

## **REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: UM MAPEAMENTO SOBRE O CAMPO**

**ERICA SUÉLEN DO NASCIMENTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**JOSÉ WILLER DO PRADO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**LUCAS CARRILHO DO COUTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**LETÍCIA BETTONI SIQUEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

Agradecimento à órgão de fomento:

CAPES

# REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: UM MAPEAMENTO SOBRE O CAMPO

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional teve grande crescimento ao longo dos anos, com base no Relatório de Perspectivas Populacionais das Nações Unidas (2019) no ano de 2018, “pela primeira vez na história da humanidade” (NAÇÕES UNIDAS, 2019, p. 16), o número de pessoas com 65 anos ou mais excedeu o número as crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo. A previsão é que entre 2019 a 2050, o número de pessoas com 65 anos mais que dobre (NAÇÕES UNIDAS, 2019). O envelhecimento populacional criou um desafio global sem precedentes, com maior propensão de várias doenças e condições crônicas, impactando em maior demanda de cuidados de saúde (YANG et al., 2020)

Além do envelhecimento populacional, fatores socioeconômicos, como a renda e educação podem interferir em melhores ou piores condições de vida contribuindo para maior incidência de doenças e condições crônicas (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008). As doenças crônicas não transmissíveis são entendidas como o maior problema global de saúde e tem sido responsável pelo elevado número de mortes prematuras e perda de qualidade de vida (MALTA et al., 2014). As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 72% das mortes no Brasil e por isso produzem grande custo econômico repartido entre o sistema de saúde e a sociedade (MALTA et al., 2014).

Por se tratar de um assunto de âmbito global, a ONU realizou em 2011 uma assembleia sobre a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, o Brasil esteve entre os países avaliados em relação a carga de doenças e a capacidade de resposta (SCHMIDT et al., 2011). Como resposta o Brasil lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, estando entres as metas a redução de 2% ao ano da mortalidade (MALTA et al., 2014). Apesar das Taxas de Mortalidade de algumas doenças crônicas terem uma redução ao longo dos anos no Brasil, a previsão é que as demandas por atendimento nos serviços de saúde por essas doenças devam crescer nas próximas décadas devido ao crescimento de adultos entre 45 e 64 anos e posteriormente o deslocamento para a população mais velha (BASSANESI; AZAMBUJA; ACHUTTI, 2008).

Além do desafio de estruturar o sistema de modo a acompanhar o crescimento e envelhecimento populacional, o atual contexto da saúde pública, o enfrentamento da pandemia do COVID-19, trouxe um excedente de demanda. A pandemia gerou uma situação desafiadora para os serviços de saúde, exaltando a necessidade do fortalecimento e da resposta do sistema de saúde diante da carga extra de demandas por cuidados (HAERI et al., 2021). Assim, a saúde pública deve se organizar para garantir a assistência dos pacientes da COVID-19 e também a continuidade dos demais cuidados e demandas.

Nesse contexto, o grande desafio da saúde pública é acompanhar o crescimento da demanda e garantir a assistência integral e universal para todos. Considerando que o sistema tem recursos e estruturas limitadas, uma forma de otimizar o atendimento é a organização da prestação dos serviços. As Redes de Atenção à Saúde - RASs é apontada por Mendes (2011) como o caminho para se atingir a integralidade e a universalidade, onde os serviços de saúde são estruturados em pontos de atenção à saúde com diferentes densidades tecnológicas distribuídos de forma estratégica (MENDES, 2011). Assim, as RASs podem ser efetivas, eficientes e garantir a qualidade dos serviços de saúde desde que estejam fundamentadas na economia de escala, na disponibilidade de recursos, na integração horizontal e vertical, nos territórios sanitários e nos níveis de atenção (MENDES, 2011).

Desse modo, o objetivo do presente artigo é realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as Redes de Atenção à Saúde utilizando o método bibliométrico para mapear o campo e apresentar uma síntese das sugestões de pesquisas futuras dos principais artigos das RASs.

Compreender o campo de estudos sobre as RASs pode contribuir para a qualidade e garantia da assistência à saúde e também instigar outros estudos que possam contribuir para uma melhor organização do sistema e efetividade das redes.

