desafios que continuam a impactar a gestão e a oferta de serviços de saúde no país. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos maiores avanços, estabelecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Miranda; Mendes; Silva, 2017).

O SUS é baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, garantindo o acesso gratuito e abrangente a serviços de saúde para toda a população. Desde a sua implementação, houve uma expressiva expansão da rede de serviços, com a construção de hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a criação de programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), destinados a ampliar a cobertura e fortalecer a atenção primária. Além disso, o SUS incorporou mecanismos de participação social em sua gestão, por meio de conselhos e conferências de saúde, permitindo que a população atue ativamente na formulação e controle das políticas de saúde (Brasil, 2012).

Com a transição demográfica global, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das

taxas de fecundidade e mortalidade, o crescimento da população idosa tem gerado um impacto profundo nos serviços de saúde. Esse grupo etário está aumentando em ritmo mais acelerado do que outras faixas etárias, sendo o segmento de maior expansão (Mrejen; Nunes; Giacomini, 2023). Essa mudança alterou o perfil da mortalidade, passando de causas típicas de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, características de países longevos. Essas doenças, geralmente crônicas e múltiplas, tendem a persistir por anos, demandando cuidados contínuos, uso regular de medicações e a realização de exames periódicos.

Segundo Mendes (2011), para responder especificamente às demandas relacionadas às doenças crônicas, é fundamental que o sistema de saúde seja estruturado de maneira integrada e coordenada, capaz de atender às necessidades de saúde da população. Sistemas de saúde fragmentados, organizados de forma hierárquica e focados predominantemente no tratamento de condições agudas, tendem a ser ineficazes no enfrentamento de doenças crônicas. Nesses sistemas, a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção resulta em descontinuidade do cuidado, dificuldade de acesso a serviços essenciais e manejo ineficiente de pacientes.

Um modelo de atenção adequado à realidade das condições crônicas valoriza a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e articula os diferentes níveis de atenção para promover o acompanhamento longitudinal dos usuários. Neste contexto, a integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS, representa um desafio

significativo para sua plena implementação. A busca pela integralidade do cuidado envolve superar a fragmentação dos serviços de saúde, o que exige uma cooperação eficaz entre os diferentes níveis de atenção.

A formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge como uma solução estratégica para enfrentar esse desafio, promovendo a integração e articulação dos diversos pontos de atenção. O objetivo é garantir um cuidado contínuo, abrangente e centrado nas necessidades do usuário, promovendo a cooperação do cuidado em toda a rede de atenção e garantindo que a APS seja a principal porta de entrada, ao mesmo tempo em que facilita o acesso a outros níveis assistenciais de maneira eficiente e integrada (Kalichman; Ayres, 2016).

Este ensaio tem por objetivo revisar a literatura e contribuir para o debate sobre a constituição de redes de atenção no SUS. Acredita-se que uma organização e articulação eficientes do sistema de saúde no território, voltadas para atender às necessidades da população e oferecer um cuidado integral, sejam uma estratégia eficaz para melhorar os resultados dos serviços de saúde.

## **Integralidade**

O acesso universal e igualitário às ações e serviços em todos os níveis de complexidade é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (Brasil, 1988). A legislação brasileira confirma a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o acesso à assistência. A Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs o conceito de acesso ba-

seado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WHO, 2008).

Os estudos demonstram que o acesso depende de muitas variáveis que refletem diretamente no uso do serviço, portanto, o acesso deve ser uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas públicas. Segundo Donabedian (1972), o cuidado é acessível quando é fácil de ser iniciado e mantido. Starfield (2002) reforça que a importância do fácil acesso à atenção para reduzir a mortalidade e morbidade já é amplamente reconhecida há anos. Vários estudos apontam que a atenção primária deve funcionar como o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, ampliando assim, o acesso do usuário (Giovanella, 2018; Mendes *et al.*, 2019; OECD, 2023; WHO, 2008).

A integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS, é essencial para assegurar um atendimento completo e eficaz à população, cujo alcance depende diretamente do acesso adequado aos serviços de saúde. A discussão sobre esse conceito teve origem no ensino médico nos Estados Unidos, motivada pela crescente preocupação com a fragmentação do cuidado. No final da década de 1940, ganhou força a proposta de *Comprehensive Medicine* (Medicina Integral), que buscava articular ações de promoção da saúde, diagnóstico precoce, limitação de danos e reabilitação (Paim, 2006).

No Brasil, essa perspectiva foi incorporada às políticas públicas por meio de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que integrava

ações de prevenção, cuidado e reabilitação. Posteriormente, com a Constituição Federal de 1988, a integralidade foi formalmente instituída como diretriz do SUS, reafirmando o compromisso com um atendimento completo, centrado na prevenção, sem prejuízo da qualidade das ações assistenciais (Paim; Silva, 2010).

Segundo a Lei nº 8.080, a integralidade refere-se à oferta de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, que abrange tanto as dimensões preventivas quanto curativas, no âmbito individual e coletivo. Essas ações devem ser organizadas de forma a atender às necessidades específicas de cada pessoa, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (Brasil, 1988).

A integralidade busca garantir que os cidadãos tenham acesso a cuidados contínuos e abrangentes, considerando as necessidades específicas de cada pessoa e comunidade. Isso implica na coordenação e integração dos diferentes serviços e níveis de atenção, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, garantindo que a assistência à saúde seja prestada de forma contínua e integral (Kalichman; Ayres, 2016).

De acordo com Mattos (2004), a integralidade pode ser compreendida em três conjuntos de sentidos. O primeiro está relacionado às características das políticas de saúde, o segundo à organização dos serviços, e o terceiro às práticas dos profissionais. Neste texto, vamos nos concentrar na segunda dimensão, que trata da organização dos serviços de saúde. Essa abordagem foca na necessidade de integrar e coordenar os diversos níveis de atenção e setores do sistema, garantindo um fluxo contínuo e articulado de cuidados

que evitem a fragmentação e promovam um atendimento mais eficiente e equitativo para a população.

## Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A hierarquização dos serviços de saúde surgiu com o Relatório de Dawson, em 1920, na Inglaterra, após a Primeira Guerra Mundial. O relatório apresentou diferentes níveis de atenção para reduzir custos e aumentar a eficácia do sistema, incluindo centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Embora esta proposta não tenha sido avançada inicialmente, foi retomada em 1942 pelo relatório de Beveridge durante a Segunda Guerra Mundial. Esse relatório foi fundamental para a concepção da estrutura do sistema de saúde, servindo de base para a organização do Serviço Nacional de Saúde inglês (*National Health Service – NHS*), um sistema de saúde universal e equitativo criado em 1948. Esse modelo, com algumas adaptações locais, foi adotado pelo Brasil e por diversos países que implementaram sistemas nacionais de saúde (Kuschnir; Horácio, 2010).

No Brasil, as redes de atenção voltaram ao centro do debate após a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde em 2000 e do Pacto pela Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006. Esse pacto reforçou a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas de saúde. Ele estruturou as regiões sanitárias e instituiu os colegiados de gestão regional, orientando-se por princípios fundamentais como

acessibilidade, integralidade, descentralização do sistema, racionalização dos gastos e a otimização da aplicação dos recursos (Brasil, 2006).

A descentralização político-administrativa tem como objetivo redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, visando melhorar a qualidade dos serviços e promover o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. O governo federal atua como o principal financiador, enquanto os governos estaduais e municipais são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde em suas respectivas esferas. A descentralização busca fortalecer a autonomia dos municípios, permitindo uma gestão mais próxima e adaptada às necessidades locais, e garantir uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de governo para otimizar recursos e atender a população de forma mais eficiente (Brasil, 2017).

