

# Redes de Atenção à Saúde: Movimentos do Ensino e Serviço Rumo à Efetivação do Modelo Assistencial

## Health Care Networks: Movements of Education and Service toward the Establishment of the Care Model

André Lucas Maffissoni<sup>a\*</sup>; Carine Vendruscolo<sup>a</sup>; Fernanda Karla Metelski<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Curso de Enfermagem.

<sup>b</sup>Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

\*E-mail: andremaffissoni@hotmail.com

---

### Resumo

Revisão integrativa da literatura, que objetivou caracterizar as produções bibliográficas sobre Redes de Atenção à Saúde no Brasil entre o período de 2005 e 2015. Na busca dos trabalhos, ocorrida em janeiro de 2016, utilizaram-se os termos: “Redes de Atenção à Saúde” e “Assistência à Saúde”, no portal Biblioteca Virtual em Saúde. Um total de 16 produções, que se relacionavam ao tema proposto foram selecionadas e divididas, em duas temáticas de discussão: “As Redes e sua implicação no modelo de atenção à saúde” e “A participação dos diferentes setores e sujeitos para a efetivação das Redes”. Os artigos discutem acerca das potencialidades, que um sistema operacionalizado na dinâmica de Redes pode trazer para a atenção em saúde, bem como revelam a importância do envolvimento do setor ensino no processo de construção e consolidação destas, em decorrência de sua função de notável importância nos processos formativos de futuros profissionais da saúde. As publicações também demonstram diversas dificuldades na concretização desse modelo de atenção, o que advém da falta de conscientização e adesão ao modelo, por parte dos sujeitos, que atuam diretamente ou indiretamente no Sistema de Saúde, incluindo-se profissionais, estudantes, professores, usuários e gestores. Foi encontrado um número limitado de artigos científicos, o que demonstra necessidade de ampliar as pesquisas na área.

**Palavras-chave:** Redes de Atenção à Saúde. Assistência à Saúde. Educação em Saúde.

### Abstract

*Integrative review of literature that aims to characterize the bibliographic productions about Health Care Networks in Brazil between the period of 2005 and 2015. The search of the articles, collected in January of 2016, included the terms “Health Care Networks” and “Delivery of Health Care”, on Health Library Virtual portal. An entire of 16 publications that were related to the proposed theme were selected and divided into two thematic discussions: “The impact produced by Networks on health care system” and “The participation of different sectors and people to the Networks establishment”. The articles discuss about the potential that an operationalized system in Networks dynamics can bring to health care as well as reveal the importance of the education sector involvement concerning the construction and consolidation of the same, due to their remarkable importance when it comes to the formation process of future health professionals. The publication also demonstrates several difficulties achieving this care model, which arise from the lack of awareness and accession to the model by the subjects that act directly or indirectly on the Health System, including professional, students, professors and managers. A limited number of scientific articles were found which shows the need to expand the researches in this area.*

**Keywords:** Health Care Networks. Health Delivery. Health Education.

---

### 1 Introdução

Os obstáculos para consolidar os princípios e diretrizes, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, se configuram como desafios para a real efetivação do modelo brasileiro de assistência, pautado na garantia da atenção à saúde igualitária, de qualidade e com acessibilidade para toda a população.

Conforme a Lei nº 8080/1990 - Lei Orgânica da Saúde estão entre os 13 princípios e diretrizes do SUS: a integralidade, a igualdade, a universalidade, a descentralização, a participação social e a regionalização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990), conjunto que dá conta, em grande medida, de promover a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

Mais de 25 anos se passaram desde a sua criação, e o SUS vem cumprindo, parcialmente, a tarefa de atender a população brasileira de acordo com o seu projeto teórico-filosófico, seguindo com problemas em diversos aspectos. As

ações, concentradas nas manifestações agudas das patologias, deixam a desejar quanto à promoção da qualidade de vida dos usuários, como no caso de portadores de condições crônicas (MENDES, 2011), por não priorizar o ser social, portador da patologia, mas sim a patologia presente no ser, ignorando fatores físicos, sociais e emocionais que interferem, sobremaneira, no processo saúde-doença.