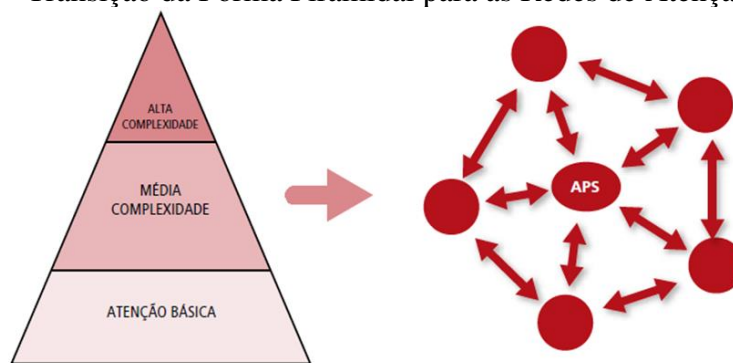
## 2. AS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

A crise da saúde pública é configurada por um sistema fragmentado direcionado a responder as condições agudas (MENDES, 2010). Porém, com a transição demográfica e epidemiológica, os sistemas de saúde não podem responder com eficiência, efetividade e qualidade as demandas relativas à predominância de doenças crônicas (MENDES, 2010). A fragmentação do sistema de saúde pode impossibilitar o acesso, impede a assistência continuada e dificulta a universalidade e integralidade da assistência, ou seja, torna-se impossível atender as demandas de saúde da população (LAVRAS, 2011).

A integração dos serviços de saúde pode ser alcançada por meio de uma rede de relações organizacionais envolvendo atividades como pontos de atenção à saúde, conjunto de programas, transferência de pacientes, procedimentos de referência e compartilhamento de informações (HUANG; PROVAN, 2014). As RASs “é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para que a saúde pública seja organizada em redes regionalizadas e integradas é preciso que a forma piramidal seja substituída por relações horizontais entre as regiões, conforme mostra a Figura 1, sendo a atenção primária de saúde o componente essencial e estratégico das Redes (SILVA, 2014).

Figura 2 - Transição da Forma Piramidal para as Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Mendes (2011, p. 84).

Os níveis de complexidade crescente são responsáveis pela estrutura hierárquica e fragmentada do sistema, uma vez que, traz a visão de distintos graus de importância entre os níveis (MENDES, 2011). O autor ressalta que o conceito de complexidade vigente pode demonstrar uma “banalização da atenção primária” (MENDES, 2011, p. 51), pois, uma vez que, esta é menos complexa que a atenção secundária e terciária, pode ser entendida como menos importante. Pedraza (2020) afirma que os sistemas de saúde só conseguem cumprir a sua missão quando organizam as RAS com base na atenção primária. Kriegel et al. (2020) aponta que ainda que se tenha uma estrutura de redes de atenção à saúde com a atenção primária no centro é preciso trabalhar o realinhamento das decisões, processos e resultados buscando uma integração ativa, direcionada, centrada no paciente.

Deve-se atentar que os serviços da atenção básica são dispersos e próximos da população, demandam menos tecnologia e com menor custo, já a média e alta complexidade, exigem mais tecnologia e especialização, possuem um maior custo e por isso são

regionalizados, visando a economia de escala (PIRES et al., 2013). Desse modo, as RASs permitem a racionalização dos recursos da saúde, por meio da porta de entrada atenção básica, pode-se resolver cerca de 85% das demandas da população (MENDES, 2011). Assim, as demandas que são encaminhadas para os outros níveis, já passaram por uma triagem e são direcionados a polos que procuram atender um maior volume buscando as economias de escala.

Embora as RASs tenham o potencial de resolver o problema de integração e coordenação em um sistema de prestação de serviços, isso não quer dizer que todos os problemas estarão resolvidos (HUANG; PROVAN, 2014). Uma rede é composta de muitas ligações que são reguladas em função das necessidades e interesses organizacionais (HUANG; PROVAN, 2014). A governança e o planejamento regional são instrumentos essenciais para a efetividade das redes.

A governança geral dentro do país é responsável pelo desempenho do sistema de saúde. No Brasil a estrutura de governança do sistema de saúde inclui diversos níveis como o local (por exemplo, autoridade distrital de saúde), nacional (por exemplo, Ministério da Saúde), regional (por exemplo, Organização Pan-Americana da Saúde), internacional (por exemplo, Organização Mundial da Saúde) (SIDDIQI et al., 2009). A instância unificada de gestão e planejamento regional é o caminho para integralidade da assistência e assim gerar uma unidade regional equitativa diante das assimetrias municipais (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Assim, posterior a Portaria nº 4.279, foi criado o Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011 mostrando que a maior finalidade do COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e integração das ações e serviços de saúde sob responsabilidade dos entes federativos de uma região conforme as pactuações das Comissões Intergestores Tripartite (BRASIL, 2011).

