

FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE

Iashmin do Nascimento

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E SUA RELAÇÃO COM A REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Rio de Janeiro
2011

Iashmin do Nascimento

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E SUA RELAÇÃO COM A REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para aprovação no curso
técnico de nível médio em saúde com habilitação
em Gestão em Serviço de Saúde.

Orientadora: Tereza Cristina Ramos Paiva

Rio de Janeiro
2011

Iashmin do Nascimento

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E SUA RELAÇÃO COM A REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para aprovação no curso técnico de
nível médio em saúde com habilitação em Gerência
em Saúde.

Aprovado em __ / __ / ____

BANCA EXAMINADORA

(Tereza Cristina Ramos Paiva – EPSJV/FIOCRUZ)

(NOME DO MEMBRO DA BANCA – EPSJV/FIOCRUZ)

(NOME DO MEMBRO DA BANCA – EPSJV/FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho,
aos meus pais, Mário e Gisela;
aos meus irmãos, Luiz e Marcelo;
à minha avó Edméa.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Tereza Paiva, por toda a dedicação e paciência que teve comigo durante a elaboração deste projeto.

"A partir de um certo ponto, não há retorno. Este é o ponto que é preciso alcançar." (Franz Kafka)

RESUMO

A organização de redes locais regionais de atenção às urgências está preconizada na Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, instituída através da Portaria GM nº 1863, de 29 de setembro de 2003 . Este trabalho visa compreender os princípios que regem a assistência às urgências e emergências, bem como contribuir para a discussão dos elementos constitutivos da formação de redes de atenção à saúde. A compreensão da implantação das Unidades de Pronto Atendimento – UPAs -, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS-, e sua articulação com a rede de atenção à saúde, especialmente com as unidades básicas de saúde (UBS), é o principal objeto deste trabalho.

Palavras-Chave: Política de atenção integral às urgências, Unidades de Pronto atendimento, Atenção básica, Redes de Atenção à Saúde.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 . Classificação das UPAs segundo o porte	26
---	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões da Indústria
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões do Comércio
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MICT	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
RAS	Rede(s) de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SE	Sala de Estabilização
SESDEC/RJ	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SEMSDEC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	12
1.1.1 Objetivo geral	12
1.1.2 Objetivos específicos	12
1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	13
2. A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	15
3. NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE DE SAÚDE.....	20
4. AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO.....	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa contribuir para a discussão sobre a implantação das Unidades de Pronto-Atendimento – UPAs -, considerando a formação das redes de atenção à saúde no SUS, que preconiza a hierarquização e a integração do sistema de saúde.

Deste modo busquei compreender qual a articulação entre as UPAs e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), proposta na Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências para compreender o papel das Unidades de Pronto Atendimento no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS.

Esta articulação mencionada refere-se à utilização de mecanismos e instrumentos propostos tanto à prática clínica, como à integração organizacional entre as ações e serviços das Unidades de Pronto- Atendimento com as Unidade de Atenção Básica , e como eles estão dirigidos no sentido de contribuir para o processo de organização de redes de atenção integral à saúde no SUS entre esse níveis de atenção.

Segundo o Ministério da Saúde, a Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, o qual passa ser operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, as quais se tornam responsáveis por um número definido de famílias que se encontram em uma determinada área geográfica. Sendo entendida como uma estratégia de estruturação do sistema de saúde no sentido de reordenar o modelo de atenção no SUS, sua busca está numa maior racionalização da utilização dos demais níveis assistenciais sendo, portanto concebida como “modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.” (Brasil, 2006, p.3).

A reorientação do modelo assistencial proposto visa substituir as práticas de saúde, transformando o modelo tradicional, biomédico, curativo, individual e hospitalocêntrico, por um modelo coletivo, multiprofissional , centrado no cuidado integral. (Costa *et al.*, 2008, p.114).

Esta mudança porém ainda enfrenta desafios, visto que Práticas de saúde ainda influenciadas pelo tradicional paradigma flexneriano cujo conceito de saúde é tomado em sua negatividade, ao pensar a saúde enquanto a ausência de doença, dor e morte, tendo a organização dos serviços medicamente definida. (Costa *et.al*, 2008, p.114).

Ainda segundo Costa,

Neste sentido, o PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde - doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar. Para tanto, na reorganização das práticas de trabalho, tem-se como preceitos e atividades fundamentais, o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e sóciossanitárias), a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social. (Costa et.al, 2008, p.115).