As primeiras experiências de hierarquização no SUS foram iniciadas na década de 1990, impulsionadas pelo processo de descentralização dos serviços de saúde. Esse movimento transferiu uma maior responsabilidade e autonomia para os municípios, visando ampliar a capacidade de resposta aos desafios de saúde enfrentados pela população. Com a descentralização, os gestores municipais puderam gerir as demandas locais de forma mais próxima e direta, o que possibilitou uma atuação mais eficaz e ágil na identificação e solução dos problemas de saúde da comunidade (Lima *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a regionalização surgiu como uma estratégia fundamental para organizar e estruturar regiões de saúde, melhorando a coordenação e o acesso aos serviços,

garantindo uma distribuição mais equitativa dos recursos e promovendo a integralidade do cuidado. Esse processo é resultado de um acordo entre dois ou mais entes da federação, dependendo de uma pactuação política baseada em critérios e objetivos comuns. Entretanto, a regionalização envolve a conformação de regiões, levando em conta o espaço condicionado pelas relações de poder entre governos, organizações públicas e privadas, e cidadãos. Portanto, pode ser complexo e desafiador devido à necessidade de equilibrar interesses diversos e potencialmente conflitantes (Lima *et al.*, 2012).

O modelo de regionalização do SUS propõe que o Estado assuma um papel central na criação de condições para que os municípios atuem de forma integrada e eficiente como entes federativos. Seus principais objetivos incluem promover a consciência de pertencimento regional, ajustar a oferta de serviços por meio da cooperação, superar a fragmentação do sistema e substituir a competição intermunicipal pela cooperação. Além disso, busca-se fortalecer o controle público sobre o sistema de saúde (Silva; Gomes, 2013).

Para ser eficaz, a regionalização deve considerar as características geográficas, o perfil epidemiológico, o fluxo de demanda e a oferta de serviços. A regionalização permite que as especificidades locais sejam consideradas no planejamento e na execução das políticas de saúde, otimizando o uso dos recursos e ampliando a eficiência do sistema de saúde como um todo. Além disso, facilita a articulação entre os diferentes níveis de atenção, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, garantindo um atendimento contínuo e integral para a população (Lima *et al.*, 2012).

Segundo Mendes (2011, p. 82), as RAS são definidas como “organizações poliárquicas compostas por um conjunto de serviços de saúde, interligadas por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente”. Essas redes visam proporcionar uma atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela APS. A prestação de serviços deve ocorrer de forma oportuna e no nível de atenção mais adequado, com qualidade, eficiência e humanização, assegurando a equidade no cuidado. Além disso, as RAS assumem responsabilidades sanitárias e econômicas compartilhadas, buscando gerar valor em saúde para a população.

A Portaria nº 4.279 de 2010 estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. As RAS buscam integrar ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado. Sua estrutura se caracteriza por relações horizontais entre os pontos de atenção, com a APS no centro da comunicação. As RAS são organizadas em torno das necessidades de saúde da população, priorizando o cuidado multiprofissional e unindo objetivos e responsabilidades para alcançar melhores resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2010).

A APS desempenha um papel fundamental nas RAS, pois garante acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. É caracterizada como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da

equidade. Além disso, a APS atua como centro de comunicação dentro das RAS, sendo responsável por compartilhar informações e coordenar o cuidado, permitindo a continuidade do atendimento de forma integral (Brasil, 2012).

A fragmentação tem se mostrado ineficaz na resposta às demandas decorrentes das mudanças socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas observadas nas últimas décadas. Para funcionar de forma eficaz, essas redes precisam operar de maneira coordenada, conectando os pontos de atenção com diferentes perfis de atendimento e complexidades. Essa articulação é essencial para garantir uma transição fluida entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas, garantindo que os pacientes recebam cuidados contínuos e adequados (Mendes, 2011).