Alecrim e Dobashi (2014) apontam que muito já se conquistou na saúde pública, porém ainda é preciso melhorar a efetividade do planejamento regional principalmente sobre as reais necessidades da população, o perfil epidemiológico e socioeconômico das regiões, e a cooperação entre os municípios. Assim, os autores ressaltam que se deve avançar em relação ao COAP de modo a torná-lo “um pacto de gestão pautado pela cooperação e pela transparência, com ações concretas e realizáveis, centradas no indivíduo e em sua família, afastando de forma definitiva o fantasma da iniquidade” (ALECRIM; DOBASHI, 2014, p. 57).

As comissões intergestores (CIT, CIB e CIR, acrescentada a Lei nº 8.080/90 por meio da Lei nº 12.466/2011) devem pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde (integração de limites geográficos), diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das RASs, responsabilidades dos entes federativos na RAS, e referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 4.279 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) estabelece o sistema de governança com base na região de saúde, devendo este ser único para toda a rede com a articulação de políticas institucionais com o propósito de criar uma gestão capaz de planejar, monitorar e avaliar o desempenho das organizações. A governança baseada nas regiões é um grande desafio, principalmente pela exigência de conhecimentos e habilidades dos gestores públicos, técnicos e profissionais de saúde que fazem parte da Comissão Intergestores Regional (CIR), pois são estes as responsáveis pelo delineamento das diretrizes político estratégicas e operacionais de planos e projetos de intervenção (SILVA, 2014).

### **3. METODOLOGIA**

Visando mapear e avaliar o território intelectual relevante este estudo foi realizado por meio de uma revisão sistemática. Para compreender e constituir o campo temático das RASs

será utilizado como método a bibliometria.

O quadro 1 apresenta o framework adotado para a execução da pesquisa em seis etapas: (i) operacionalização da pesquisa, (ii) procedimentos de busca, (iii) coleta e organização de dados, (iv) análise da frente de pesquisa, (v) análise da base intelectual, (vi) agenda de estudos futuros. Conforme Chen (2006) por meio da análise da frente de pesquisa e da base intelectual é possível verificar o surgimento de tendências e padrões transitórios na literatura. A frente de pesquisa está voltada para os trabalhos mais citados, porém estes possuem padrão transitório diante da evolução do campo e o surgimento de novos trabalhos (CHEN, 2006). Já a base intelectual é capaz de ir além da amostra estudada, pois tem como base as citações e cocitações dos artigos que compõem a frente de pesquisa (CHEN, 2006).

Quadro 1 – *Framework* para estudos de revisão

Etapa		Descrição	
1	Operacionalização da Pesquisa	1.1	Escolha da base científica - WOS
		1.2	Delimitação dos termos para consulta (health service network, health care network)
2	Procedimentos de Busca (Filtros)	2.1	Filtro 1: Delimitação do termo de campo (title OR Keyword)
		2.2	Filtro 2: Delimitação de somente artigos
		2.3	Filtro 3: Todos os idiomas
		2.4	Filtro 4: Todos os anos
		2.5	Filtro 5: Todas as áreas
3	Coleta e organização dos dados	3.1	Download e organização das referências – <i>software</i> Mendeley Desktop
		3.2	Download e organização das referências – planilha excel
		3.3	Eliminação dos artigos duplicados
		3.4	Busca dos artigos completos em .pdf
4	Análise da Frente de Pesquisa	4.1	Análise do volume de publicações
		4.2	Análise dos periódicos que mais publicaram
		4.3	Análise de citações dos artigos selecionados
		4.4	Análise dos países dos artigos selecionados
		4.5	Análise das palavras-chave
5	Análise da Base Intelectual	5.1	Análise da Rede de Cocitação de referências
6	Agenda de Estudos Futuros	6.1	Leitura dos artigos de 2020 e 2021 da <i>Intellectual Base</i>
		6.2	Apresentação e discussão dos principais tópicos para estudos futuros

Fonte: Adaptado de Prado et al. (2016).

A base de dados utilizada para realização da pesquisa foi a base *Web of Science (WoS)*, conforme Muñoz-Leiva (2013) a *WoS* proporciona o acesso aos principais banco de dados de citações do mundo, com mais de 12.000 periódicos de grande impacto. A busca foi efetuada em junho de 2021, através do campo busca avançada utilizando a *string* (TI=((health\_servic\*\_network\*) OR (health\_care\_network\*) OR (healthcare\_network\*))) OR (AK=((health\_servic\*\_network\*) OR (health\_care\_network\*) OR (healthcare\_network\*))) que retornou um total de 591 artigos. Para os tipos de documentos foram selecionados artigos e revisões, assim foram excluídos 232 trabalhos. Após a importação de todas as referências para o software Mendeley Desktop e organização das referências em excel, não foram encontrados artigos duplicados, dessa forma, foram selecionados e incluídos na análise 359 artigos.