Sendo assim, não se pode pensar na organização de uma determinada rede de atenção à saúde, sem considerar o papel atual da atenção básica e a integração entre os serviços em todos os níveis de atenção, pois embora a atenção básica (AB) se constitua numa importante porta de entrada do usuário no sistema de saúde, ela não é a única. Muitos usuários buscam outros serviços de maior complexidade, como os setores de emergência hospitalar e atualmente as Unidades de Pronto Atendimento - UPA.

A UPA compõem o componente pré-hospitalar fixo, que segundo a Portaria GM nº 1.020, de 13 de maio de 2009, em seu art. 2º, é denominada como “o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências”. (Brasil, 2009).

Ainda segundo este documento, as UPAs possuem um regime de funcionamento 24 horas, nos sete dias da semana, podendo também ser considerada como um observatório do sistema de saúde, contribuindo para a construção de uma atenção integral à saúde. As Unidades de Pronto-Atendimento têm com o objetivo diminuir a demanda hospitalar das regiões onde estão instaladas, constituindo mais uma porta de entrada para o SUS.

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA e as Salas de Estabilização - SE devem ser implantadas em locais/ unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas

as unidades, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências”. (Brasil, Port. GM nº1020, 2009)

A assistência à saúde, nos níveis de maior complexidade é em geral, um ponto de estrangulamento dos serviços. Reconhecer como se organizam e funcionam esses serviços, bem como a existência de mecanismos e instrumentos de integração entre eles pode auxiliar na compreensão da constituição dos processos organizacionais.

Afirma Dellagiustina e Nitschke:

(...) dentro da discussão de redes de atenção identifica-se que a estruturação paralela de dois eixos (redes) são componentes estruturantes para que se atinjam os objetivos de integralidade e equidade propostos no SUS: as redes de atenção básica e as redes de atenção às urgências . (Dellagiustina e Nitschke, 2011, p. 1).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender os mecanismos e instrumentos de articulação entre a UPA e as Unidades de Atenção Básica de Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever os principais modelos de atenção à saúde;
- Descrever as principais características das redes de atenção à saúde;
- Identificar na Política Nacional de Urgência e Emergência as articulações das UPA com a rede básica de saúde.

1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho foi elaborado através de um estudo exploratório de revisão bibliográfica de textos, artigos e documentos técnicos sobre o tema.

Dentre os documentos técnicos será dado destaque à Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em

todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; a Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para sua organização.

A pesquisa bibliográfica, segundo Moresi,

(...) é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma. (Moresi, 2003, p. 10)

Por meio do estudo exploratório, buscou-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro.

Segundo Gil (1999), a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral de determinado fato. Portanto, esse tipo de estudo é realizado, principalmente quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Uma característica da pesquisa exploratória consiste no aprofundamento de conceitos preliminares sobre o tema, assim este estudo tratou de discutir a implantação do SUS, a definição de níveis de atenção, os modelos de atenção e de redes de atenção à saúde, para melhor compreensão do papel das Unidades de Pronto Atendimento no sistema de saúde.

Para Andrade (2002), a pesquisa exploratória possui algumas finalidades, como: facilitar a delimitação do tema, proporcionar maiores informações sobre o que será investigado, orientar na fixação de objetivos e a formulação de hipóteses, ou descobrir um novo enfoque sobre o assunto a ser estudado.

Para Raupp e Beuren,

Explorar um assunto significa reunir mais conhecimentos e incorporar características inéditas, bem como buscar novas dimensões até então desconhecidas. O estudo exploratório apresenta-se como um primeiro

passo no campo científico, a fim de possibilitar a realização de outros tipos de pesquisa acerca do mesmo tema, como a pesquisa descritiva e a pesquisa explicativa. (Raupp e Beuren, 2003, p.81)

Entende-se que este tipo de estudo é o mais aplicável aos propósitos deste trabalho, pois este visa reunir mais conhecimentos sobre o tema da UPA e espera-se que este seja o início de uma investigação mais aprofundada sobre o tema. Trarei para cena, o surgimento da forma de organização do sistema de saúde, em Níveis de Atenção e a questão da Rede de Saúde; para então abordarmos as Unidades de Pronto Atendimento e a sua inserção no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A implantação do SUS ocorreu a partir de um conjunto de lutas da sociedade e de profissionais de saúde pelo reconhecimento de que a saúde é um direito que deve ser garantido pelo Estado. Embora ainda persistam inúmeros os desafios para a sua consolidação, ele é considerado um importante modelo de sistema universal de saúde (Paim, 2009).

