



1

---

---

---

---

---

---

---

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS**

Profa. Dra. Adriana Rodrigues de Freitas Aznar

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Odontologia  
de Bauru



Departamento de  
Odontopediatria,  
Ortodontia e Saúde  
Coletiva

2

---

---

---

---

---

---

---

**Objetivos**



- Modelos de atenção à saúde
- Redes de Atenção à Saúde (RAS) - histórico
- RAS - organização, elementos constitutivos e gestão
- Modelos de atenção a eventos agudos e crônicos
- Relação com a política de saúde bucal

3

---

---

---

---

---

---

---



4

---

---

---

---

---

---

---

---



5

---

---

---

---

---

---

---

---



6

---

---

---

---

---

---

---

---

## Modelos de atenção à saúde no Brasil



Modelo Sanitarista / Campanhista



Modelo Assistencial Previdenciário



Modelo Médico Assistencial Privatista



Modelos Assistenciais Alternativos

7

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



No final dos anos 1970, vários municípios brasileiros implantam **serviços de saúde organizados na perspectiva da descentralização do sistema** (Campinas, Londrina, Niterói e Montes Claros).

**1978 – Declaração de Alma-Ata - URSS**  
 Conferência sobre Atenção Primária à saúde (OMS/UNICEF) – Necessidade de ação urgente por parte de todos os governos e de todos que trabalham no campo da saúde:  
**SAÚDE É UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL**



8

---

---

---

---

---

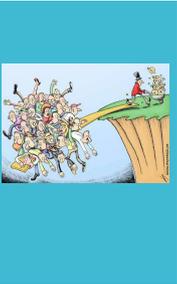
---

---

---

---

---



- Década de 1980: vários acontecimentos contribuíram favoravelmente para o **crescimento de experiências estaduais e municipais de saúde**.
- Severa crise econômica da Previdência Social: o modelo assistencial predominante revelava sua **ineficiência e ineficácia por meio dos altos gastos com a prestação de serviços e da baixa qualidade dos mesmos**.
- Oportunidades de reorganização do sistema por meio:
  - Ações Integradas de Saúde (AIS)
  - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)
  - Ambas as propostas voltadas à descentralização **fortalecendo a perspectiva de municipalização dos serviços e de mudança do modelo assistencial**

9

---

---

---

---

---

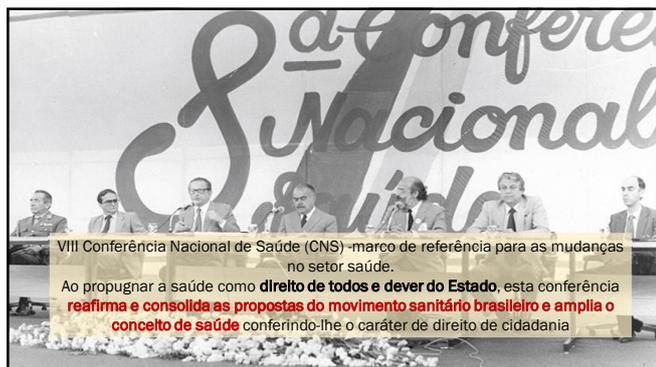
---

---

---

---

---



10

---

---

---

---

---

---

---

---



11

---

---

---

---

---

---

---

---



12

---

---

---

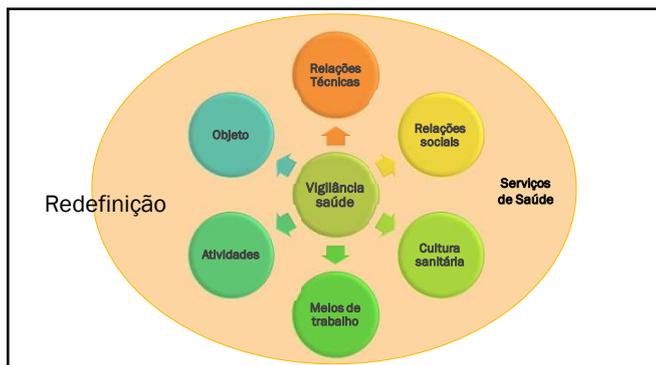
---

---

---

---

---



13

---

---

---

---

---

---

---

---



14

---

---

---

---

---

---

---

---

**CRISE DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS**

- Voltado para o atendimento às **condições agudas**, não se prestando para responder com eficiência e efetividade, uma situação epidemiológica marcada pelo **predomínio** relativo das condições crônicas.
- “Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas **não funciona**. Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas” (OMS, 2003).