Com o propósito de mudar essa realidade, o Ministério da Saúde, juntamente a outros órgãos nacionais responsáveis pelas políticas que conduzem a saúde pública no Brasil, vêm desenvolvendo modelos de atenção, que buscam oferecer atendimento equânime, com foco às ações que visam à integralidade na assistência. Nesse sentido, direciona-se a implantação das Redes de Atenção em Saúde - RAS, reconhecidamente importantes para a construção da integralidade e da intersetorialidade na saúde.

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de densidades tecnológicas diferenciadas e que visam a garantia da integralidade do cuidado por meio de apoio técnico, logístico e de gestão. Tem como propósito a promoção da integração sistêmica, ações e serviços de atenção continuada, integral, de qualidade, de maneira responsável e humanizada (LAVRAS, 2011).

Embora já recomendadas, em 1990, com uma configuração um pouco diferenciada, as RAS começaram a ser efetivadas somente ao final do ano de 2010, com a aprovação da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro, e início de 2011, a partir do Decreto nº 7.508 de 28 de julho (BRASIL, 2010, 2011). O propósito principal das Redes é o de ofertar uma atenção contínua, integrada e humanizada em saúde, além de aperfeiçoar o desempenho do Sistema como um todo (BRASIL, 2011).

A incorporação das RAS ao SUS é um divisor de águas na tentativa de desconstrução e ressignificação do modelo organizacional de gestão e do cuidado em saúde. Todavia, para que as Redes operem, de forma eficiente, faz-se necessário que os profissionais, que atuam e que atuarão no serviço em saúde estejam cientes da importância deste modelo e estejam preparados para a lógica de operacionalização das RAS.

Nesse sentido, emerge a necessidade de desvelar e discutir, com fundamentação nas produções científicas sobre a temática, de que forma vem ocorrendo o processo de construção e desenvolvimento das RAS ao longo dos últimos anos, sobretudo, em relação à participação e contribuições do setor ensino.

## 2 Desenvolvimento

### 2.1 Metodologia

Revisão integrativa da literatura, com delineamento qualitativo, desenvolvida a partir de protocolo validado por pesquisadores com experiência na temática e conduzida por seis principais etapas: escolha da pergunta de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra; busca pelas informações desejadas nos estudos; inclusão dos trabalhos selecionados; discussão e análise dos resultados (GANONG, 1987).

A pesquisa parte do seguinte questionamento: “Quais são as características e principais aspectos discutidos na produção científica brasileira dos últimos dez anos sobre RAS?”. Para a busca de estudos sobre a temática, utilizaram-se como critérios de inclusão: trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas, ensaios teóricos, reflexões e relatos de experiência); estudos, cujo resumo abordasse o tema no período de 2005 a 2015; e trabalhos disponíveis *on-line* na forma completa em inglês, português ou espanhol. Para a exclusão dos estudos foram utilizados os seguintes critérios: artigos que não estivessem publicados em periódicos científicos indexados nas bases de dados pesquisadas; manuscritos duplicados; artigos oriundos de revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas ou editoriais; publicações do tipo: livros; capítulos de livros; publicações governamentais; boletins informativos; teses; dissertações; monografias e trabalhos de conclusão de curso; estudos e materiais de qualquer natureza, que não estivessem disponíveis *on-line* integralmente.

A busca pelos estudos ocorreu no mês de dezembro de 2015. A seleção da amostra foi desenvolvida a partir da busca livre por artigos com os termos: Redes de Atenção à Saúde e Assistência à Saúde, sem aspas, separados pelo operador booleano *and*. Os termos foram utilizados a fim de obter o maior número de trabalhos, que abordassem o tema das Redes e maior rigor científico sobre o material selecionado. A base de dados escolhida para a busca foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME). O conteúdo foi filtrado pelos seguintes tópicos, presentes na coluna à esquerda do *site*: texto completo disponível; idiomas: inglês, português e espanhol; ano de publicação entre 2005 e 2015; tipo de documento: artigo.

Os 16 estudos selecionados foram analisados, na íntegra e de forma detalhada, dispondo-os em tabela construída no *Microsoft Excel*, compreendendo: tipo de estudo, periódico em que foi publicado, país de origem da pesquisa, ano de publicação, autores, título do trabalho, resumo, ideias principais relacionadas às RAS e conclusões da pesquisa. O Quadro 1 apresenta os estudos segundo título, periódico e ano de publicação.

**Quadro 1:** Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título da obra, periódico em que foi publicado e ano de publicação

Continua...