Atualmente, a rede de atenção à saúde é constituída de um complexo e amplo serviço de assistência à saúde, composto por níveis de atenção, conforme a complexidade, que devem ser operacionalizadas conforme as diretrizes da integralidade, equidade, hierarquização e regionalização.

Para entender este processo de construção do SUS é preciso considerar alguns aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil que, segundo Baptista (2007), estão inseridos num contexto maior do que a própria história do Brasil como Estado-Nação.

A trajetória das políticas públicas de saúde revela diferenças na importância dada às ações de assistência médica e as de saúde pública.

A partir do final do Século IX e início do XX, as ações de saúde pública começam a se expandir. Iniciava-se a criação de institutos de pesquisas específicas, com o propósito de melhorar a saúde de uma população que era acometida por diversas doenças muitas vezes fatais. (Baptista, 2007)

A entrada de Rodrigues Alves na presidência da República em 1902 abre mais espaço para a questão saúde ser pensada e ganhar mais força. Como uma de suas ações voltadas para a saúde. Alves promove uma ‘limpeza’ do Rio de Janeiro (então capital do Brasil), realizando obras de saneamento e estruturais, visto que a cidade recebia um grande número de trabalhadores de diversas regiões do país, em sua maioria marginalizados racial e socialmente.

Em 1903, Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), e assume um papel de grande importância na luta por saúde no Brasil. Sua meta seria erradicar três das principais doenças: febre amarela, peste bubônica e a varíola. Implementa a reforma na saúde pública e propõe o Código Sanitário, e entre outros serviços adota a vacinação obrigatória contra a varíola. A vacinação obrigatória foi o estopim para que o povo, já profundamente insatisfeito com o programa de saneamento que derrubava os cortiços, se revoltasse. O episódio ficou conhecido como a Revolta da Vacina, que transformou, no período de 10 a 16 de novembro de

1904, a cidade do Rio de Janeiro numa praça de guerra, onde foram erguidas barricadas e ocorreram confrontos generalizados. Três anos mais tarde, as atitudes tomadas por Oswaldo Cruz, dariam resultado: a febre amarela foi erradicada no Rio de Janeiro e em Belém. (Santos et.al, 2008, p.169).

De 1910 à 1920 dá-se início a chamada segunda fase do movimento sanitário, tendo como ênfase o saneamento rural e o combate as três endemias rurais (febre amarela, varíola e a peste). A ênfase atribuída durante esse período ao meio rural, se justifica pela ‘crise do padrão exportador capitalista’, isto é, os países que importavam produtos do Brasil, se tornavam cada vez mais rigorosos quanto às condições de higiene tanto dos trabalhadores quanto dos locais de armazenamento e transporte de suas mercadorias.

Após diversas revoltas, tanto populares quanto reivindicações de outros setores da sociedade, Eloy Chaves em 1923, propõem que sejam criadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com o intuito de uma parcela da população, estando ela empregada, possuísse a chance de ter assistência médica e outros benefícios. As Caixas eram geralmente organizadas por empresas e sob regulação do Estado e operavam por regime de capitalização.

Em 1930, Getúlio Vargas assume a Presidência da República e inicia uma série de intervenções do Estado na sociedade e na economia, assumindo assim um papel de regulador de ambos. As aposentadorias das CAPs foram suspensas por seis meses e após uma reestruturação, foram substituídas por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal. Desta forma, a filiação passava a se dar por categorias profissionais, diferente do modelo das CAPs, que se organizavam por empresas. Surgem vários Institutos, como o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC), em 1934 e vários outros até 1960 com a criação do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP). Ainda na Era Vargas, é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MICT) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

O Ministério da Saúde é criado em 1953, porém cabe a ele apenas o desenvolvimento de atividades voltadas para a saúde pública, ficando a assistência à saúde regulada pelo Ministério do Trabalho. Há, portanto, uma divisão entre a saúde pública e a assistência médica que continua sendo um direito apenas para os trabalhadores com empregos formais.

Em 1964, foi criada uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que culminou com a fusão de todos os IAPs no INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), em 1966. (Ferreira e Souza, 2007, p. 994-995).

No período da ditadura militar ocorre a ampliação da rede hospitalar conveniada, revelando a forte influência da iniciativa privada na oferta de serviços e ações de assistência à saúde. Este modelo de assistência à saúde no mercado pela centralidade médica, hospitalocêntrico e curativo e restrito a uma parcela da população persiste durante um longo período, influenciando não só a oferta de serviços como a formação dos profissionais de saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, apontava críticas a este modelo, à expansão da área de assistência médica da previdência e o caráter exclusivo do sistema de saúde nacional.