O volume de publicações e citações, de citações dos artigos selecionados, das palavras-chave, dos países dos artigos selecionados, dos periódicos que mais publicaram, autoria e coautoria, rede de cocitação dos artigos mais citados e cocitação dos autores mais citados foram analisados por meio dos softwares *Citespace* e Excel para o total de 359 artigos. Posteriormente foi realizado o download de todos os artigos dos anos de 2020 e 2021 e por meio da leitura completa foi apresentado e discutido os principais tópicos para estudos futuros.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Análise da Frente de Pesquisa

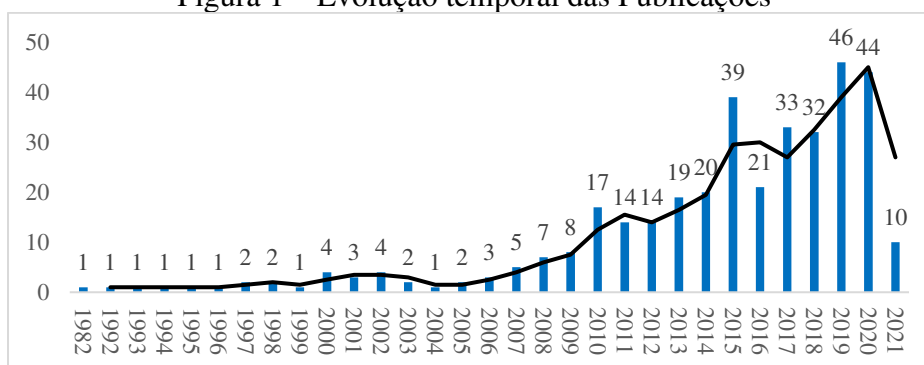
A Figura 1 mostra a evolução das publicações sobre o campo estudado, a primeira publicação aconteceu em 1982 por meio do artigo *Heights and weights of Iranian preschool children in a rural health care network* no *Journal of Tropical Pediatrics* abordando sobre a criação de uma rede regional de saúde no Irã em 1974 visando planejar e implementar um componente de nutrição para crianças em idade pré-escolar, em grávidas e lactantes.

Pode-se observar que o campo de estudo apresentou um crescimento das publicações a partir de 2008, com um pico em 2019 com 46 publicações seguido do ano de 2020 e 2015 com 44 e 39 publicações, respectivamente.

Apesar da frente de pesquisa apontar a primeira publicação em 1982, as RASs que surgiram muito antes, Kuschnir e Chorny (2010) apontam que a primeira descrição de uma rede de atenção à saúde aconteceu no Relatório de Dawson em 1920 como proposta de organizar os serviços de saúde, de iniciativa do governo inglês no período pós Primeira Guerra Mundial, buscando a coordenação entre medicina preventiva e curativa. A partir de meados da década de oitenta, o assunto passou a ser abordado pela Organização Pan-Americana como proposta para a criação dos sistemas locais de saúde (Kuschnir & Chorny, 2010).

O crescimento das publicações a partir de 2008 também retratam que as RASs passaram a ter relevância mundial. Em 2008 a Organização Pan-Americana da Saúde atualizou a proposta sobre a organização das RAS em conjunto com a Organização Mundial de Saúde buscando atualizar o contexto das RAS, tratando do fortalecimento dos sistemas de saúde diante da mudança de necessidades da população advinda do envelhecimento populacional e do aumento carga de doenças crônicas (Organización Panamericana de La Salud, 2008). Posteriormente, no ano de 2010, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde voltam a abordar sobre o tema tratando da necessidade de integração das redes de saúde como possibilidade de avançar na fragmentação da assistência, denominando as RAS como Redes Integradas de Atenção à Saúde (Organización Panamericana de La Salud, 2010).

