

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) EM REGIÕES METROPOLITANAS:
EVIDÊNCIAS PRELIMINARES**

JULIANA PIRES DE ARRUDA LEITE
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
juliana.leite@gmail.com

ÁREA: Administração Pública
TEMA 5: Gestão em Saúde

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) EM REGIÕES METROPOLITANAS: EVIDÊNCIAS PRELIMINARES

RESUMO

O sistema de saúde no Brasil - dado o seu tamanho e âmbito geográfico - é um exemplo da complexidade e, muitas vezes fragmentação na implementação de políticas de saúde. No meio desta fragmentação dos sistemas de saúde, o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge e se consolida. A noção de RAS propõe que o sistema de saúde deve ser organizado através de pontos coordenados para proporcionar um cuidado contínuo e integrado, baseado na cooperação entre gestores, prestadores e usuários. No Brasil, em 2010, o Ministério da Saúde promulgou um decreto que define a RAS como modelo de gestão a ser perseguido pela política nacional de saúde. A política de saúde no Brasil é descentralizada e é da responsabilidade dos municípios implementá-la através de fundos federais. No entanto, uma característica definidora das redes de atenção à saúde é seu caráter regional, na medida em que torna-se necessário ir além dos limites municipais para a otimização de recursos. Este cenário das relações inter-regionais ganha maior densidade quando o território está configurado em uma superestrutura urbana, como é o caso das áreas metropolitanas. Neste sentido, uma análise mais profunda das formas de governança das redes de saúde em escala metropolitana se torna muito proveitosa. Assim, este trabalho se propõe a sistematizar as evidências de RAS nas regiões metropolitanas brasileiras, caracterizando seu processo de implementação, bem como a identificação de problemas de gestão nos diversos casos.

ABSTRACT

The health care system in Brazil - given its size and geographic scope - is an example of the complexity and often fragmentation in the health policy implementation. In the middle of this health systems' fragmentation, the concept of Healthcare Networks emerges and consolidates. The notion of healthcare networks proposes that the health system must be organized through a coordinated points to provide a continuous and integrated care, based on cooperation between managers, providers and users. In Brazil, in order to address most of the difficulties of fragmentation, in 2010, the Ministry of Health enacted an ordinance defining the healthcare network as a management model to be pursued by the national health policy. The Brazilian health policy is decentralized and is the responsibility of municipalities to implement it through federal funds. However, a defining feature of healthcare networks is their regional character, as it becomes necessary to go beyond the municipal boundaries for resource optimization. This scenario of inter-regional relations gains greater density when the territory is configured in an urban superstructure, as it is in the case of metropolitan areas. In this sense, a deeper analysis of the governance forms of Healthcare Networks in metropolitan scale becomes very fruitful. Thus, this paper proposes to discuss the cases of Healthcare Networks in Brazilian metropolitan regions, characterizing its implementation process as well as identifying management problems in the various cases.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde, SUS, Sistemas Integrados de Saúde

1. Introdução

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados às necessidades de saúde destas sociedades, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares. Há, portanto, uma relação muito estreita entre a evolução das condições de saúde de uma dada população e a transição dos sistemas de atenção à saúde.

Por essa razão, quando ocorre em qualquer sociedade uma incoerência entre as condições de saúde e o sistema de atenção à saúde, evidencia-se uma crise no modelo de atenção à saúde. Segundo Mendes (2011), existe hoje em escala global uma crise dos sistemas de saúde, que reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga de doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas.

A Organização Mundial da Saúde afirma que, historicamente, os problemas agudos, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituem a principal preocupação dos sistemas de atenção à saúde, e adverte: *“Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante.”* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Além de se organizarem pela atenção às condições agudas e crônicas, os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Essas duas maneiras se inter-relacionam: os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas.

Nota-se, ao redor do mundo, um processo de busca pela integração dos sistemas de saúde. Neste processo ganham força as propostas de novos desenhos para a atenção às condições crônicas através de um sistema coordenado e contínuo, baseado na cooperação entre gestores, prestadores e pessoas usuárias, ou seja, na construção de um *sistema integrado de saúde*. Essa agenda de integração do cuidado é um dos pilares das propostas das Redes de Atenção à Saúde.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde (2006), que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Avançando nesta direção e tendo em vista o enfrentamento de grande parte das dificuldades de fragmentação ainda presentes no Sistema de Saúde, o Ministério da Saúde procurou reforçar a concepção de redes na operacionalização do SUS, com a publicação da portaria no 4.279, em 30 de dezembro de 2010, referente à organização das Redes de Atenção a Saúde no SUS. Nesta portaria, a Rede de Atenção à Saúde é definida como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2010, p. 5).

Um dos primeiros passos para a implantação das redes de atenção à saúde é a definição de uma população adscrita, cuja saúde integral estará sob cuidado da rede. A definição desta

população envolve um processo de regionalização, através do qual são definidas “regiões de saúde”. Nem sempre estas regiões de saúde coincidem com as delimitações político-administrativas, o que impõe o desafio da co-gestão (gestão cooperativa ou compartilhada) dos recursos e processos nas redes. Assim, para o bom funcionamento das mesmas é necessário a articulação de diferentes instâncias, entidades e esferas de governo, principalmente num contexto federativo como o do Brasil no qual a política de saúde é descentralizada e implementada conjuntamente pelas esferas federal, estadual e municipal.