Na década de 1980, deu-se início um clima de redemocratização do país que vivia uma crise política, social e institucional. Com isto vários segmentos da sociedade começam a se organizar na luta por melhores condições de vida. A saúde como direito de todos é um dos pontos importantes nas discussões e reivindicações desses grupos.

Neste contexto foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), promovida pelo Ministério da Saúde, e que contou com a participação pela primeira vez dos usuários e de técnicos, tornando-se por isso um marco histórico da política de saúde brasileira ao afirmar que a saúde era um direito de todos e dever do Estado. (Andrade, 2001).

O relatório final da Conferência serviu como referência para os parlamentares dedicados a elaboração da Constituição Federal de 1988, que assegurou a saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado.

Nesse sentido, o princípio central da reforma sanitária passa a ser garantido pela Constituição Federal (1988), onde ficou assegurado no título VII, capítulo II e seção II os artigos 196, 197, 198, 200, que constituem os marcos legais do setor saúde na Constituição.

Dois anos após é criado então o Sistema Único de Saúde, que reforça a necessidade de mudança de um modelo assistencial hospitalocêntrico para um modelo que assegure as ações de assistência integral em todos os níveis de atenção não se restringindo apenas aos aspectos curativos, mas também preventivos e de promoção à saúde.

Desta forma a regulamentação do SUS se baseou em princípios e diretrizes determinados pelas leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que

definiram respectivamente o funcionamento e o detalhamento do financiamento e da participação social para o setor.

Segundo Baptista (2007), os princípios e diretrizes do SUS, definem, de forma geral, as bases para a construção das políticas de saúde e a orientação para onde se deseja chegar com a utilização de sistema. Esses princípios são: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação popular. Os três primeiros são identificados como princípios que compõem a base doutrinária do SUS. (Matta, 2007)

Segundo alguns autores, a implantação do Programa de Saúde da Família (atualmente Estratégia), propõem de forma reformulada, mas na realidade nada mais do que as questões já dispostas de concepção de saúde e de cuidado; onde o estabelecimento de vínculos com a população assistida, o acolhimento, a realização de ações de promoção e prevenção da saúde, sem detrimento das ações curativas, são objetivos a serem perseguidos.

Embora com enormes avanços, o SUS ainda enfrenta grandes desafios na sua implementação. Muitos interesses ainda se colocam em disputa, como do setor de assistência médica privada, a indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e os interesses daqueles que buscam um sistema universal, equânime e de qualidade.

Um dos aspectos fundamentais para a garantia da qualidade no SUS se relaciona com a organização da rede nos diversos níveis de atenção. Implantar mecanismos, serviços e ações voltados para o fortalecimento da rede é também propiciar a melhoria da qualidade da saúde da população.

Serviços desarticulados, que operam desarticuladamente, trazem consequências graves para a atenção integral à saúde. Pois a estruturação da rede e de todos os seus serviços incluindo o serviço de pronto atendimento, evita uma série de questões com efeitos a médio, e longo prazo, produzindo assim provavelmente danos aos usuários.

Assim, podemos perceber que chegamos ao final dos anos 90, mesmo já possuindo uma nova forma de assistência a saúde, e sendo ela totalmente única no mundo todo. Ainda há necessidade que se dê a ela uma orientação que vise o seu melhor aproveitamento, pois não basta serem criados e propostos os mecanismos jurídicos para o seu funcionamento, é preciso que tal formulação seja proposta de acordo com o contexto sócio-histórico e econômico de tal sociedade.

NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE DE SAÚDE

Os níveis de atenção à saúde representam formas de organizar a atenção em saúde, e estruturam o sistema em três campos de atuação do cuidado: atenção primária, secundária e terciária. Esses níveis envolvem diferentes complexidades e devem executar ações de promoção, proteção e recuperação dos usuários.

A integralidade da atenção deve ser pensada em todos os níveis de atenção. O estabelecimento de vínculo com os usuários, o atendimento às suas necessidades, o diagnóstico e o encaminhamento para outros serviços, são condutas que devem ser tomadas pelos profissionais em qualquer um dos níveis de atenção, para que se implante uma linha do cuidado de forma a responder às demandas e aumentar a qualidade da atenção.