15

---

---

---

---

---

---

---

---

Propostas da organização de Redes de Atenção como superação da crise do Modelo de Atenção

- As redes deverão conformar-se de modo que:
  - Cada município seja auto suficiente na atenção primária à saúde
  - Cada microrregião seja auto suficiente na atenção secundária à saúde
  - Cada macrorregião seja auto suficiente na atenção terciária à saúde



16

---

---

---

---

---

---

---

---

Fundamentos na construção

das Redes de Atenção à Saúde

Andrade, Santos, Ribeiro, 2013  
Andrade et al. 2012

- Apesar dos avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, é evidente a **dificuldade** em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual
- Modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas **ações curativas**, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da **oferta**



17

---

---

---

---

---

---

---

---

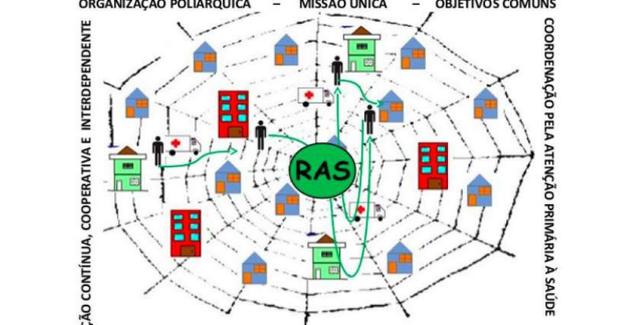
ORGANIZAÇÃO POLIÁRQUICA - MISSÃO ÚNICA - OBJETIVOS COMUNS

COOPERAÇÃO PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ACÇÃO CONTÍNUA, COOPERATIVA E INTERDEPENDENTE

ATENÇÃO NO TEMPO CERTO, LUGAR CERTO, CUSTO CERTO E QUALIDADE CERTA

RAS



18

---

---

---

---

---

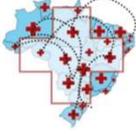
---

---

---

Conceito

- As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são 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

19

---

---

---

---

---

---

---

---

Marco histórico das RAS

Relatório Dawson - 1920

- Bertrand Dawson**, médico, trabalhou na organização de serviços de emergência na I guerra.
- Coordenador de uma comissão que precisava definir "esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área específica"
- Estabeleceu a necessidade de RAS:
- "A Saúde só pode ser assegurada mediante uma combinação de esforços..."



OPAS, 1964

20

---

---

---

---

---

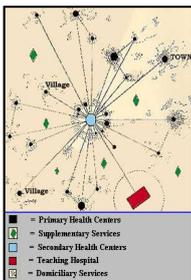
---

---

---

Marco histórico das RAS

Relatório Dawson - 1920



Apresentou conceitos de:

- Território
- Populações adscritas
- Porta de entrada
- Vínculo/ acolhimento
- Referência
- Atenção primária como coordenadora do cuidado