Este cenário de relações inter-regionais ganha grande densidade e complexidade quando o território em questão se configura numa super estrutura urbana, como é o caso das regiões metropolitanas. Nestas regiões o processo de conurbação dissolve as fronteiras administrativas municipais e exige a cooperação entre as diferentes cidades na busca por economias de escala e escopo em seus sistemas de saúde, tornando bastante complexo o desafio da implantação das redes de atenção à saúde. Neste sentido, a análise da implementação das redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas se torna bastante frutífera.

Assim, este artigo propõe tal análise e apresenta evidências preliminares da implementação de redes de atenção à saúde (RAS) em regiões metropolitanas brasileiras. O estudo está baseado em dados secundários publicados por agências governamentais municipais, estaduais e federais, assim como por publicações científicas e notícias.

O artigo está dividido em 4 sessões, incluindo esta introdução. A sessão 2 aborda alguns conceitos chaves e evidências referentes à implantação de redes de atenção à saúde em diversos países. A sessão 3 apresenta o caso brasileiro, o que inclui a caracterização do seu processo de gestão descentralizada e regionalizada, o desafio metropolitano para a gestão em saúde no Brasil e os dados referentes à saúde nas regiões metropolitanas brasileiras. Por fim, encerra-se com considerações finais dando destaque aos avanços e desafios para a consolidação das redes de atenção à saúde nas regiões metropolitanas brasileiras.

2. As Redes de Atenção à Saúde: algumas evidências

A proposta de estruturação de Redes de Atenção à Saúde foi mencionada pela primeira vez, no Relatório Dawson, solicitado pelo governo inglês e publicado em 1920 (DAWSON, 1964), cujos pontos essenciais de destaque foram: a integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na APS, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais.

Entretanto, apesar das RASs terem suas origens na concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, elas tomam forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, implantados no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Shortell et al. (1993) constituem um grupo de estudo pioneiro sobre redes de atenção à saúde nos Estados Unidos. Segundo eles, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizam-se por: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um continuum; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do cuidado; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestado¹

A seguir apresentamos algumas diferentes experiências internacionais na implantação de sistemas integrados de saúde. No sistema público de atenção à saúde do Canadá, Leat et al. (1996) realizaram um diagnóstico do sistema de atenção à saúde de diversas províncias

¹ No ambiente dos Estados Unidos, o trabalho seminal é de Shortell *et al.* (1993) que propôs superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde por meio da instituição de sistemas integrados de serviços de saúde que configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida. Sua proposta se baseou na análise empírica de 12 sistemas nos quais identificou os obstáculos à integração e sugeriu formas de superação da fragmentação.

canadenses e constataram a fragmentação. Propuseram a integração desses sistemas por meio da definição de uma população de responsabilidade, do pagamento por capitação, da instituição de médicos de família como porta de entrada, da oferta de serviços integrais, do reforço das informações em saúde e do planejamento com base nas necessidades da população. Girard (1999) descreveu a experiência da implantação das redes de atenção à saúde na província de Ontário e definiu suas etapas: a institucionalização de um comitê, a definição dos pontos de atenção à saúde e a formulação das modalidades de atenção.

Nos Estados Unidos, Griffith (1997) analisou o movimento de transformação de hospitais comunitários em organizações integradas de atenção à saúde e identificou os fatores de sucesso: a combinação de liderança interna e externa, a maior participação dos médicos, o fortalecimento da APS e a introdução da gestão da clínica, a partir da implantação de diretrizes clínicas. Enthoven (1999) defendeu os sistemas integrados de saúde como forma de superar a crise do sistema de atenção à saúde norte-americano e afirmou que, do ponto de vista econômico, as vantagens da integração derivaram do sistema baseado em populações definidas, da eficiência da atenção no lugar certo, da integração entre diferentes profissionais de saúde e da coordenação da APS.

Nos sistemas públicos de atenção à saúde da Europa Ocidental, as RASs têm sido introduzidas crescentemente. Saltman e Figueras (1997) analisaram as reformas da saúde na Europa e dedicaram um capítulo ao processo de substituição, que reorganiza as relações entre os diferentes pontos de atenção à saúde dos sistemas. Esse processo de reorganização da atenção à saúde, por meio da substituição, tiveram um grande impacto na atenção hospitalar, o que determinou menos hospitais, com maior escala e menos leitos por habitante.

Suñol et al. (1999) relataram a implantação de planos de atenção integral na Espanha com a seguinte estrutura: a atenção à população sadia, a atenção aos fatores de risco, o diagnóstico e o primeiro tratamento, a fase inicial de tratamento da doença, a fase avançada do tratamento da doença e a fase terminal. O autor, com base na experiência espanhola, mostrou a imperativa necessidade da implantação de sistemas integrados de saúde para superar os graves problemas decorrentes dos sistemas fragmentados vigentes nas diversas Comunidades Autônomas do país.

Hildebrandt e Rippman (2001) estudaram as RASs na Alemanha. A partir de janeiro de 2000, a legislação sanitária induziu a constituição de RASs, caracterizadas por: integração médica e econômica dos serviços, integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares, integração dos serviços farmacêuticos e de enfermagem, continuidade dos cuidados e os incentivos para as ações promocionais e preventivas. Essa legislação tornou obrigatória a adoção da tecnologia de atenção gerenciada para algumas condições crônicas.

Warner (2001) centrou-se no exame das cadeias de cuidados introduzidas na Suécia, Holanda e Reino Unido e definiu seus fatores críticos: a atenção centrada nas pessoas usuárias, o controle ativo dos fluxos dentro do sistema, os sistemas logísticos articulados pelos interesses das pessoas usuárias, os sistemas de informação altamente integrados, a entrada única na cadeia, a ausência de barreiras econômicas e a colocação dos serviços sob gestão única.