A Atenção Primária à Saúde (APS), é denominada internacionalmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde. No Brasil a APS adota outra designação, passando a se chamar Atenção Básica à Saúde. (Matta e Morosini, 2008)

.Segundo a Política de Atenção Básica, preconizada pelo Ministério da Saúde, a atenção básica tem como características uma série de ações de saúde, as quais possuem âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Deve ser desenvolvida através de ações gerenciais e sanitárias democráticas e participativas através do trabalho em equipe, num território delimitado. É orientada pelos princípios da “universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.”, considerando a Saúde da Família uma estratégia prioritária deste nível de atenção. (Brasil,2006).

Segundo Mendes, (2002) a ABS deve se constituir na principal porta de entrada do usuário no serviço de saúde, assim se tornando o primeiro contato entre o usuário e o próprio sistema, de modo a visar uma continuidade do atendimento, para que possa ser estabelecido um vínculo que ao longo do tempo servirá para agilizar próximos diagnósticos, já que será possível fazer uma consulta aos problemas que anteriormente foram enfrentados pelo usuário, deste modo havendo uma integralidade não apenas no atendimento referente à comunicação entre outros níveis de atenção, mas sim no seu tratamento como um todo, já que este nível de atenção foi criado para ser a base de todo o cuidado médico-usuário no SUS.

A atenção secundária à saúde, abrange os “programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária e incorpora o tratamento especializado, com objetivo de reabilitação” (Brasil, MS, 2011). Desta forma o nível secundário deve oferecer toda a atenção necessária ao tratamento do usuário, já visto na atenção básica, assim como adicionar ferramentas mais específicas para o tratamento destes.

A atenção terciária à saúde, é constituída pelos grandes centros de cuidado-atendimento, pois faz parte do seu papel abarcar tecnologia com maior complexidade que esta localizada em hospitais de grande porte, como os gerais e os especializados, sendo desta maneira como referência para os demais programas, sistemas e serviços.

Para Mendes (2002), a função designada ao nível terciário, por se tratar de grande nível tecnológico, não deve ser vista como o melhor caminho para atender as demandas da população, pois ao se ter alta tecnologia no diagnóstico pode-se deixar escapar grande parte do histórico de doenças daqueles pacientes, atentando somente para a demanda imediata, o que pode acarretar grandes prejuízos para a saúde.

Ainda segundo o autor, as redes de atenção à saúde são “arranjos produtivos híbridos”, isto é, combinam serviços de todos os níveis de atenção, tendo como propósito estruturar os serviços de forma efetiva, eficiente e de qualidade baseando-se nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (Mendes, 2009).

A economia de escala aplicada nas redes de atenção à saúde, se explica pela busca por custos de produção em saúde cada vez menores e com um aumento significativo da resolução das demandas dos usuários, isto é, custo médio que em longo prazo podem diminuir de acordo com a disponibilidade de recursos, pois as redes de atenção à saúde devem estar atentas à qualidade e o acesso as suas unidades.

A integração horizontal é feita entre unidades produtivas do mesmo campo de atuação, sendo assim sua união relacionada com um aumento de seus campos e não com a incorporação de valores paralelos, porém a eficiência e competitividade em suas ações fomentam essa integração.

Já a integração vertical dessas unidades produtivas são realizadas entre as quais possuem campos de atuação diferenciados, e que assim buscam uma integração de valores, isto é, há um interesse em suas atividades tanto distintas quanto similares, onde deste modo as experiências

anteriores são levadas em consideração e poderão ajudar nas mudanças e nos aperfeiçoamentos necessários destas unidades de saúde.

Os processos de substituição se encaixam na necessidade de um ‘reagrupamento contínuo de recursos’, isto é, teremos como objetivo principal sempre buscar uma realocação melhor para os recursos entre e dentro das unidades de saúde, visando sempre os menores custos e as melhores formas de suprir as demandas dos territórios sanitários, que são formações que vão além das delimitações do espaço geográfico, mas sim se formam pelas populações adscritas que vão formar o campo de atuação de determinadas unidades produtivas. Estando esses fundamentos relacionados com a busca por uma melhor assistência a população, é necessário integrar os níveis de atenção, os quais se estruturam de acordo com suas ‘densidades tecnológicas’ (Mendes, 2009).