Título	Periódico	Ano
E1. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS)	Interface Comum. Saúde Educ.	2014
E2. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar	Rev. Gaúcha Enferm.	2013
E3. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade	Esc. Anna Nery	2015
E4. Redes de Atenção à Saúde no SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre Organização Necessária e a Organização Atual	Saúde debate	2014
E5. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local	Mundo Saúde (Online)	2012
E6. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari - São Paulo	Saúde Soc.	2014

Título	Periódico	Ano
E7. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde	Mundo Saúde (Online)	2012
E8. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial	Interface Comum. Saúde Educ.	2015
E9. As redes de atenção à saúde	Rev Med Minas Gerais	2008
E10. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil	Ciênc. Saúde coletiva	2012
E11. Sistemas y modelos de salud, suincidencia en las redes integradas de servicios de salud	Rev. Gerenc. Polit. Salud	2013
E12. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde	Interface Comum. Saúde Educ.	2009
E13. Atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa	Ciênc. Saúde Coletiva	2014
E14. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado.	Cad. Saúde Pública	2014
E15. Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço	Interface Comum. Saúde Educ.	2014
E16. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	Ciênc. Saúde Coletiva	2011

Fonte: Dados da pesquisa.

## 2.2 Discussão

A análise dos estudos demonstrou a ausência de publicações sobre o tema das RAS até o ano de 2007, bem como a ausência de artigos publicados no ano de 2010. Isso demonstra que, embora recomendadas desde os primeiros anos de vigência do SUS, as Redes só começaram a ser, de fato, consideradas como modelo para reorganizar o Sistema, anos mais tarde. Pode-se inferir, ainda, a falta de sensibilização à discussão da atenção a saúde, a partir das RAS. As produções compreenderam os anos de 2008 (um), 2009 (um), 2011 (um), 2012 (três), 2013 (dois), 2014 (seis) e 2015 (dois). Observa-se, ainda, o aumento do número de publicações a partir de 2012, o que pode estar relacionado à aprovação da Portaria nº 4.279 e do Decreto nº 7.508, que sustentam e regulam a operacionalização das RAS.

Outro resultado relevante foi a maior tendência para a elaboração de reflexões teóricas (seis) seguidas, em ordem decrescente, pelos relatos de experiência (cinco), revisões de literatura (três) e pesquisas originais com delineamento qualitativo (duas). Isso reforça que a temática ainda está em fase de discussões mais teóricas e que não existem muitas práticas a serem analisadas, em termos avaliativos, contudo, emergem algumas experiências pontuais que estão relatadas nos estudos.

A partir da leitura integral dos estudos e da disposição dos dados emergiram duas dimensões temáticas para discussão, nessa pesquisa: “As Redes e sua implicação no modelo de atenção à saúde” e “A participação dos diferentes setores e sujeitos para a efetivação das Redes”.

### 2.2.1 As Redes e sua implicação no modelo de atenção à Saúde

Apesar de alguns avanços pontuais em termos de cobertura e acesso aos serviços de saúde, estudos (E7; E16) demonstram que o modelo de atenção adotado e desenvolvido pelo SUS é caracterizado pela hegemonia médica e pela oferta

de ações e serviços direcionados para a solução dos agravos e condições agudas (MENDES, 2008). A maneira com que se oferta o atendimento, independentemente do nível de atenção e densidade tecnológica utilizada, está (des)organizada de forma biologicista e fragmentada. De acordo com Mitre, Andrade e Cotta (2012) (E8), os profissionais cada vez mais restritos ao enfoque clínico da patologia, os usuários engajados na busca incansável pelo controle do processo de doença por meio da medicamentação e a gestão ineficaz dos recursos financeiros sustentam um molde arcaico de “produzir” saúde, incapaz de comportar, em sua prática, a elaboração de ações de educação, prevenção e promoção à saúde.

Esse modelo está fundamentado em um paradigma, que se sustenta há anos na saúde pública brasileira: a avaliação do(s) processo(s) de saúde-doença dos sujeitos pela presença ou ausência de sinais e sintomas de doenças. As fragilidades ocasionadas no Sistema devido à persistência nesse modelo de atenção são diversas, principalmente, no que diz respeito à gestão de recursos financeiros e à gestão integral do cuidado.