Na América Latina as redes de atenção à saúde são incipientes. Mendes (2011) relata experiências no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana e no México, mas a experiência mais consolidada parece ser a do Chile, onde as RASs têm sido discutidas há tempo e constituem uma política oficial do Ministério da Saúde. No Brasil, o tema só tem sido tratado recentemente, mas com uma evolução crescente. Tal experiência será relatada a seguir, nos resultados deste artigo.

3. O Caso Brasileiro

3.1 Breve histórico e contexto atual

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Federal de 1988 em seus artigos 196 ao 199, bem como

nas normas estabelecidas pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, prevê a integração das atividades e serviços (estatais ou privados, contratados e conveniados), a descentralização da gestão para os municípios e a participação da sociedade através dos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacional de saúde. O setor privado participa de modo complementar ao sistema, através de convênios e contratos com o setor público (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, de 1993, marca os primeiros passos de uma descentralização administrativa, bem como estabelece formas de manutenção das estruturas de financiamento na esfera federal. Esta norma prevê distintas modalidades de habilitação municipal e mecanismos de gestão pluriinstitucionais, com a criação de comissões formadas por gestores de todas as esferas de governo (federais, estaduais e municipais). Definiu-se explicitamente o município como gestor específico dos serviços e estabeleceram-se as responsabilidades e as formas de repasses de recursos que lhes correspondem.

Paralelamente ao processo de municipalização da década de 1990, a partir dos anos 2000, a regionalização tem ocupado papel de destaque no âmbito da política nacional de saúde (BRASIL, 2006). Para o desenho e a consolidação das regiões de saúde são propostos alguns instrumentos, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹, o Plano Diretor de Investimentos em Saúde (PDI)² e a Programação Pactuada Integrada (PPI)³.

Consolidando a tendência de regionalização, o Pacto de Gestão (2006) estabeleceu o espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

3.2 A implementação das redes de atenção à saúde

Juntamente com o processo de descentralização e regionalização, no Brasil, as estratégias em direção à integralidade do cuidado passaram pela implantação e consolidação de um novo modelo de atenção primária, o Programa de Saúde da Família (PSF). Tal programa é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes de uma determinada área. A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante reordenamento do modelo de atenção no SUS e tem produzido

¹ O PDR é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Esse processo de reordenamento visa reduzir as desigualdades sociais e territoriais, propiciando maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2008).

² O PDI apresenta os investimentos necessários para atender às prioridades identificadas no PDR, visando ampliar as ações e serviços de saúde existentes de modo a conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde (Brasil, 2008).

³ A PPI é o instrumento de programação e alocação de recursos da assistência. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, com explicitação das parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios (Brasil, 2008).

resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (DAB, 2014).

Avançando nesta direção o Ministério da Saúde (MS) procurou reforçar a integração do sistema através concepção de redes na operacionalização do SUS. Com a publicação da portaria no 4.279, em 30 de dezembro de 2010, o MS propõe a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Nesta portaria, a Rede de Atenção à Saúde é definida como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (BRASIL, 2010, p. 5). Segundo o mesmo documento, o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade e eficácia clínica, sanitária e econômica (id.ibid).

Até o momento, algumas estratégias de implementação foram estabelecidas e estão em andamento para a construção deste novo modelo de atenção em redes. O Ministério da Saúde priorizou e fomentou através de apoio técnico e financeiro¹ a implantação de redes temáticas, tais como: “rede cegonha” (gestante e criança de até 24 meses); rede de atenção às urgências e emergências; rede de atenção psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas); rede de atenção à pessoa com deficiência, rede de atenção ao idoso, rede de atenção às doenças e condições crônicas, entre outras.

Dentre as ferramentas de gestão destas redes temáticas, a que mais se destaca no modelo brasileiro é a implantação de Linhas de Cuidado (LC). As linhas de cuidado constituem uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde entre as unidades de atenção de uma dada região, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia. O objetivo é a coordenação ao longo do contínuo assistencial e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. A implantação das LC se dá a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Exemplos de linhas de cuidado implementadas no sistema brasileiro são: Linha de Cuidado da hipertensão Arterial, Linha de Cuidado do Diabetes Melitus, Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio, Linha de Cuidado do Acidente Vascular Encefálico, Linha de Cuidado aos Traumas, Linha de cuidado do enfrentamento do álcool, crack e outras drogas e Linha de cuidado do Câncer de Mama e do Colo do Útero.

A seguir, desenvolve-se uma contextualização acerca das regiões metropolitanas brasileiras e discute-se a problemática da gestão em saúde nestas regiões.

3.3 O desafio metropolitano

As primeiras Regiões Metropolitanas (RMs) no Brasil foram formalmente criadas entre as décadas de 60 e 70, são elas: São Paulo, Belém, Belo Horizonte, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e Salvador. Atualmente, existem 39 grandes metrópoles no Brasil, que se caracterizam não só por concentrarem a maior parte da riqueza nacional, como também por possuírem expressivos focos de pobreza e de exclusão social. Os municípios metropolitanos diferem substancialmente entre si quanto ao processo de metropolização, ou seja, quanto aos

¹ Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Redes de Atenção à Saúde (QualiSUS-Redes), proposto para apoiar a organização das RAS. Trata-se de um projeto de grande amplitude, que envolve a cooperação entre o Banco Mundial, o BIRD e o Ministério da Saúde, para a implantação de quinze experiências de redes de atenção à saúde nos vários estados brasileiros, sendo dez experiências em regiões metropolitanas (Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Belo Horizonte) e cinco em regiões não metropolitanas (Alto Solimões, Cariri, Bico do Papagaio, Petrolina e Dourados).

níveis de densidade de pessoas e concentração de atividades econômicas, dificultando a discussão e formulação de políticas públicas para esses espaços.