A adoção de redes de atenção vem sendo acatada por instâncias representativas da política de saúde. As posições do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONAMS), consideram um importante desafio para a implementação do SUS a implantação de redes de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde, em 2008 analisou historicamente as redes de atenção à saúde no SUS, estabelecendo as razões para a sua adoção, definindo critérios e princípios, formulando um processo de transição para as redes de atenção à saúde por meios dos territórios integrados de atenção à saúde e as linhas de cuidado e propondo diretrizes para sua implantação. (BRASIL, MS, 2008)

Os problemas hoje enfrentados na saúde devido à transição epidemiológica e o agravamento das condições crônicas, a fragmentação do sistema de atenção voltado para os agravos agudos, e a necessidade de otimização dos custos são fatores que vem determinando o movimento universal para a construção de redes de atenção. A busca por propostas de redes de saúde no auxílio as políticas públicas de saúde, vem sendo uma questão importante para a quebra dos modelos organizacionais rígidos, os quais são caracterizados como ‘pirâmides hierárquicas’ segundo alguns autores, possuindo um modelo de produção em saúde, tal qual aos modelos ditados pelo taylorismo e fordismo. Deste modo, há uma busca pela substituição, por modelos mais flexíveis e que possibilitem a associação de diversas alternativas, o que alguns autores chegam a denominar como sendo um modelo ‘da pirâmide ao círculo’.

“Os objetivos de uma rede de atenção à saúde são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à

saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde” (Rosen e Ham, 2008)

Ao buscar referências que possam contribuir para o debate de constituição de redes de atenção no SUS, Mendes (2009) aponta alguns estágios na criação de sistemas integrados em alguns países.

Estudos realizados nos EUA identificaram três estágios na criação de sistemas integrados.

No primeiro estágio, as unidades de saúde ainda funcionavam de forma fragmentada e competindo entre si; no segundo, ocorreu um movimento em direção a fusão das unidades de saúde em busca de economia de escala; e no terceiro, ocorreu a integração vertical do sistema.

A eficácia dos sistemas de informação, o reforço da atenção primária, a integração clínica, o aumento da produtividade dos serviços hospitalares e o realinhamento dos incentivos financeiros, foram identificados como os fatores-chave dessa integração.

Na questão do financiamento a superação do pagamento por unidade de serviços ou por procedimentos, foi um fator significativo na mudança.

No Canadá, a experiência se desenvolveu, sob a forma de sistemas integrados de saúde. Sendo o sistema baseado na necessidade dos cidadãos, na população adscrita por equipe de saúde, na integração de ações preventivas e curativas, na integração inter-setorial como com a assistência social, na valorização da clínica e na integração entre serviços.

Segundo Mendes (2009), as redes de atenção estão sendo introduzidas nos sistemas públicos de saúde da Europa Ocidental. Considerando as especificidades de cada país, observa-se que de forma geral houve mudança no modelo de atenção e um fortalecimento da atenção primária à saúde.

Ainda segundo o autor, as redes de atenção são incipientes na América Latina, e no Brasil, o tema é novo e necessita de uma mudança significativa na organização do sistema de saúde, mas sua evolução é crescente.

Numa análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro, Mendes (2009), propõe como alternativa, a construção de sistemas integrados de saúde articulados com os territórios sanitários, gestão da clínica e com os demais componentes de integração.

Como exemplos de implantação de redes de atenção à saúde no país, o autor cita a experiência do Ceará, apontada como uma pioneira na implantação de sistemas microrregionais de saúde, de Curitiba, com o programa ‘Mãe Curitibana’, e de Minas Gerais, com a implantação

de quatro redes temáticas principais: cuidado mulher e à criança, doenças cardiovasculares e ao diabetes, Saúde do Idoso e a rede de atenção às urgências e às emergências.

AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída através da Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, preconiza que esta “deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão”, devido às importantes questões crônicas de saúde vividas pela população brasileira, ao longo de toda essa trajetória histórico-social da saúde em nosso país e considerando entre outros dispositivos, a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. (MS, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a Política Nacional de Atenção às Urgências, foi instituída a partir dos seguintes componentes:

Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes, comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências

Componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;

Componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

Componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

Todos esses componentes devem ser operados pelas Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS e organizados mediante redes locais de atenção integral, e orientados segundo princípios de humanização da atenção. “Observa-se nesta Portaria o papel atribuído aos serviços de atenção básica e às equipes da estratégia de Saúde da Família, bem como a importância da construção de redes e da humanização da assistência como norteadores da Política Nacional de Atenção às Urgências.

A Portaria nº 1.020 define a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, como:

“o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” (Port. 1.020, MS, 2009)

A Unidade de Pronto Atendimento visa à realização de procedimentos de média complexidade. Foram criadas como um espaço intermediário entre uma unidade básica de saúde e um hospital. Nelas os pacientes podem ficar em observação por até 24 horas, com atendimento em especialidades, conforme o seu estado. Pela estratégia do governo federal, as UPAs devem funcionar em parceria com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

As UPAs, junto com as Salas de Estabilização (SE), são integrantes do componente pré-hospitalar fixo. As diretrizes para a implantação deste componente para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências foram estabelecidas pela Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009.