Um aspecto central na construção das RAS é o equilíbrio entre oferta e demanda. Essa relação refere-se à capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades de uma população específica, com base na disponibilidade de recursos e serviços. Esse equilíbrio é crucial para a sustentabilidade econômica dos serviços de saúde, pois orienta a alocação eficiente dos recursos e garante a utilização adequada deles, promovendo um sistema mais eficiente (Abreu de Jesus; Assis, 2010).

As redes temáticas são essenciais para abordar necessidades específicas que requerem expertise e recursos especializados. Essas redes complementam a rede geral de atenção à saúde, proporcionando cuidados direcionados e de alta qualidade em áreas que demandam atenção diferenciada, como doenças oncológicas, atendimento às urgências e emergências, atenção psicossocial, atenção às doenças cardiovasculares, entre outras.

No entanto Viana e Iozzi (2019) chamam a atenção para a desarticulação dessas redes temáticas, apontando que elas não operam de forma sistemática e carecem de um protagonismo público mais efetivo na condução dessa integração. Os autores enfatizam que a principal tarefa será integrar o prestador da rede básica municipal com os da rede especializada regional. Para isso é necessário adotar uma gestão baseada no planejamento das necessidades de saúde, levando em conta as particularidades das demandas regionais. Desta forma, ressalta-se a urgência de fortalecer os estados e as instâncias regionais/subnacionais, que devem atuar como indutores e condutores do processo.

Embora as redes de saúde sejam fundamentais para garantir direitos, ampliar o acesso e reduzir desigualdades, ainda enfrentam barreiras e desafios persistentes no sistema de saúde. A fragmentação dos serviços, a falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção e a insuficiência de recursos em algumas regiões são obstáculos significativos. Essas dificuldades comprometem a continuidade e a eficácia do tratamento, evidenciando a necessidade de melhorias contínuas na organização e na gestão das redes de saúde para assegurar que todos os pacientes recebam o cuidado adequado e em tempo hábil.

O Brasil, com sua vasta diversidade e desigualdades regionais, enfrenta um grande desafio na regionalização da saúde e na conformação das redes de atendimento. A forte concentração de serviços, recursos humanos e tecnológicos em municípios-polo acentua a falta de equidade territorial. A conformação de sistemas regionais precisa considerar as dinâmicas territoriais específicas para atender às variadas

necessidades locais, o que depende de uma pactuação política eficaz entre os entes federados. Isso exige a implementação de políticas de saúde que sejam flexíveis e adaptáveis, garantindo acesso equitativo e eficaz aos serviços de saúde em todas as regiões do país (Viana; Iozzi, 2019).

Para a operacionalização das RAS pelos serviços de saúde, é fundamental o funcionamento eficaz do sistema de referência e contrarreferência (RCR), que garanta a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando a continuidade do cuidado (Oliveira; Silva; Souza, 2021). Entretanto, a ausência de um sistema de RCR informatizado, integrado e alimentado de forma sistemática por todos os pontos de atenção, compromete esse fluxo. Nessa conjuntura, a comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente no momento da contrarreferência, torna-se fragmentada e, muitas vezes, depende exclusivamente do relato do usuário, o que pode gerar perdas de informação, duplicidade de procedimentos e descontinuidade na linha de cuidado (Santos *et al.*, 2021).

Um elemento central para os serviços de saúde é o uso de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que possibilita o cadastro da população e o registro de informações de forma organizada e acessível. Entre suas principais vantagens, destaca-se a garantia da legibilidade dos registros, bem como a possibilidade de acesso simultâneo por todos os profissionais envolvidos no cuidado. O PEP também desempenha papel estratégico na gestão das informações em saúde, ao permitir a rápida busca de dados e a geração de relatórios e indicadores de saúde, favorecendo uma compreensão mais

ampla e integrada das ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Crippa; Dias, 2017).