No federalismo brasileiro, o processo de descentralização já citado, ocorrido no final dos anos 1980, forneceu bastante autonomia para os municípios para a gestão de políticas, entre elas, a política de saúde. Tal descentralização e ganho de autonomia municipal enfraqueceu de certa forma a legitimação da governança nas metrópoles, contribuindo para gerar um “vácuo institucional” nesta última escala, na medida em que as Regiões Metropolitanas, apesar de reconhecidas pela Constituição Federal, não se constituem entes federativos, tampouco entidades autônomas de governo. Essa situação legal ambígua, ao não contemplar instâncias intermediárias, acentua as resistências e o pouco empenho das instâncias federativas existentes – estados e municípios – no fortalecimento das regiões metropolitanas. Neste contexto, a institucionalidade das regiões metropolitanas no Brasil possui fragilidades na integração do planejamento e execução das funções públicas, constituindo-se em uma realidade ainda bastante permeada por conflitos e incertezas quanto ao grau de comprometimento dos atores (NEPP, 2007).

Garson (2007) afirma que o arcabouço institucional do federalismo brasileiro é inadequado para lidar com a desigualdade inter e intra-regional; e destaca outros obstáculos à cooperação em políticas urbanas nas regiões metropolitanas brasileiras, a saber: a falta de uma tradição de planejamento e implementação de políticas regionais; a estrutura fiscal dos entes federativos, a rigidez dos orçamentos públicos e o agravamento, ao longo dos anos 1990, da situação fiscal dos estados.

Com relação ao sistema de saúde, no Brasil, a relação direta da União com os municípios acrescentou dificuldades ao desafio da gestão metropolitana da saúde, porque para levar em conta as necessidades de serviços de saúde pela população e relacioná-las adequadamente à oferta, é necessário dispor de uma referência regional ou distrital que transcenda a escala municipal.

Neste sentido, as RMs e as entidades estaduais criadas para geri-las assistiram ao agravamento dos conflitos e tensões nas relações inter e intragovernamentais, aprofundando as clivagens federativas e os problemas de cooperação entre os entes federados. A solução encontrada para ações de interesse comum que transcendam o território municipal foi a criação de consórcios intermunicipais, com a preservação do comando municipal. O Governo Federal promulgou a Lei 11.107/2005, sobre os consórcios públicos, que teve como um dos objetivos viabilizar a gestão pública nos espaços metropolitanos, em que a solução de problemas comuns só pode se dar por meio de políticas e ações conjuntas (NEPP, 2008).

Para tanto, torna-se necessário pensar em novas formas de governança, ou seja, na elaboração de ferramentas, mecanismos e arranjos institucionais para que esses territórios sejam governáveis, administráveis. As novas formas de governança devem ser eficazes na solução de problemas crescentemente multidimensionais, através da elaboração de políticas intersetoriais integradas. Trata-se de focar tais questões no âmbito da existência ou não de complementaridades e interdependências numa dimensão espacial que transcende os entes federados, envolvendo, diretamente ou indiretamente, o nível municipal, o estadual e o federal.

A seguir, a Tabela 1 apresenta os dados relativos ao Sistema Único de Saúde para as regiões metropolitanas¹.

¹ Os dados de saúde não estavam disponíveis para 9 das 39 regiões metropolitanas (Manaus, Aracaju, Cuiabá river, Campina Grande, Agreste de Alagoas, Cariri, Chapecó, Lages e Sudoeste do Maranhão).

Tabela 1: Dados do Sistema de Saúde para as Regiões Metropolitanas

	Consultas médicas por habitante*	Hospitalização por 100 habitantes*	Leitos hospitalares por 1000 habitantes	Profissionais de nível superior em saúde por 1000 habitantes**
Ano de Referência	2012	2012	2012	2009
São Paulo	3,09	4,96	1,17	7,41
Rio de Janeiro	2,21	3,35	1,7	7,08
Belo Horizonte	2,37	5,05	1,44	8,29
Porto Alegre	2,58	6,58	1,83	7,29
Brasília	2,44	5,16	1,36	7,10
Recife	2,69	6,02	2,33	7,01
Fortaleza	1,74	4,84	1,86	4,65
Salvador	2,52	4,97	1,72	9,40
Curitiba	2,55	6,47	1,81	7,74
Campinas	2,7	4,54	0,98	8,19
Goiânia	2,45	6,23	2,18	6,90
Belém	2,7	5,94	1,58	5,99
Vitória	2,83	5,01	1,32	8,11
Baixada Santista	3,46	4,47	0,92	5,62
Natal	2,37	4,56	1,79	8,72
São Luís	3,42	5,18	2,43	5,28
João Pessoa	2,48	6,2	2,35	7,74
Maceió	3,3	5,08	2,25	6,00
Teresina	2,36	5,79	2,19	6,32
NE Santa Catarina	2,33	5,31	1,37	4,07
Florianópolis	2,87	5,21	2,41	9,11
Londrina	3,32	6,79	2,03	6,03
Vale do Itajaí	6,65	5,99	1,1	4,23
Petrolina/Juazeiro	1,9	5,91	1,18	2,70
Vale do Aço	1,57	5,39	1,19	5,25
Maringá	2,54	6,97	1,76	7,56
Carbonífera	3,59	6,61	1,85	3,59
Foz do Itajaí	2,54	5,66	1,26	4,96
Macapá	1,86	5,67	1,37	4,44
Tubarão	2,35	6,76	1,83	2,93
BRASIL	2,77	5,67	1,69	5,69