Em reflexão teórica, Silva (2011) (E16) considera que, em grande parte, o motivo pelo qual o modelo de atenção não sofreu modificações estruturais está relacionado ao baixo financiamento público, principalmente, aquele disponibilizado pela União. Segundo esse autor, a maioria dos gastos em saúde é custeada pelos municípios, que contribuem com uma quantia em torno de 20% sobre os custos de saúde, ainda que a Constituição Federal preconize o mínimo de 15%.

Além das questões financeiras, autores incitam a falta de integralidade do cuidado, ainda que seja teoricamente garantida pela Lei Orgânica da Saúde e transversal nas ações e serviços do Sistema, como sendo um obstáculo a ser vencido pelo modelo de atenção. Conforme alguns trabalhos (E3; E8; E11), a carência de integralidade na atenção, somada ao contexto da falta de humanização no atendimento, se revela como uma das maiores vulnerabilidades do SUS (ARRUDA *et al.*, 2015; KEMPER *et al.*, 2015; OCAMPO-RODRIGUEZ

*et al.*, 2013).

Associado a esse cenário de fragilidades, Mendes (2011) faz refletir sobre o motivo de o modelo ter sido efetivo outrora e, atualmente, causar instabilidade na eficácia da prestação de serviços de saúde. O autor atribui as falhas existentes no setor saúde à transição epidemiológica pela qual o Brasil está passando, caracterizada pelo desenvolvimento de uma tripla carga de doenças: patologias infecciosas, doenças causadas por fatores externos e com predominância epidemiológica de doenças de natureza crônica. Desse modo, como o modelo é/ está ancorado, sobretudo, às práticas curativas e não às ações preventivas e de promoção da saúde, encontra dificuldades para o manejo dessas situações.

A percepção de que a configuração existente no SUS não suporta a carga de doenças predominantes no século XXI é evidenciada, também, por Andrade e seus colaboradores (E2), que reconhecem a importância do suporte aos episódios agudos, porém afirmam ser necessário ampliar o enfoque da atenção para além desses episódios, trabalhando de modo a promover o efetivo manejo das condições crônicas e buscar o seu controle, antes que os indivíduos necessitem de atendimento emergencial. Do contrário, o elevado fluxo de pessoas necessitando de internações hospitalares (que poderiam ser evitadas) resulta em superlotação desses estabelecimentos, culminando em falha de qualidade no atendimento (ANDRADE; BRITO; SILVA, 2013)

Em contrapartida ao modelo de atenção biologicista e reducionista vigente, emerge o modelo organizacional de gestão e de atenção, por meio das RAS. Estas são definidas como um conjunto poliárquico, que busca desconstruir o estigma da superioridade e hierarquização nos níveis de atenção. Para tanto, opera de forma horizontal, de tal modo que a Atenção Primária em Saúde - APS se torna centro regulador das ações/serviços destinados aos sujeitos e ordenadora do trajeto que os indivíduos devem percorrer dentro do Sistema (MENDES, 2011). Dessa maneira, com os estabelecimentos de saúde integrados e desenvolvendo ações cooperativas, as demandas de saúde são ofertadas, de forma responsável, com consciência de utilização de recursos e comprometimento ético-político-social, transformando a integralidade e a humanização, em um exercício intrínseco, capaz de perpassar todos os níveis de atenção e suas respectivas densidades tecnológicas.

Para Mendes (2008) (E7), pode-se compreender a estruturação teórica das RAS como a junção de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. Essas três variáveis implicam em uma drástica mudança na maneira de perceber o processo de saúde-doença e de proporcionar qualidade de vida à população.

A complexidade de desconstruir o padrão biomédico e ressignificar as questões de saúde, tanto no que diz respeito aos usuários como aos profissionais e gestores do SUS, exige a tomada de medidas firmes de conscientização universal, capazes de fazer com que os indivíduos se percebam como

parte de todo o processo e, portanto, consigam operar conforme preconiza o modelo das RAS. Gomes (2014) (E4), ao abordar as contradições fundamentais entre a organização necessária e a organização atual do modelo, fomenta a necessidade de mudança das concepções dos sujeitos (principalmente, no que confere as pessoas, que realizam a gestão de recursos e gestão do cuidado) para a efetividade e o sucesso da implantação da nova configuração organizacional, ainda que isso custe o enfrentamento de uma nova Reforma Sanitária.