OPAS, 1964

21

---

---

---

---

---

---

---

---



22

---

---

---

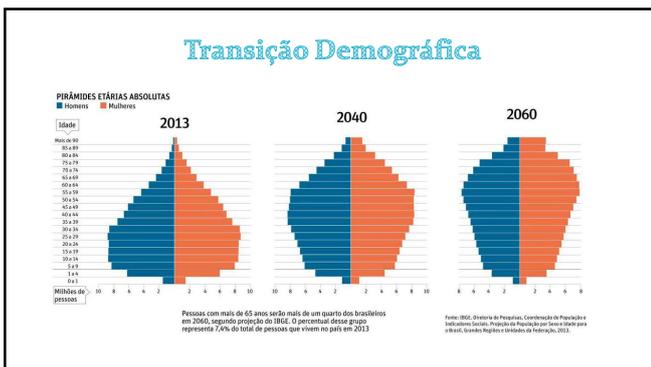
---

---

---

---

---



23

---

---

---

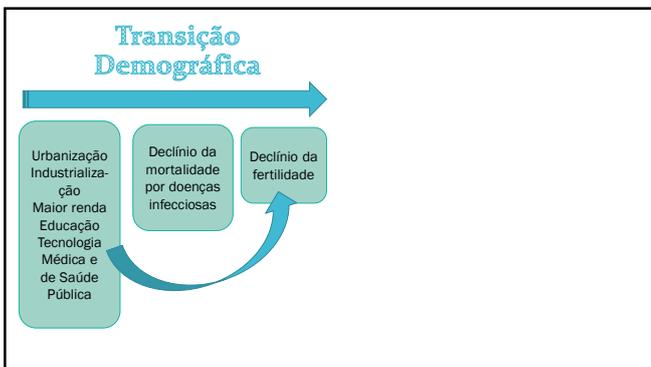
---

---

---

---

---



24

---

---

---

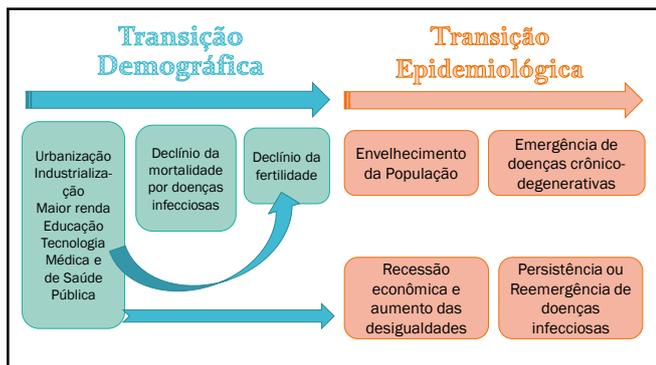
---

---

---

---

---



25

---

---

---

---

---

---

---

---



26

---

---

---

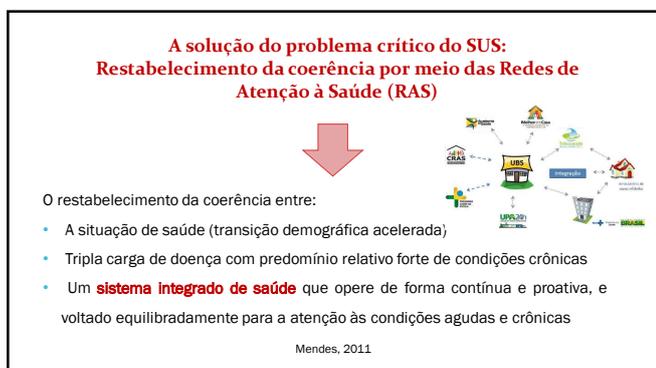
---

---

---

---

---



27

---

---

---

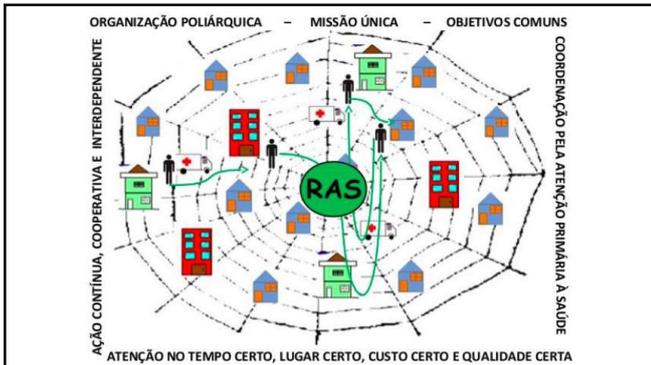
---

---

---

---

---



28

---

---

---

---

---

---

---

---



29

---

---

---

---

---

---

---

---



30

---

---

---

---

---

---

---

---

### RAS - Organização

Fundamenta-se na compreensão da **ATENÇÃO PRIMÁRIA** como primeiro nível de atenção, enfatizando a **função resolutiva** dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a **partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.**



Mendes, 2011

31

---

---

---

---

---

---

---

---

### RAS - Organização - Elementos Constitutivos



Mendes, 2011

32

---

---

---

---

---

---

---

---

### POPULAÇÃO E AS REGIÕES DE SAÚDE



- ✓ Assimetrias municipais e estaduais
- ✓ Municípios - Grande/médio/pequeno porte

**Região de Saúde** - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes (Decreto 7508/2011).

Brasil, 2011

33

---

---

---

---

---

---

---

---



34

---

---

---

---

---

---

---

---



35

---

---

---

---

---

---

---

---



36

---

---

---

---

---

---

---

---



## ATENÇÃO TERCIÁRIA / ALTA COMPLEXIDADE



- ✓ Devem ser **alocados de acordo com a necessidade de micro e macrorregiões.**
- ✓ Devem cumprir a **função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas.** conforme o estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências.