Fonte: *Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (2012)

Fonte: IBGE - Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (2009) e IBGE Censo Demográfico (2010)**

Fonte: Ministério da Saúde/SAS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2012)

Nota-se que o número de consultas por pessoa nas regiões metropolitanas varia entre 1,57 e 6,55; e sendo a média nacional 2,77, 10 regiões metropolitanas superam a mesma. As internações hospitalares por 100 habitantes variam entre 3,35 e 6,97, sendo a média nacional 5,67, o que faz com que 14 regiões metropolitanas superem esta média. O número de leitos hospitalares (que atendem pelo Sistema Único de Saúde) por 1000 habitantes varia de 0,92 a 2,43. Como a média do Brasil é 1,69; 17 regiões metropolitanas possuem valores que a superam. Por fim, o número de profissionais de saúde de nível superior ocupando postos de trabalho tem a maior variação (2,7 a 9,4) sendo que 19 regiões superam a média nacional.

3.4 Experiências de RAS em regiões metropolitanas

Os dados referentes à existência de redes de atenção à saúde temáticas e linhas de cuidado nas diferentes regiões metropolitanas foram obtidos de fontes diversas: Secretarias estaduais de saúde, secretarias municipais de saúde, publicações científicas que relatam experiências, noticiários e informativos. Como se trata de um processo recente e em consolidação no país, para algumas regiões não foram encontrados dados.

Foram encontradas evidências de RAS em 16 das 39 regiões metropolitanas. Devido ao fato da portaria do ministério da saúde referente à implantação das redes ser recente (2010), nota-se que as experiências de RAS estão começando a se difundir pelo país. Entretanto, trata-se de um processo em andamento. Assim, a análise do status de avanço do processo foi feita a partir dos seguintes critérios:

- *Status – incipiente:* Experiências que relatam que as equipes das Secretarias Estaduais de Saúde discutem internamente o que são RAS, realizam processos educativos para o nível central e/ou formam educadores para realizar apoio institucional nas secretarias municipais.
- *Status – em consolidação:* Experiências que relatam o desenvolvimento dos primeiros passos na organização de RAS: definição de regiões de saúde; mapeamento de recursos e necessidades; aproximação com outros atores; reunião de colegiados regionais ; definição de fluxos.
- *Status – consolidado:* Experiências que relatam resultados das redes em ação através de indicadores de monitoramento e avaliação das RAS.

A Tabela 2 apresenta os dados preliminares encontrados acerca da implementação de redes de atenção à saúde nas regiões metropolitanas brasileiras.

Tabela 2: Redes de Atenção à Saúde nas Regiões Metropolitanas Brasileiras

Região Metropolitana	RAS temáticas	Linhas de Cuidado	Status do Processo	Fontes:
Manaus	RC	LC – GP	Incipiente	Estado do Amazonas. Secretaria de Saúde (2011)
Belém	RC; RAP RAPD; RAUE	LC – GP; LC – ED LC – AVC; LC –IAM	Incipiente	Estado do Pará: Secretaria de Estado da Saúde (2012); Município de Belém (2012)
Fortaleza	RC; RAP RAPD; RAUE RAST	LC – GP; LC – ED LC – AVC; LC –IAM	Em consolidação	Estado do Ceará: Secretaria de Estado da Saúde (2014); Estado do Ceará: Secretaria de Estado da Saúde (2012)
Recife	RC; RASI RASA	LC – GP; LC –EM LC –SI; LC –SA	Incipiente	Estado do Pernambuco: Secretaria de Estado da Saúde (2014); Município de Recife : Secretaria Municipal de Saúde (2009)
Salvador	RC; RAUE	LC – GP; LC –CCT	Em consolidação	Estado da Bahia: Secretaria de Estado da Saúde (2012a); Estado da Bahia: Secretaria de Estado da Saúde (2012b)
Belo Horizonte	RC; RAUE	LC – GP; LC –OO	In consolidation	Município de Belo Horizonte: Secretaria de Gestão Compartilhada (2014); Município de Belo Horizonte : Secretaria Municipal de Saúde (2009)
Vale do Aço	RAUE; RASM	LC – GP; LC – AVC LC –IAM; LC –CMCU	Incipient	Gama (2009); Diário do Aço (2013)
Vitória	RC	LC – GP	Incipiente	Brasil. Ministério da Saúde (2014); Estado do Espírito Santo: Secretaria de Estado da Saúde (2012)
Rio de Janeiro	RC; RAP RAUE	LC – GP; LC – ED LC – AVC; LC –IAM	Em consolidação	Estado do Rio de Janeiro: Secretaria de Estado da Saúde (2014); Estado do Rio de Janeiro: database (2008)
São Paulo	RC; RAUE RASI; RAD	LC – GP; LC – ED LC – AVC; LC –IAM LC –CMCU; LC –HA LC –DI; LC –CCT	Em consolidação	Conselho dos secretários municipais de saúde (2012); Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo(2008); Estado de São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde (2012); Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Primária (2010); Estado de São Paulo: sub-secretaria de desenvolvimento metropolitano (2014)