Por meio da ressignificação das concepções da população, da aplicação prática do arcabouço teórico-filosófico, que sustenta as RAS e pela inserção de um novo modelo de atenção, voltado às doenças epidemiologicamente predominantes, há a formação de uma nova clínica. Essa nova clínica, mencionada por Jungues e Barbiani (2012) (E7), é o produto de um sistema integrado, que não realiza ações isoladas nem procedimentos fragmentados, atuante de forma a prezar pela integralidade e pela humanização no atendimento. Essa nova característica assistencial ocorre devido ao modelo não perceber a doença no sujeito, mas o sujeito que é portador da doença, oferecendo os diversos serviços dos diversos pontos da Rede para promover a recuperação/reabilitação biopsicossocial, cumprindo o papel de atender as necessidades da população de forma efetiva, integral e humanizada.

Levando em consideração os elementos que constituem as RAS, Jungues e Barbiani (2012) (E7) fazem refletir, no sentido de aproximar as características das Redes aos fundamentos da Política Nacional de Humanização - PNH, lançada em 2003, com o intuito de impulsionar mudanças importantes nos modos de gerir e cuidar. Ao propor uma relação de semelhança entre elas, o autor prevê que as RAS e a PNH são/estão dependentes entre si, isso porque a humanização em saúde só será uma realidade no momento em que o modelo de saúde permitir que esta seja praticada. De maneira convergente, um modelo de atenção com a concepção das RAS só poderá ser implantado, quando houver sensibilização e apropriação de gestores e profissionais sobre a importância da humanização em saúde, a qual implica na integralidade desejada desde a criação do SUS (JUNGUES; BARBIANI; 2012).

Para a consolidação efetiva da PNH no SUS, a gestão em Redes é essencial. Consonante ao exposto por Granja e Zoboli (2012) (E5), o trabalho cooperativo entre as equipes de saúde, de modo participativo, solidário e interativo proporciona elementos primordiais para a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade em saúde, ofertando atenção contínua e promovendo saúde de forma inovadora, incapaz de ser realizada pelo modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Em relação à aplicação prática das RAS, Gryscek *et al.* (2014) e seus parceiros (E6) relatam a experiência na construção de uma rede de atenção voltada à saúde da mulher, com direcionamento à construção do cuidado às gestantes e puérperas. No estudo, percebem-se claramente as dificuldades em implantar um sistema tão complexo, que abrange não somente as redes de saúde, mas redes sociais, de educação,

de redes culturais e diversas outras, que compõem a essência dos sujeitos e conversam entre si na construção dos mesmos. No entanto, o estudo também conforta os que desejam se aventurar, expondo que o esforço é recompensado pela efetividade da atenção pela RAS, que cumpre seu papel de “navegar” por seus diversos pontos em busca da oferta dos serviços e ações necessárias.

O trabalho conjunto, a cooperação dos pontos das RAS, que devem atender integralmente, determinada população adstrita e a concepção ampliada da saúde por parte dos sujeitos, se caracterizam, segundo os estudos, como as principais medidas propulsoras à implementação das RAS. Os estudos, mesmo que nas entrelinhas, demonstram que, apesar de desafiador, o modelo ancorado nas Redes pode promover a integralidade e a humanização na atenção em saúde, desde que seja organizado, de forma consciente e condizente com a realidade de saúde, que reflete a sociedade atual.

### 2.2.2 A participação dos diferentes setores e sujeitos para a efetivação das RAS

A avaliação minuciosa dos estudos selecionados demonstrou uma grande quantidade de trabalhos (E1; E2; E3; E5; E8; E12; E13; E14; E15; E16), que buscam refletir e realizar apontamentos sobre o envolvimento de diferentes setores e sujeitos na construção de um modelo em Redes. A representação de diversos segmentos e indivíduos neste processo é discutida de modo amplo, a fim de compreender os protagonistas do movimento de incorporação das RAS ao Sistema.

Uma das prioridades para qualificação da atenção desenvolvida pelo SUS é a implementação de um novo modelo (em redes), que seja capaz de efetivar a integralidade e a humanização no atendimento. Segundo Almeida e Aciole (2014) (E1), as iniciativas para que este processo ocorra são tomadas por diversas faces da saúde pública do Brasil e dependem de diversas pessoas, envolvendo usuários e suas famílias, associações, movimentos sociais, trabalhadores/profissionais da saúde, intelectuais, gestores, dentre outros. Esse conjunto de indivíduos, evidenciado também em relato de experiência sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (E8), é muito significativo para que as RAS se organizem de um modo efetivo, haja vista que precisam se adequar as demandas populacionais e aos conhecimentos e experiências dos atuais e futuros profissionais (KEMPER *et al.*, 2015).