As UPAs são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada - área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1. Classificação das UPAs, segundo seu Porte

UPAS	População	Área física	Nº atendimentos Médicos por 24 horas	Nº mínimo de médicos por plantão	Nº mínimo de leitos
Porte I	50.000 a 100.000 Hab.	700 m ²	50 a 150 pacientes	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral	5 - 8 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 Habitantes	1.000 m ²	151 a 300 pacientes	4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	9 - 12 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 Habitantes	1.300 m ²	301 a 450 pacientes	6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 - 20 leitos

Fonte: BRASIL, Portaria GM nº 1.020, de 13 de maio de 2009.

Como competência /responsabilidades da UPA, a Portaria preconiza:

- I - funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA;
- III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- IV - estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- V - articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;
- VI - possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- VIII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- IX - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- X - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- XI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- XII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- XIII - prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;
- XIV - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica.
- XV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;
- XVI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde, hierarquizado, regulado e integrado à rede loco regional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- XVII - contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

- XVIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e
- XIX - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.” (Brasil, Portaria GM nº 1.020, 2009).

Destaca-se para efeito deste trabalho, o item V, que preconiza a articulação entre os diversos serviços com diferentes níveis de complexidade. Porém os mecanismos e instrumentos citados carecem de maior detalhamento, tanto de sua operacionalização, como de organização e responsabilidades. A questão do acesso e de mecanismos de referência e contra referência são pautados, mas ainda constituem desafios para a efetiva articulação entre as unidades.

Segundo Dellagiustina e Nitschke (2011), a interlocução entre a atenção básica e a UPA ainda é um desafio na organização das redes de atenção pois muitas vezes os usuários não são referenciados para outros níveis de atenção, ou eles não possuem informações suficientes sobre o perfil da unidade, o que causa transtorno para ele, pois não consegue ali a resolutividade para o seu problema de saúde.

Existem casos em que o usuário chega à atenção básica desinformado das atividades que ali são realizadas, e aqueles casos em que houve abandono do tratamento muitas vezes por falta de motivação institucional. No agravamento do problema busca a UPA, que acaba atendendo muitos casos crônicos que poderiam ser tratados na unidade básica de saúde através de ações assistenciais, como preventivas e promocionais.

Dentre as principais fragilidades da Política Nacional Atenção às Urgências referentes à articulação com a atenção básica, são apontadas deficiências no acolhimento, a falta de estrutura física e capacidade técnica para o acolhimento das urgências, a desintegração das unidades básicas na rede de urgência e emergência, falta de flexibilidade nos horários de funcionamento das unidades básicas, exames de menor complexidade não agregados à atenção básica. (Dellagiustina e Nitschke, 2011, p.8),

Para a discussão e aprimoramento da rede de atenção às urgências fica patente a necessidade de fortalecimento da atenção básica e de suas ações, como deve ser aprofundada, sendo que em relação à estruturação das redes, os parâmetros legais a discussão sobre a instrumentalização dos trabalhadores e das unidades através de capacitação específica e estruturação mínima para o atendimento às situações agudas deve ser perseguida.

Sugere-se que para o planejamento das redes de urgências todos os atores, sejam eles gestores nos diversos níveis e técnicos de portas hospitalares e da atenção básica participem das discussões e modelagem da rede, incluindo definição dos pontos de atenção, fluxos e normas.

Até o momento ainda não existe claramente uma política de distribuição e incentivo à instalação de exames de menor complexidade na atenção básica, retardando e dificultando diagnósticos simples, de baixa complexidade, e o leva a população a buscar as unidades hospitalares como a porta de referência, muitas vezes em situações de baixíssima complexidade, sobrecarregando a rede hospitalar com esta conduta, o que é um retrocesso no processo de construção das redes de atenção no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante longo tempo a assistência à saúde oferecida pelo poder público restringia-se à consulta médica, curativa individual. Com o desenvolvimento de políticas de saúde, novos serviços e ações foram desenvolvidos nos diversos níveis de atenção, ampliando a assistência e o cuidado em saúde, com base na reorientação de um novo modelo de atenção..

A atenção às urgências vem, ao longo dos últimos anos, passando por reformulações e sendo estruturada a partir de discussões, porém, mesmo após a instituição da Portaria 1.020/2009, ainda persistem dificuldades na organização e na redefinição dos papéis dos serviços que compõem esta rede..