Campinas	RC; RADC	LC – GP; LC –DI	Em consolidação	Agência Metropolitana de Campinas (2012)
Curitiba	RC; RAUE	LC – GP; LC – AVC LC –IAM	Em consolidação	Município de Curitiba : Secretaria Municipal de Saúde (2013); Município de Curitiba : Secretaria Municipal de Saúde (2002); Estado do Paraná: Departamento de desenvolvimento Urbano (2014)
Londrina	RASA	LC –SA	Incipiente	Município de Londrina: Secretaria Municipal de Saúde (2013)
Porto Alegre	RC; RAST RASME	LC – GP; LC –AS LC –CMCU	Em consolidação	Estado do Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde (2014a); Estado do Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde (2014b); Estado do Rio Grande do Sul: Departamento de planejamento, gestão a participação cidadã (2013); Estado do Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde (2011)
Goiânia	RAP; RAUE	LC –CCT	Incipiente	Município de Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde (2012); Estado de Goiás: Secretaria de Estado da Saúde (2014)
Brasília	RC	LC – GP	Incipiente	Distrito Federal: departamento de desenvolvimento metropolitano (2013); Distrito Federal: Secretaria de Saúde (2014)

Fonte: Elaborado pelo autor

LEGENDA:

REDES TEMÁTICAS

RC – Rede Cegonha (Atenção integral a gestante, puérpera e criança)

RAP – Rede de Atenção Psicossocial

RAPD – Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

RAUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

RAST - Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador

RASI - Rede de Atenção à Saúde do Idoso

RASA - Rede de Atenção à Saúde do Adolescente

RASM - Rede de Atenção à Saúde da Mulher

RAD - Rede de Atenção Domiciliar

RADC - Rede de Atenção à Doenças Crônicas

RASME - Rede de Atenção à Saúde Mental

LINHAS DE CUIDADO

LC – GP - Linha de Cuidado da Gestante e Puerpério

LC – ED - Linha de cuidado do Enfrentamento do Álcool, Crack e outras Drogas

LC – AVC - Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral

LC –IAM - Linha de Cuidado do Infarto do Miocárdio

LC –EN - Linha de Cuidado Enfermagem Neonatal

LC –SI - Linha de Cuidado de Atenção à saúde do idoso

LC –SA - Linha de Cuidado de Atenção a saúde do adolescente

LC –CCT - Linha de Cuidado Cardiovascular, cérebro-vascular e traumatológica,

LC –OO - Linha de Cuidado Oftalmologia e da Otorrinolaringologia

LC –CMCU - Linha de Cuidado do Câncer de Mama e do Colo do Útero

LC –HA - Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial

LC –DI - Linha de Cuidado do Diabetes

Ao todo foram registradas experiências de implantação de 11 diferentes redes temáticas de atenção à saúde nas regiões metropolitanas. Nota-se, sem dúvida, que a rede temática mais desenvolvida até o momento é a “Rede Cegonha” (Atenção integral à gestante, puérpera e criança), presente em 13 das 16 regiões. Em seguida a segunda rede mais importante em implantação é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (presente em 9 RMs), seguida pela Rede de Atenção Psicossocial (3 RMs), Rede de Atenção à Saúde do Idoso (3 RMs), Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (2 RMs), Rede de Atenção ao trabalhador (2 RMs), Rede de Atenção à Saúde do Adolescente (2 RMs), Rede de Atenção à saúde mental (1 RMs), Rede de Atenção à Saúde da mulher (1 RM). Estes resultados corroboram os que foram encontrados em CONASS (2012), que publicou os trabalhos apresentados no evento “*O Estado e as Redes de Atenção à Saúde: 1ª Mostra de experiências*”. Esta publicação compila experiências de RAS nos estados brasileiros (não necessariamente regiões metropolitanas). Os resultados desta publicação também evidenciam que a rede de atenção mais desenvolvida no país é a “Rede Cegonha”, seguida pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Como mostra a Tabela 2, dos registros encontrados na presente pesquisa, 9 experiências de RAS foram classificadas como incipientes e 7 em processo de consolidação, conforme critérios já explicitados. Não foram encontrados evidências de processos já consolidados com avaliações de resultados publicadas. CONASS (2012) também divide as experiências apresentadas em três categorias relativas ao andamento ou avanço do processo de implantação das redes. Nesta publicação, a maioria dos estados da amostra está nas etapas iniciais de seus processos, o que corrobora as evidências encontradas para as regiões metropolitanas na presente pesquisa.

4. Considerações finais – avanços e desafios no desenvolvimento das redes

A partir da literatura, dos dados e das experiências estudadas pôde-se perceber alguns pontos que representam avanços no processo de consolidação das redes de atenção à saúde nas regiões metropolitanas brasileiras, bem como pontos que expressam as dificuldades e obstáculos a serem enfrentado nesta trajetória.

Com relação aos avanços os documentos pesquisados relatam o movimento de aproximação e integração entre diferentes áreas das Secretarias estaduais de Saúde, para planejamento articulado e execução compartilhada das estratégias e das ações. Esta integração, em alguns casos, fomentou a articulação de diferentes projetos e programas desenvolvidos, otimizando o uso dos recursos. Um outro ponto positivo que se pôde registrar foi a tentativa de melhorar a interlocução entre as diversas esferas de gestão (municipal, regional, estadual e federal) visando a convergência dos projetos e ações. Por fim, notou-se um movimento de divulgação e socialização das experiências existentes nas diversas instituições, o que proporciona uma dinâmica de constante construção e consolidação deste novo modelo de atenção.