STARFIELD, 2002; MENDES, 2011

37

---

---

---

---

---

---

---

---



## SISTEMAS LOGÍSTICOS E DE APOIO

### SISTEMAS DE APOIO

São os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do **apoio diagnóstico e terapêutico e da assistência farmacêutica.** (Brasil, 1998).



38

---

---

---

---

---

---

---

---



## SISTEMAS LOGÍSTICOS E DE APOIO



Cartão de identificação dos usuários



Prontuário clínico (informático ou manuscrito)



Sistema de acesso regulado à atenção à saúde



Sistema de transporte (pacient, material biológico e resíduos sólidos)

### SISTEMAS LOGÍSTICOS

São **soluções tecnológicas**, ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma **organização racional dos fluxos e contra fluxos** de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Exemplos : (cartões de identificação dos usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários)

39

---

---

---

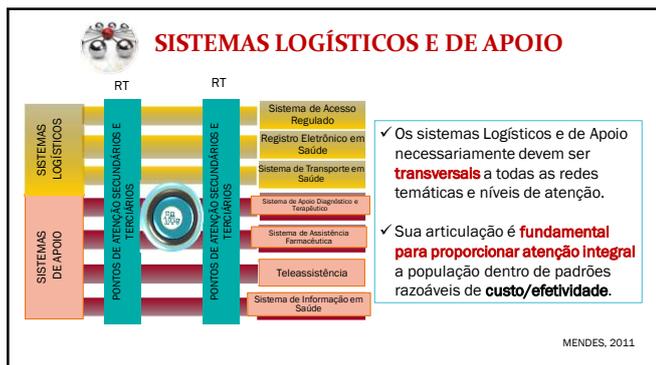
---

---

---

---

---



40

---

---

---

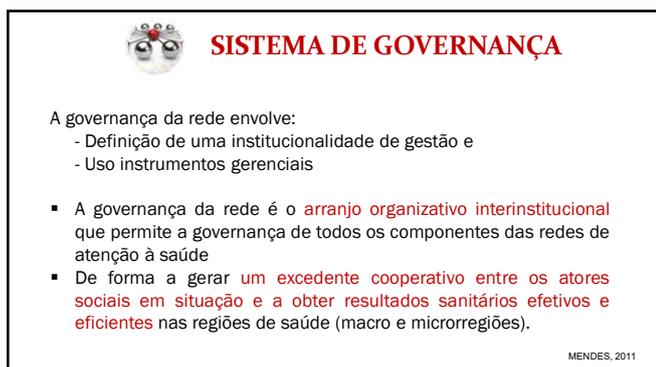
---

---

---

---

---



41

---

---

---

---

---

---

---

---



42

---

---

---

---

---

---

---

---

### MODELO LÓGICO DE ATENÇÃO

A implantação das RAS, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as **condições crônicas** e sobre as **condições agudas**.

**O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS**

**O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

MENDES, 2011

43

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### MLA - Condições Agudas

**O Sistema Manchester de Classificação de Risco**

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO (Min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

**ATENÇÃO NO LUGAR CERTO**

HOSPITAL POR TIPO UPA UAPS

**ATENÇÃO NO TEMPO CERTO**

TEMPO-RESPOSTA

MACKWAY-JONES et al., 2010; MENDES, 2011

44

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### MLA: MACC - Condições crônicas

MENDES, 2011

45

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Organização das RAS**

- **Constituição Federal 1988**, "Art. 198. (...) ações e serviços integram uma **rede regionalizada**", esta proposta surgiu efetivamente com a criação do SUS e está implícita nos princípios e diretrizes deste Sistema.
- **Lei 8.080/1990**, já preconizava a hierarquização e a regionalização da rede de serviços de saúde.
- **NOAS 01/2002**, Regionalização - Regiões de Saúde - Módulos de Assistência.
- **Pacto pela Saúde - 2006**, prioriza a regionalização e reafirma os instrumentos. Cria: Colegiado Gestor Regional e Termo de Compromisso de Gestão.
- **Portaria 4279/2011**, define que as regiões de saúde são responsáveis das RAS e estabelece os elementos.