Andrade *et al.* (2013) (E2), em estudo sobre a organização das RAS na perspectiva dos profissionais da atenção domiciliar, sustentam a concepção de que o atendimento integral só é concretizado por meio do reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, em virtude de nenhum dos dois ser “tão vazio”, a ponto de não poder contribuir com nada e nem “tão cheio” de tal modo, que não necessite de nada.

Nesse sentido, é imprescindível compreender a multidimensionalidade do contexto das Redes e as multi relações e conexões existentes entre elas. Segundo ensaio teórico produzido em 2015 (E3), cada ponto desta “trama” corresponde a um serviço de saúde composto por usuários e profissionais, com características singulares, que respondem de forma diferente aos mais variados cenários e situações a que são expostos, portanto, faz-se necessário um olhar ampliado que suporte a complexidade das dificuldades, possibilidades e transformações diárias das instituições (ARRUDA *et al.*, 2015).

Essa complexidade não deriva somente das questões de gestão estrutural dos estabelecimentos de saúde, mas também das relações interpessoais, uma vez que as tomadas de decisões preconizadas pelas Redes devem ocorrer da maneira mais democrática possível, tendo como instrumentos principais a cooperação e um amplo processo dialógico. Esses dois elementos embaixadores de diálogo possuem a finalidade de tecer, conforme Granja e Zoboli (2012) (E5), os fios e os nós das RAS, que exprimem, respectivamente, as expectativas, intenções e demandas dos atores e os próprios autores e suas atuações.

Ao colocar em discussão as questões das singularidades dos atores e, em especial, dos profissionais de saúde (pois estão presentes no dia a dia dos serviços e operam as ações das instituições) é preciso atentar para os inúmeros fatores, que influenciam a prática na atenção à saúde ofertada por esses sujeitos. Dentre essas variáveis, Saldanha *et al.* (2014) (E15) destacam a formação dos profissionais, tendo em vista que as diretrizes constitucionais do SUS dificilmente serão efetivadas sem um ensino em saúde correspondente ao perfil profissional, que siga nessa mesma perspectiva.

Paulon e Carneiro (2009) (E12) declaram que a formação tradicional na área da saúde precisa se desconstruir; as práticas educativas necessitam deixar para trás sua essência clássica, centrada apenas na transmissão de conhecimentos técnicos, e encarar uma nova forma de aprendizagem, em que a corresponsabilização pela realidade dos contextos seja a base para a resolução das fragilidades/problemas. Como propunha Freire (2011), é necessário que a educação deixe de ser “bancária”, modo pelo qual o professor “deposita” conhecimento no estudante, que é desprovido de saber; e torne-se uma educação libertadora, capaz de instigar reflexões e auto-identificação do estudante como um sujeito autônomo e transformador do mundo e do espaço em que se encontra.

Deste modo, também se faz necessária a reflexão acerca da metodologia de construção do conhecimento da academia, principalmente, consoante a Kemper *et al.* (2015) (E8), em relação à integração entre o ensino e o serviço, potencial estratégia no processo formativo ao possibilitar a inserção do estudante na comunidade, como agente de reflexão e mudança e ao provocar uma ampliação de olhares sobre a importância de parcerias entre universidade, instituições de saúde e a

própria comunidade (VENDRUSCOLO, 2014). Além disso, segundo revisão integrativa de 2014 (E13), é preciso que o estudante (re)conheça a integração entre os diferentes setores (intersectorialidade), nos pontos da RAS, com vistas a fortalecer a concepção da APS como ordenadora do caminho, que o usuário percorre dentro do Sistema (RODRIGUES; LEITE; DEON, 2014).