A implantação da UPA, para não ferir os princípios do SUS, necessita estar articulada com os demais serviços prestados à população.

Para a concretização das redes de atenção às urgência é necessário a organização de toda a rede de atenção integral à saúde, com fortalecimento da atenção básica, a implantação de mecanismos e fluxos capazes de estabelecer vínculo, e propiciar o cumprimento das ações de acolhimento e integração entre os serviços, e assim favorecer uma prática cuidadora e humanizada..

Pode-se concluir que, não basta lançar várias portarias e componentes para estruturar o SUS, é preciso que se faça uma releitura atenta de todos os componentes já existentes para então traçar uma estratégia de mudança e ou aperfeiçoamento desses componentes.

Muito ainda será necessário melhorar, e é inegável o aprimoramento de muitas questões, inclusive as descritas neste estudo que buscou auxiliar na compreensão do tema e reforçar a importância da articulação entre todos os componentes que realizam o atendimento de urgência, com ênfase na ponte entre as unidades de atenção básica e as UPAs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, LOM. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS**, cap1, 2001.

Disponível em:

<http://florenciaugusto.com/documentos/do_nascimento_saude_publica_movimento_presus_andrade2001.pdf> .Acessado em 15 de março de 2011.

ANDRADE, LOM PONTES, RJS, MARTINS JUNIOR, T. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2000, vol.8, n.1-2, pp. 85-91. ISSN 1020-4989.

Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3021.pdf>>. Acessado em 15 de março de 2011.

ANDRADE, Maria Margarida . **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O Direito à Saúde no Brasil**. In Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Textos de apoio em políticas de saúde. Série Trabalho e formação em saúde, 2005.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/2048**, de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências no âmbito do SUS.

_____. **Portaria GM/1863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, 13/05/2009.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria GM/1020**. Estabelecem diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, Diário Oficial da União, 13/05/2009.

_____. **Unidade de Pronto Atendimento - 24Hs UPA**, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Sala_02-30-11-09-Corpo_de_Bombeiros_Militar_SES_RJ.pdf>. Acessado em 17 dezembro de 2010.

_____. **UPAS**, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1465>. Acessado em 18 dezembro de 2010.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.13, n.3, pp. 469-478. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>> .Acessado em 12 de setembro de 2011

COSTA, Glaucete Dias et al. **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 113-118. ISSN 0034-7167.

DELLAGIUSTINA, Celso Luiz; NITSCHKE, César Augusto Soares. **Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências**. CONASS, 2011. p 1-11
Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/artigos/1337-reflexoes-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-integral-as-urgencias-e-emergencias?format=pdf>>
.Acesso em 10 de outubro de 2011.

FERREIRA, Carlos Roberto and SOUZA, Solange de Cássia Inforzato de. **As aposentadorias e pensões e a concentração dos rendimentos domiciliares per capita no Brasil e na sua área rural: 1981 a 2003**. *Rev. Econ. Sociol. Rural* [online]. 2007, vol.45, n.4, pp. 985-1011. ISSN 0103-2003.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

JUNIOR, Guido Dornas; FERREIRA, Janete Maria Ferreira. **Informações de unidades de pronto atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde**. *Informática Pública*, Vol 5, p.27-48, 2003. Disponível em: <http://www.ip.pbh.gov.br/ANOS_N1_PDF/ip0501dornas.pdf>. Acessado em 18 dezembro de 2010.

KUSCHNIR Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2307-2316, 2010

MATTA, GC. **Princípios e diretrizes do SUS**. In Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTA Gustavo, MOROSINI Márcia Valéria VG. **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. In Pereira, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Org) *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde

Pública do Ceará, 2002.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** 2007

Disponível em:

<http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_D E_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acessado em 12 de setembro de 2011

_____. **As redes de atenção à saúde.** Minas gerais: Ed EPS/MG, 2009

MORESI, Eduardo (Org) **Metodologia da pesquisa.** Universidade Católica de Brasília – UCB. Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PRPG. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação, 2003. Disponível em:

<<http://www.inf.ufes.br/~falbo/files/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>>. Acessado em 10 de agosto de 2011

PAIM. Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009

RAUPP, Fabiano Maury ; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais.** In: *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática.* BEUREN, I.M. (Org). São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em:

<http://www.geocities.ws/cienciascontabeisfecea/estagio/Cap_3_Como_Elaborar.pdf>
Acessado em 15 de setembro de 2011.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina ; MENEZES, Ricardo Fernandes de.

Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Rev. bras. estud. popul.* [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 167-190. ISSN 0102-3098.