Por outro lado, algumas dificuldades foram evidenciadas, como por exemplo, a necessidade de redefinição do modelo e dos critérios de financiamento que permanecem fragmentados e dissociados dessa nova forma de organização. Além disso, vários relatos sugerem que a integração dos profissionais de saúde e dos sistemas de informações são os desafios principais que se apresentam à consolidação das redes no sistema de saúde brasileiro. Outros pontos de estrangulamento são o estabelecimento de critérios para definir as regiões sanitárias e populações adscritas, a falta de compromisso de alguns municípios com as atividades de planificação e a cultura pouco desenvolvida de monitoramento e avaliação de redes.

A estes desafios se soma a situação complexa da gestão de políticas em contexto metropolitano, no qual a delimitação geográfica (região metropolitana) não se constitui um ente federado, ou seja, um ente governamental autônomo, o que torna complexo o processo de constituição de um sistema unificado e integrado de saúde. Neste sentido, a configuração de um sistema metropolitano de atenção à saúde se torna um enorme desafio, pois pressupõe a organização de um “sistema regionalmente coordenado”, num contexto em que os mecanismos institucionais disponíveis para o nível regional são mais frágeis e mais dependentes da vontade e interesse dos atores. Neste sentido, torna-se premente a elaboração de novas formas de governança, com ferramentas, mecanismos e arranjos institucionais que favoreça a gestão de uma rede regional de atenção à saúde.

No entanto, este cenário não foge do esperado: a Organização Pan Americana de Saúde (2010), através da análise de experiências de RAS em toda a América afirma que os processos de integração são difíceis, complexos e de longo prazo. Isto porque os processos de integração requerem mudanças sistêmicas amplas, e não apenas intervenções isoladas e pontuais. Neste contexto, pode-se dizer que o Brasil está dando passos fundamentais em direção a esta mudança estrutural e sistêmica em seu sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

- AGÊNCIA METROPOLITANA DE CAMPINAS (2012). Disponível em: <http://www.agemcamp.sp.gov.br/> Acessado em 04/30/2014
- AURELIANO, L.; DRAIBE, S. (1989). “*A especificidade do welfare state brasileiro.*” Economics and Development, n. 3, Brasília, MPAS e CEPAL, 1989.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: out. 2008.
- BRASIL (2006) PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
- BRASIL (1993). “*A Norma Operacional Básica do SUS 01/93*” Brasília, 1993. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html Acessado em 11/17/2013.
- BRASIL (2001). “*NOAS SUS 01/2001. PORTARIA Nº 95*”. Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html Acessado em 09/19/2013.
- BRASIL (2014). Ministério da Saúde. “*Saúde implanta S.O.S Emergências no Espírito Santo*” Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/02/saude-implanta-s-o-s-emergencias-no-espírito-santo> Acessado em 04/23/2014
- BRASIL (2006). “*PORTARIA Nº 399/GM*”. Pacto de saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acessado em 04/14/2014.
- BRASIL (2010). “*Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*”. Ministério da Saúde. “Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS”. Brasília. 2010. Disponível em: conselho.saude.gov.br/ultimas.../img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acessado em 03/09/2013.
- CONASS (2012). O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências. Brasília, 2012. Disponível em http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conassdocumenta_25.pdf acesso em 15/03/2014.
- DAB (2014). Departamento de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php Acessado em 12/03/2013.
- DAWSON, B. (1964) “*Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*” PanAmerican Health Organization. Washington, 1964.
- DIÁRIO DO AÇO (2013). Disponível em: <http://www.diariodoaco.com.br/noticias.aspx?cd=70637> Acessado em 04/23/2014

- DISTRITO FEDERAL: department of metropolitan development (2013). Disponível em: <http://www.entorno.df.gov.br/> Accessed on 04/30/2014
- DISTRITO FEDERAL: Secretaria de Saúde (2014). Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/> Acessado em 04/30/2014
- ENTHOVEN, A. – Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13: 305-321, 1999.
- ESTADO DO AMAZONAS: Secretaria de Estado da Saúde (2011). *Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015)* Disponível em: <https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/PES-2012-2015.pdf> Acessado em 04/27/2014
- ESTADO DA BAHIA: Secretaria de Estado da Saúde (2012a). “*Rede de atenção à urgência*”. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/images/arquivos/Saude_Toda_Hora/Plano_RMSA_REVISADO_MAIO_2012.pdf Acessado em 04/28/2013
- ESTADO DA BAHIA: Secretaria de Estado da Saúde (2012b). “*Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências – Região Metropolitana de Salvador Ampliada*”. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3702&catid=86&Itemid=101 Acessado em 04/28/2014
- ESTADO DO CEARÁ: Secretaria de Estado da Saúde (2012). *Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015)*. Disponível em: www.saude.ce.gov.br/index.php/...de.../plano-estadual-da-saude Acessado em 04/27/2014
- ESTADO DO CEARÁ: Secretaria de Estado da Saúde (2014). Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46282-curso-vai-melhorara-atencao-a-urgencias-em-hospitais> Accessed on 04/27/2013 Acessado em 04/27/2014
- ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: Secretaria de Estado da Saúde (2012). *Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015)*. Available in: http://www.saude.es.gov.br/Download/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf Acessado em 04/23/2014
- ESTADO DE GOIÁS: Secretaria de Estado da Saúde (2014). Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=161090> Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DO PARÁ: Secretaria de Estado da Saúde (2012). *Plano Estadual de Saúde (2012 – 2015)* Disponível em: <https://www2.mp.pa.gov.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/PES-2012-2015.pdf> Acessado em 04/27/2014
- ESTADO DO PARANÁ: Departamento de Desenvolvimento Urbano (2014). Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/> Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DO PERNAMBUCO: Secretaria de Estado da Saúde (2014). Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude> Acessado em 04/29/2014
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO: Secretaria de Estado da Saúde (2014). “*Redes de Atenção à Saúde*” Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/atencao-a-saude-1/946-redes-tematicas.html> Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DO RIO DE JANEIRO: *database*. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/indice/flanali.asp?codpal=1187&pal=REGI%C3%92METROPOLITANA%20DO%20RIO%20DE%20JANEIRO> Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: Secretaria de Estado da Saúde (2014a). Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/462/?Pol%C3%ADticas_de_Sa%C3%BAde_do_Rio_Grande_do_Sul Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: Secretaria de Estado da Saúde (2014b). Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/515/?Linhas_de_Cuidado Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: Secretaria de Estado da Saúde (2011). Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1334679241358plano%20de%20acao%20regional%20inicial_RS.pdf Acessado em 04/30/2014
- ESTADO DE SAO PAULO: Conselho de Secretários Municipais de Saúde (2012). Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Urgencia-Emergencia-Jose-06-03.pdf> Acessado em 04/30/2014