O PEP constitui uma inovação importante no sistema de informação, pois é a fonte oficial para o registro das ações e das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. No entanto, o uso do prontuário eletrônico ainda não é uma realidade em todo o território nacional (Brasil, 2023). Para que a comunicação entre os serviços seja verdadeiramente eficaz, é imprescindível a integração dos prontuários em um sistema unificado, que possa ser acessado por todos os pontos de atenção da RAS. Essa integração facilitaria o acesso às informações sobre os cuidados prestados, garantindo uma cooperação mais eficiente entre os diferentes pontos de atenção e promovendo um atendimento mais coordenado, resolutivo e de maior qualidade (Celuppi *et al.*, 2024).

Visando fortalecer a organização das Redes Regionalizadas de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) lançou em 2011, o Projeto de Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAS). Essa iniciativa oferece apoio técnico e gerencial às secretarias de saúde, promovendo a articulação entre gestores, a capacitação de profissionais, o aprimoramento de processos e a integração eficiente dos serviços da RAS (CONASS, 2011). Como resultado, o projeto contribuiu para a melhoria da gestão e da organização da Atenção Primária e da Atenção Especializada (AE) (Guerra *et al.*, 2022). Ao longo de sua evolução, o CONASS expandiu o escopo da PAS, incorporando também a Atenção Hospitalar ao processo de planificação.

Evidências na literatura indicam que redes de saúde bem estruturadas, com a APS no centro da coordenação do cuidado, convertem em melhores resultados para a saúde da população, promovendo uma atenção mais eficiente, integrada e equitativa (Mendes, 2011). Nos últimos anos, o Brasil tem fortalecido e qualificado a rede de atenção primária com a expansão das equipes de saúde da família e a implementação do modelo de atenção em redes de saúde (Brasil, 2024).

### Considerações finais

Apesar das enormes dificuldades na implementação do modelo de atenção em redes de saúde, as potencialidades que ele pode trazer para a comunidade são significativas. A organização em redes de saúde possibilita uma maior coordenação entre os diferentes níveis de atenção, promove a continuidade do cuidado e facilita o acesso a serviços especializados. Além disso, fortalece a atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema, assegurando um atendimento mais eficiente e resolutivo para a população.

Para tanto, é fundamental promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecer a gestão participativa e investir em infraestrutura e capacitação profissional. Esses elementos são essenciais para superar barreiras históricas e culturais, melhorar a qualidade dos serviços prestados e assegurar que todos os cidadãos, independentemente de sua localização, possam usufruir de um sistema de saúde justo e eficiente.

Dessa forma, a organização do sistema de saúde em redes de atenção representa um grande avanço na busca pela integralidade. A organização da saúde e o cuidado à saúde estão intrinsecamente ligados. Um sistema bem-organizado, com territórios claramente definidos e uma rede de serviços bem estruturada, pode melhorar significativamente o acesso, a qualidade, a eficiência e a segurança dos serviços de saúde. Isso, por sua vez, reverte em melhores resultados de saúde para a população.

## Referências

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet**, v.15, n. 1, p.161–170, 2010.

DOI: 10.1590/S1413-81232010000100022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NCd8MxwvT6MrXDdHtMCrpk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf). Acesso em: 04 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, seção 1, Brasília, DF, n. 252, p. 88-90, 31 dez. 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 7 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 21 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família**. Agência Gov, 3 abr. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 ago. 2024.

CELUPPI I.C.; MOHR E.T.B.; FELISBERTO M., RODRIGUES T.S.; HAMMES J.F.; CUNHA C.L.; WAZLAWICK, R.S.; DALMARCO, E.M. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. **Rev Saúde Pública**, v. 58, n. 23. 2024. DOI: 10.11606/s1518-8787.2024058005770. Disponível em: [https://rsp.fsp.usp.br/pt-br/article/dez-anos-do-prontuario-eletronico-do-cidadao-e-sus-aps-em-busca-de-um-sistema-unico-de-saude-eletronico/?utm\\_source=chatgpt.com](https://rsp.fsp.usp.br/pt-br/article/dez-anos-do-prontuario-eletronico-do-cidadao-e-sus-aps-em-busca-de-um-sistema-unico-de-saude-eletronico/?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 27 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da Atenção à Saúde**. CONASS Documenta n. 31 Brasília, julho de 2011. ISBN 978-85-8071-004-5. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_23.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf). Acesso em: 16 set. 2024.

