

# PLANIFICASUS PARANÁ

## 1. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)\*

Os resultados sanitários e econômicos insatisfatórios dos sistemas fragmentados vigentes, como formas de respostas sociais a situações de saúde com predomínio de condições crônicas, têm levado à proposição alternativas de organização sanitária, os sistemas integrados de saúde ou a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A implantação da RAS propiciará um formato organizacional que permitirá a superação da atenção episódica, reativa e fragmentada por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas. Isso ocorre porque a concepção de RAS acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas. A RAS trata-se de arranjo organizativo com ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A RAS contempla, portanto, organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.

Dessa definição emergem os atributos básicos da RAS: missão e objetivos comuns; opera de forma cooperativa e interdependente; intercambia constantemente seus recursos; estabelecida sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; seu modelo de governança é baseado na cooperação e na interdependência; implica em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convoca atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funciona sob coordenação da Atenção Primária à Saúde, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; foca-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; tem responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e busca gerar valor para sua população.

A RAS difere dos sistemas fragmentados de saúde porque apresenta as seguintes características: organiza-se por um contínuo de atenção, como uma rede poliárquica; orienta-se equilibradamente para a atenção às condições e aos eventos agudos, e às condições crônicas; volta-se para uma população a ela adscrita; o sujeito deixa de ser paciente para transformar-se em agente protagonista de sua saúde; o cuidado é proativo da parte do sistema de saúde, das equipes profissionais e das pessoas usuárias; o cuidado é integral; o cuidado é ancorado em equipes interdisciplinares; a gestão é feita com base populacional, a partir das necessidades e das preferências das pessoas vinculadas às redes; e o financiamento faz-se por orçamento global, captação ajustada e/ou atendimento a um ciclo completo de uma condição de saúde.

\*Adaptado de:

PLANIFICASUS: *Workshop de Abertura - A Planificação da Atenção à Saúde*. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.



**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

# PLANIFICASUS PARANÁ

Os objetivos da RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

Na RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde e os sistemas de apoio, mas existe a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas – novamente, a Atenção Primária à Saúde e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes da RAS são igualmente importantes para que se cumpram seus objetivos, e apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Extensa revisão bibliográfica sobre RAS, abrangendo centenas de trabalhos realizados no Canadá, nos Estados Unidos, na Europa e na América Latina, mostrou evidências de que a RAS melhora os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de saúde.

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi recentemente incorporada oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de dois instrumentos jurídicos: a portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, e o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8.080, de 1990.

## 1.1 OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A RAS constitui-se por três elementos fundamentais: a população e as Regiões de Saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

### 1.1.1 A população da Rede de Atenção à Saúde

O primeiro elemento da RAS, sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, característica essencial dessas redes.

A RAS, nos sistemas públicos, podem organizar suas populações em territórios sanitários. Porém, há experiências de sistemas públicos de cobertura universal que prescindem da territorialização, em nome de competição entre profissionais de saúde na organização de suas listas de pessoas usuárias. Nesses casos, há possibilidade de livre escolha dos profissionais de saúde pelas pessoas usuárias. Nos sistemas privados, deve haver uma base populacional, mas, em geral, ela não está organizada por territórios sanitários.

Na normativa do SUS, a população deve ser organizada por Regiões de Saúde que conformam diferentes territórios sanitários: o território área de abrangência a uma equipe de Atenção Primária à Saúde; o território municipal; o território regional ou microrregional; o território macrorregional e o território estadual.

Esses diferentes espaços de territorialização, construídos a partir da vinculação de uma população a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, demarcam as possibilidades de estruturar a RAS segundo os critérios de economias de escala e escopo, disponibilidade de recursos e garantia de acesso.



# PLANIFICASUS PARANÁ

A população de responsabilidade da RAS, no sistema público brasileiro, vive em territórios sanitários singulares. Idealmente, organiza-se socialmente em famílias, sendo cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de RAS, cabe à Atenção Primária a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes ou de gestão de base populacional se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de saúde é o elemento básico, que torna possível romper a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão amparada pelas necessidades de saúde da população, ou pela gestão de base populacional – elemento essencial da RAS.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura, suas necessidades e suas preferências.

## 1.1.2 A estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde

O segundo elemento constitutivo da RAS é a estrutura operacional constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Em uma rede o espaço dos fluxos é constituído por alguns lugares intercambiadores, que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e são os centros de comunicação, e por outros lugares, onde se localizam funções estrategicamente importantes, que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e são seus nós.

A estrutura operacional da RAS é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. É o que se mostra na figura 1.

No Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde possui **linhas de cuidado** que compõem a RAS do estado. Ou seja, uma **única Rede de Atenção à Saúde formada por linhas de cuidado** que se integram e complementam para alcançar um objetivo comum: a qualidade e integralidade do cuidado do cidadão paranaense.