- ESTADO DE SAO PAULO: Secretaria de Estado da Saúde (2012). Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/ras/fatima_-_apresentacaoredesatualizado_junho_12.pdf Acessado em 05/02/2014
- ESTADO DE SAO PAULO: sub-secretaria de desenvolvimento metropolitan (2014). Disponível em: <http://www.sdmropolitano.sp.gov.br/portalsdm/sao-paulo.jsp> Acessado em 04/30/2014
- GAMA, F. N. (2009). “*A saúde da mulher trabalhadora no sistema público de saúde: um estudo de caso.*” Disponível em: http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp120097.pdf Acessado em 04/23/2014
- GARSON, S. (2007). “*Regiões Metropolitanas: obstáculos institucionais à cooperação em políticas urbanas.*” PhD Thesis. IPPUR/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://teses.ufrj.br/IPPUR_D/SolGarsonBraulePinto.pdf Acessado em 03/22/2014
- GIRARD, J.E. – *Experiencia de Canada: desarrollo y planificación de redes de atención en los servicios de salud.* Santiago, Seminario Internacional de Desarrollo de la Red Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 1999.
- GRIFFITH, J.R. – *Managing the transition to integrated health care organizations.* In: CONRAD, D.A. – *Integrated delivery systems: creation, management, and governance.* Chicago, Health Administration Press, 1997.
- HILDEBRANDT, H. & RIPMANN, K. – *Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective.* Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- IBGE (2010a). *Censo Populacional.* Brasília, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> Accessed on 03/22/2014
- IBGE (2009) . *Pesquisa de cuidados de saúde* (2009) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>. Acessado em 03/22/2013
- LEAT, P. et al. – *Integrated delivery systems: has their time come in Canada?* Canadian Medical Association Journal, 154: 803-809, 1996.
- MENDES, E. V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde.* Organização PanAmericana de Saúde. 2ª ed. Brasília. 2011. Disponível em: www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task. Acessado em 12/19/2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). *Datasus - (SUS SIA / SUS)* (2012). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>. Acessado em 03/22/2014
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). *Registro Nacional de Saúde (CNES)* (2012) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>. Acessado em 03/22/2014
- MUNICÍPIO DE BELÉM (2012). “*Limites territoriais do Município de Belém e Região Metropolitana.*” Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/ppa/projeto/5.%20ANEXO%20I%20-%20PPA%202014-2017.pdf> Acessado em 04/27/2014
- MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: Secretaria de Gestão Compartilhada (2014). Disponível em: <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/estrutura-territorial/areas-de-abrangencia-dos-centros-de-saude> Acessado em 04/28/2014
- MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: Secretaria de Saúde (2009). *SUS-BH: Plano Macro-estrategico*
- MUNICÍPIO DE CURITIBA : Secretaria de Saúde (2013). “*Programa Mãe Curitibana.*” Disponível em: <http://www.maecuritiba.com.br/> Acessado em 04/30/2014
- MUNICÍPIO DE GOIÂNIA: Municipal Health Department (2012). Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/secretaria/sus/Cais-Ciams-Centros.shtml> Acessado em 04/30/2014
- MUNICÍPIO DE LONDRINA: Secretaria de Saúde (2013). *Annual Report on Health Management.* Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2013.pdf Accessed on 04/30/2014
- MUNICÍPIO DE RECIFE: Municipal Health Department (2009). “*Plano Municipal de Saúde 2010/2013*” Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf> Acessado em 04/29/2014

- NEPP (2008). Governança em Saúde na Região Metropolitana de Campinas. Relatório Final de Pesquisa. Campinas. 2008.
- NEPP (2007). Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas. Relatório Final de Pesquisa. Campinas. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, World Health Organization, 2003. Disponível em: http://cdrwww.who.int/nutrition/publications/public_health_nut9.pdf Acessado em 07/02/2014.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (2010). “*Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de politica y hoja de ruta para su implementacion en las Americas.*” Washington: 2010.
- SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. – *European health care reforms: analysis of current strategies*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.
- SHORTELL, S.M. *et al.* (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Hosp. Health Service Adm.*, 38: 447-466, 1993.
- SUÑOL, R. *et al.* – *Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model*. *Med. Clin.*, 112: 97-105, 1999.
- WARNER, M. – *Implementing health care reforms through substitution*. Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.