Para Kemper *et al.* (2015) (E8), a visualização da integração entre academia (docentes, discentes e gestores) e serviços de saúde (profissionais, gestores e usuários) permite que a concepção de saúde não esteja limitada no pensar e no fazer, desarticuladamente, mas que contemple todos os componentes do processo de saúde e adoecimento. Essa percepção desafia o estudante a aliar a teoria à prática, de forma conectada e interdependente, provocando o seu protagonismo na construção de uma atenção direcionada às reais necessidades da população. Além disso, possibilita a visualização do seu papel, enquanto estudante ou docente, no âmbito da Rede, como agente de fomento da educação permanente dos profissionais da saúde, para além de um mero aprendiz.

### 3 Conclusão

Os dezesseis artigos analisados discutem sobre as potencialidades que um sistema de atenção em saúde, como é preconizado pelas RAS, pode trazer para a comunidade. Por outro lado, também revelaram enormes dificuldades na concretização desse modelo de atenção, o que ocorre devido ao desconhecimento e falta de adesão a esse modelo de atendimento, por parte dos sujeitos (profissionais, estudantes, professores, usuários e gestores) que atuam, direta ou indiretamente, no Sistema.

Esta revisão sistemática de literatura contribui com a produção do conhecimento no que se refere à discussão das RAS, enfatizando essa estratégia como potencial dispositivo de mudança e qualificação do modelo de atenção à saúde e sua relação e conexão com o setor ensino. Por meio do levantamento bibliográfico, foi possível observar aspectos capazes de instigar a reflexão acerca das influências que o setor ensino, representado de forma muito marcante pela formação/graduação em saúde, possui sobre a qualidade na oferta do atendimento e nos movimentos para implantar e efetivar o modelo de atenção em Redes no SUS, sobretudo por meio da educação permanente dos profissionais.

Discutir as prerrogativas que envolvem a formação e o contexto teórico-filosófico do SUS, sobretudo no que diz respeito aos modelos de gestão, a exemplo das RAS, é importante para a garantia da qualidade e integralidade nas ações e serviços de saúde.

Em detrimento da ausência de trabalhos sobre as Redes, sobretudo quanto à avaliação de experiências de implantação do modelo, sugere-se a realização de outras pesquisas, que venham a colaborar com melhoria da atenção em saúde, como também para a formação e as práticas educativas em saúde.

### Referências

- ALMEIDA, A.B.; ACIOLE, G.G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface Comum Saúde Educ.*, v.18, n.1, p.971-981, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0371>
- ANDRADE, A.M. et al. Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v.34, n.2, p.111-117, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>
- ARRUDA, C. et al. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v.19, n.1, p.169-73, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>
- 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; 1990.
- 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). Brasília: MS; 2010.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília; 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- GANONG LH. Integrative reviews of nursing. *Res. Nurs. Health*, v.10, n.1, p.1-11, 1987.
- GOMES, R.M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Saúde Debate*, v.38, n.103, p.938-952, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140081>.
- GRANJA, G.F.; ZOBOLI, E.L.C.P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. *Mundo Saúde*, v.36, n.3, p.494-501, 2012.
- GRYSCHER, A.L.F.P.L. et al. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari - São Paulo. *Saúde Soc.*, v.23, n.2, p.689-700, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200027>.
- JUNGES, J.R.; BARBIANI, R. Repensando a humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. *Mundo Saúde*, v.36, n.3, p.397-406, 2012
- KEMPER, M.L.C. et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. *Interface Comum Saúde Educ.*, v.19, p.995-1003, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1061>.
- LAVRAS C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.*, v.24, n.4, p.867-874, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- MENDES EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS, 2011.
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. *Rev. Méd. Minas Gerais*, v.18, n.4, p.3-11, 2008.
- MITRE, S.M.; ANDRADE, E.L.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da

produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M.V. *et al.* Sistemas y modelos de salud, suincidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev. Gerenc. Políticas Salud*, v.12, n.24, p.114-129, 2013.

PAULON, S.M.; CARNEIRO, M.L.F. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. *Interface Comum Saúde Educ.*, v.13, n.1, p.747-757, 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500026>.

RODRIGUES, L.B.B.; LEITE, A.C.; DEON, K.C. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. *Cad. Saúde Pública*, v.30, n.7, p.1385-1390, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00137613>

311X00137613

SALDANHA, O.M.F.L. *et al.* Clínica-escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. *Interface Comum Saúde Educ.*, v.18, n.1, p.1053-1062, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0446>.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

VENDRUSCOLO, C. *Integração ensino-serviço: movimentos das instâncias de gestão nos processos de reorientação da formação profissional na saúde*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.