# PLANIFICASUS PARANÁ

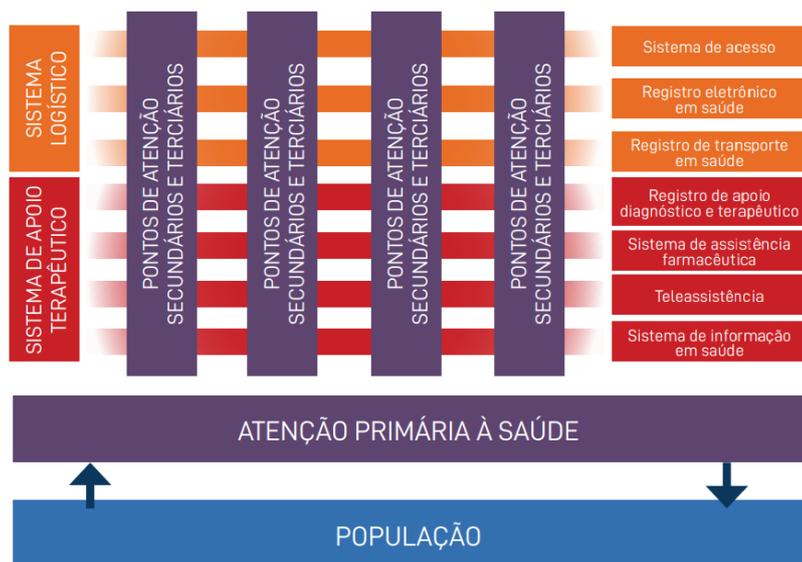


Figura 1. A estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde. Fonte: Mendes

Todos os demais componentes dessa rede, como se vê na figura 1, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, são transversais a todas as linhas de cuidado, sendo comuns a todas elas.

## 1.1.3 Os modelos de atenção à saúde

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos, que organizam o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica, e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. Eventos agudos são manifestações mais ou menos exuberantes, de ordem objetiva ou subjetiva, de uma condição de saúde. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, em certas circunstâncias, podem se manifestar sob forma de eventos agudos: são as agudizações das condições crônicas; também algumas condições gerais e inespecíficas podem se manifestar agudamente.

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de saúde às manifestações de condições agudas e de agudizações de condições crônicas. Os objetivos de um modelo de atenção às condições agudas são prevenir a ocorrência de eventos agudos e identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco na atenção às urgências e às emergências.

Os modelos de atenção aos eventos agudos devem ser organizados por níveis de atenção. No nível 1, estão ações de promoção da saúde estruturadas intersetorialmente e que, segundo o modelo de determinação social da saúde, destinam-se aos fatores de risco distais. Como exemplo, pode-se indicar a política de visão zero sobre acidentes de trânsito na Suécia.

No nível 2, incorporam-se as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Inscrevem-se, neste nível, ações sobre uso excessivo de álcool e outras drogas, que devem ser aplicadas nos âmbitos macro, meso e micro. Os programas de controle do álcool em motoristas que estão dirigindo são um exemplo.



# PLANIFICASUS PARANÁ

Nos níveis 3, 4 e 5, estão ações do campo da clínica, que se prestam, conforme a gestão da clínica, à aplicação das tecnologias de gestão das condições de saúde e gestão de caso. A gestão das condições de saúde inicia-se pela classificação de risco e, depois, no ponto de atenção certo, faz-se o diagnóstico, segundo a estratificação de riscos.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos, na perspectiva da RAS, implica a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais mostram que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas em sistema de classificação de risco, como base na atenção às urgências e às emergências. Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos.

No Brasil, o Sistema Manchester de Classificação de Risco tem sido usado crescentemente. A classificação de risco é fundamental para organizar a atenção às urgências e às emergências, porque define, em razão dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo resposta do sistema de atenção à saúde. Os modelos de atenção aos eventos agudos podem operar com efetividade, quando aplicados às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde manifesta-se quando sua lógica é transplantada para o manejo das condições crônicas não agudizadas. Por essa razão, a superação dessa crise demanda a implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas. Os modelos de atenção às condições crônicas são muito mais complexos, e a variável-chave não é o tempo-resposta em razão dos riscos. Eles serão considerados mais detalhadamente porque constituem o objeto central da crise que se analisa.

A discussão mais robusta, na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde, está relacionada às condições crônicas. A razão é que a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, tem sido a de privilegiar a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas.

## Perguntas disparadoras

Agora que já leram o texto e conheceram os principais conceitos abordados, vamos à discussão, considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que é importante a participação de todos. A resposta da última pergunta deverá ser colocada em um cartaz com a síntese da discussão do grupo, para ser apresentada em plenária.

**1** Qual o conceito de Rede de Atenção à Saúde trabalhado no texto?

**3** Qual é a estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde?

**2** Quais são os elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde?

**4** Qual sua análise para a organização da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde em que você atua?



Adaptado de:

PLANIFICASUS: **Workshop de Abertura - A Planificação da Atenção à Saúde**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.