46

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Organização das RAS**

- **Decreto 7508/2011**, Regulamenta a Lei 8080/1990
- Novo enfoque, as REDES institui:
- Mapas de Saúde;
- COAPS (Contratos Organizativo da Ação Pública da Saúde - definem regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões)
- Planos de Saúde; RENASES; RENAME;
- CGR (Comissões Intergestores Regionais)

47

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Organização das RAS - temáticas**

Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas:

The diagram illustrates the thematic areas of RAS (Qualificação/Educação, Informação, Regulação, and Promoção e Vigilância à Saúde) supported by five specific networks: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, and Rede de Cuidado à Pessoa e Deficiência. These networks are all part of the ATENÇÃO BÁSICA structure.

48

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Políticas de Saúde Bucal e RAS**  
Brasil Sorridente

BRASIL  
SORRIDENTE

BRASIL  
SORRIDENTE

49

---

---

---

---

---

---

---

---

**Política Nacional de Saúde Bucal**

Reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção

**Cuidado**  
Eixo de reorientação

Promoção da qualidade de vida      Intervenção nos fatores de risco

Ações intersetoriais

BRASIL  
SORRIDENTE

BRASIL  
SORRIDENTE

BRASIL  
SORRIDENTE

BRASIL, 2004

50

---

---

---

---

---

---

---

---

**Princípios norteadores PNSB**

Vínculo      Responsabilidade profissional      Ética

Gestão Participativa      Acesso      Acolhimento

BRASIL, 2004

51

---

---

---

---

---

---

---

---



52

---

---

---

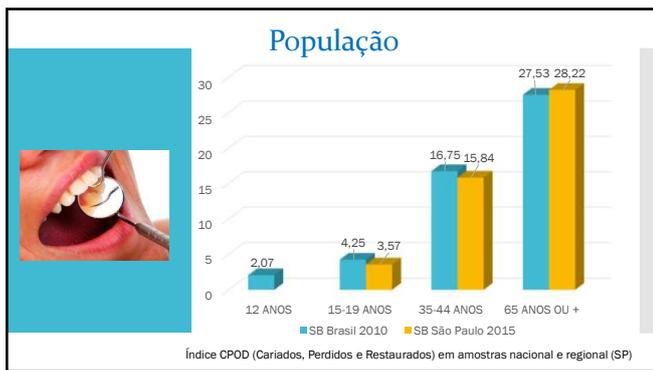
---

---

---

---

---



53

---

---

---

---

---

---

---

---

**População**

- Alta prevalência de indivíduos desdentados, parcial ou total
- Grande necessidade de uso de próteses dentárias
- Dificuldades para se alimentar
- Problemas periodontais aumentando entre jovens
- Presença de Má oclusão em níveis de prioridade de saúde pública
- Acesso a serviços de saúde bucal, porém com baixa resolutividade

Brasil, 2011; SES-SP, 2016

54

---

---

---

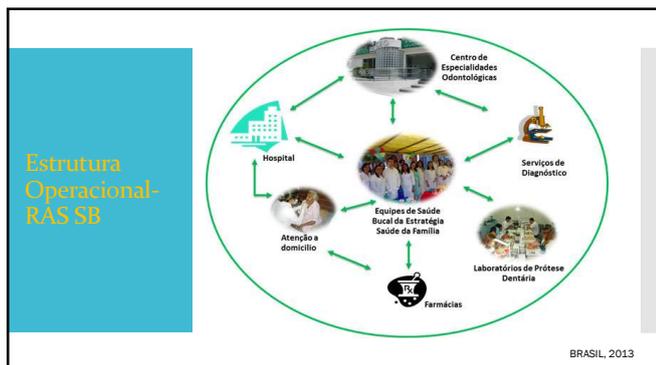
---

---

---

---

---



55

---

---

---

---

---

---

---

---

**Estrutura Operacional-RASB**

- Os pressupostos que regem a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, no Brasil, incluem **integralidade, resolutividade e qualificação da atenção primária**
- Indissociavelmente **articulada ao conjunto da rede de serviços**
- Numa perspectiva de assistência **individual**, os marcos legais indicam a constituição de uma **rede progressiva de cuidados à saúde bucal**, com o estabelecimento dos fluxos de **referência** → **contra referência** para as diversas especialidades

Mello et al., 2014

56

---

---

---

---

---

---

---

---

**Estrutura Operacional-RASB**

- De outra parte, numa **abordagem coletiva e de prevenção dos agravos** em saúde bucal, recomendam o investimento em **ações intersetoriais**, tal como acesso a água tratada e fluoretada, bem como o enfrentamento das iniquidades sanitárias decorrentes da determinação social do processo saúde-doença.