CRIPPA, V; DIAS, DRC. Vantagens da implantação do prontuário eletrônico na segurança do paciente e na otimização do trabalho do farmacêutico hospitalar. **Infarma – Ciências Farmacêuticas**, Brasília, DF, v. 29, n. 3, p. 199–207, 25 set. 2017. Disponível em: <https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/2018>. Acesso em: 8 set. 2025.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**, v. 1. Press, Ann Arbor, Michigan: Health Administration, 1972.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**. 2018; 34(8):e00029818. DOI: 10.1590/0102-311X00029818. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/pt>. Acesso em: 03 set. 2024.

GUERRA, S; ALBUQUERQUE, AC; MARQUES, P; OLIVEIRA, I; FELISBERTO, E; DUBEUX, LS; MEDEIROS, GAR; SAMICO, IC. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. **Cad. Saúde Pública**. 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00115021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P7JW9nhbpZCsg8qYVY3Hnkz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2024.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00183415. Disponível em: <https://cadernos.ensp>.

fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6163. Acesso em: 10 ago. 2024.

KUSCHNIR, R.; HORÁCIO, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Chorny, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2024.

LIMA, L.D.; VIANA, A.V.A.; MACHADO, C.V.; ALBUQUERQUE, M.V.; OLIVEIRA, R.G.; IOZZI, F.L.; SCATENA, J.H.G.; MELLO, G.A.; PEREIRA, A.A.M.; COELHO, A.P.S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TBsNKBwxKQpy9drdzST6ZdS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2024.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411–1416, set./out., 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt>. Acesso em: 02 set. 2024.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasil: Organização Pan Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 549 p.: il., 2011. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes\\_Atencao\\_Saude\\_Eugenio\\_2ed.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf). Acesso em: 19 jul. 2024.

MENDES, EV; MATOS, MAB; EVANGELISTA, MJO; BARRA, RP. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª edição, 2019. Disponível

em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023. Disponível em: [https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo\\_Institucional\\_IEPS\\_10.pdf](https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf). Acesso em: 12 set. 2024.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329–335, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/89Dyb8NphHWYmPhnzNnnTGG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2024.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2023:** OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2023. Disponível em: [https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023-e04f8239/full-report/avoidable-hospital-admissions\\_836e2826.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023-e04f8239/full-report/avoidable-hospital-admissions_836e2826.html?utm_source=chatgpt.com). Acesso em: 25 out. 2024

OLIVEIRA, C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 31, n.1, e310105, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3vh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2024.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.** EDUFBA Salvador-Ba 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo. v. 12, n. 2. 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772/32575>. Acesso em: 15 set. 2024.

SANTOS, RC; BISPO, LDG; FERREIRA, LLL; SOUZA, JLS; JESUS, LS; TEIXEIRA, VS; HERNANDES, RS; SILVA, RAS. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção à Saúde**. São Caetano do Sul, SP, v. 19, n. 69, p. 51–65, jul./set. 2021. DOI: 10.13037/ras.vol19n69.7614. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/pt\\_BR/article/view/7614/3506](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/pt_BR/article/view/7614/3506). Acesso em: 02 out. 2024

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1106–1116, 2013. DOI: 10.1590/S0104-12902013000400013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dDgkwgHYDdQw4bYcDqrqkGD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 set. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2024.

VIANA, A.; IOZZI, F. L. Enfrentando as desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35 (suppl.2). 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00022519. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCMVdQG83vHbHKSxDPXp/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008 – Primary Health Care: Now More Than Ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3298021/>. Acesso em: 19 set. 2024.