Mello et al., 2014

57

---

---

---

---

---

---

---

---

### Modelo Lógico de Atenção

**O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS**



**O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

- ✓ Agenda pautada nas necessidades da população
- ✓ Deve ser discutida com a comunidade.
- ✓ A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a **sua gravidade**.
- ✓ **O Acolhimento a todos**, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências.

Brasil, 2008

58

---

---

---

---

---

---

---

---

Ampliação do acesso à APS

ESB na ESF

Linhas de cuidado e incentivos \$\$\$



Mello et al., 2014

Fatores de estímulo para a concepção da rede de saúde com componentes bucais

59

---

---

---

---

---

---

---

---

### Centro de Especialidades Odontológicas

- ✓ Os CEO's são **unidades de referência** para as equipes de Saúde Bucal da atenção básica e, sempre **integrados** ao processo de planejamento loco-regional, ofertam, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica.
- ✓ Entre esses procedimentos: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontia, dentística de maior complexidade, e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.



60

---

---

---

---

---

---

---

---



### Centro de Especialidades Odontológicas

Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um **valor de incentivo** para **implantação e custeio**, repassado pelo Ministério da Saúde

- » **Incentivo de implantação** - para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos




61

---

---

---

---

---

---

---

---

### Política Nacional de Saúde Bucal Diretrizes do Componente Indígena

- Reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionada aos povos indígenas.
- Execução de ações de controle das doenças bucais, **incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e ações intersetoriais.**

Brasil, 2011



62

---

---

---

---

---

---

---

---

### Considerações Finais – Consolidação das RAS



- Melhoram os resultados sanitários nas condições crônicas
- Diminuem as referências a especialistas e a hospitais
- Aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde
- Produzem serviços mais custo/efetivos
- Aumentam a satisfação dos usuários

63

---

---

---

---

---

---

---

---

### Considerações Finais – Consolidação das RAS SB

Implantação da rede regionalizada de atenção à saúde como **condição para levar o cuidado à saúde bucal a um novo patamar de atenção e assistência.**

**Fortalecimento da atenção primária** → ampliação do acesso, reforça a transformação deste nível de atenção em uma estratégia de organização do sistema, reordenando os recursos disponíveis aos usuários.




---

---

---

---

---

---

---

---

64

### Considerações Finais – Consolidação das RAS SB



A partir da **(re)estruturação** do atendimento da atenção primária, progressivamente **vão se traçando os contornos** dos serviços da rede de atenção secundária e terciária.

A **formalização de fluxos** entre os pontos de atenção conduzirá a uma plena interação da saúde bucal na RAS.




---

---

---

---

---

---

---

---

65

### Referências Bibliográficas



Andrade LOM, Santos L, Ribeiro KG. Políticas de saúde no Brasil. In Rouquayrol, Maria Zélia; Gurjet, Marcelo. (Org.). Epidemiologia e Saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook. 2012. p.481-492.

Andrade LOMA, Barreto ICHC, Bezeira RC, Silva RM. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In Campos GWS. Tratado de saúde coletiva. 2.ed. São Paulo: Hucitec. 2012. p. 845-902

Brasil. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010; 31 dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenadoria Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010. Resultados Parciais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

**Ferreira JBB, Chaves LDP, Vicentini FB. Regionalização e redes de atenção à saúde. In: Rocha RSY. Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 61-74.**

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2013). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060.

**Mello ALSF et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. Ciência & Saúde Coletiva, 19(1):209-214, 2014**

Mendes, EV. As Redes de Atenção. Organização Panamericana de Saúde. 2011.

---

---

---

---

---

---

---

---

66



67

---

---

---

---

---

---

---