Figura 1 – Evolução temporal das Publicações



Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 1 apresenta os periódicos que mais publicaram, em primeiro lugar está Ciência & Saúde Coletiva com um total de 30 publicações e 433 citações, sendo também o periódico com maior número de citação. Os 10 periódicos que mais publicaram representam 22,3% do total de publicações e 26,7% do total de citações. Pode-se perceber uma grande diversidade de periódicos acerca do tema, pois o total de 279 publicações estão em periódicos com até 3 publicações. Dentre os 10 periódicos com maior volume de publicação, quatro são brasileiros, sendo eles Ciência & saúde Coletiva, Saúde e Sociedade, Cadernos de Saúde Pública e Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Tabela 1 – Periódicos com Maior Percentual de Publicação

	Periódico	Publicações		Citações	
		Total	%	Total	%
1	Ciência & Saúde Coletiva	30	8.4%	433	11.8%
2	Saúde e Sociedade	9	2.5%	74	2.0%
3	BMC Health Services Research	9	2.5%	73	2.0%
4	Cadernos de Saúde Pública	9	2.5%	30	0.8%
5	Transportation Research Part e-logistics and Transportation Review	4	1.1%	99	2.7%
6	Journal of Medical Systems	4	1.1%	66	1.8%
7	Revista da Escola de Enfermagem da USP	4	1.1%	26	0.7%
8	International Journal of Integrate Care	4	1.1%	22	0.6%
9	Bulletin du Cancer	4	1.1%	14	0.4%
10	IEEE Wireless Communications	3	0.8%	138	3.8%
<b>Total</b>		<b>80</b>	<b>22.3%</b>	<b>975</b>	<b>26.7%</b>
<b>Demais Periódicos</b>		<b>279</b>	<b>77.7%</b>	<b>2680</b>	<b>73.3%</b>
<b>Total Geral</b>		<b>359</b>	<b>100%</b>	<b>3655</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Tabela 2 apresenta os 10 artigos mais citados do total de 359 artigos, totalizando 879 citações que corresponde cerca de 24% do total de citações. O primeiro estudo mais citado é o *Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network* de Senst et al. (2001) analisam aspectos relativos a demanda por eventos adversos de medicamentos em rede de saúde integrada de hospitais. O segundo estudo mais citado é o *Health Care Networks* de Mendes (2010) que aborda sobre a necessidade das RASs para estruturação de um sistema de saúde integrado como resposta à crise da saúde pública ocasionada pela transição demográfica e epidemiológica. O terceiro artigo mais citado é o *Security and Privacy for Mobile Healthcare Networks: From a Quality of Protection Perspective* de Zhang et al. (2015) que aborda sobre a privacidade e segurança na utilização de dispositivos moveis como forma de monitorar as condições de saúde e compartilhamento das informações de saúde.

Tabela 2 – Artigos mais citados na base *Web of Science*

	Título	Autores	Ano	Citações
1	<i>Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network</i>	Senst et al.	2001	183
2	<i>Health care networks</i>	Mendes	2010	144
3	<i>Security and Privacy for Mobile Healthcare Networks: From a Quality of Protection Perspective</i>	Zhang et al.	2015	81
4	<i>Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks</i>	Marsac et al.	2016	79
5	<i>The Coexistence of Competition and Cooperation between Networks: Implications from Two Taiwanese Healthcare Networks</i>	Peng e Bourne	2009	79
6	<i>Geographical accessibility and spatial coverage modeling of the primary health care network in the Western Province of Rwanda</i>	Munoz e Kallestal	2012	73
7	<i>Patient Referral Patterns and the Spread of Hospital-Acquired Infections through National Health Care Networks</i>	Donker, Wallinga e Grundmann	2010	68
8	<i>Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network</i>	Takian, Doshmangir e Rashidian	2013	63
9	<i>Prevalence of DSM-5 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Pediatric Gastroenterology Healthcare Network</i>	Eddy et al.	2015	57
10	<i>Multi-objective design of an organ transplant network under uncertainty</i>	Zahiri et al.	2014	52

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Figura 2 mostra os países que mais publicaram. O Brasil aparece no ranking com um

total de 96 publicações, seguido dos EUA com 72 publicações. Porém, o país com maior centralidade são os EUA justificado pelo elevado número de citações, sendo o artigo de Senst et al. (2001), o artigo com maior volume de citação da amostra com grande representatividade. Estes resultados corroboram com os achados na revisão integrativa de Rodrigues et al. (2014) que apontam a relevância de investigar RASs no Brasil, considerando a importância do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Vargas et al. (2015) há ainda poucas pesquisas sobre RASs em âmbito internacional, as pesquisas existentes foram conduzidas principalmente na América do Norte e na Europa, sendo mais escassas em países de baixa e média renda.

Figura 2 – Rede de Publicações por País



Fonte: Elaborado pelos autores com auxílio do software Citespace.

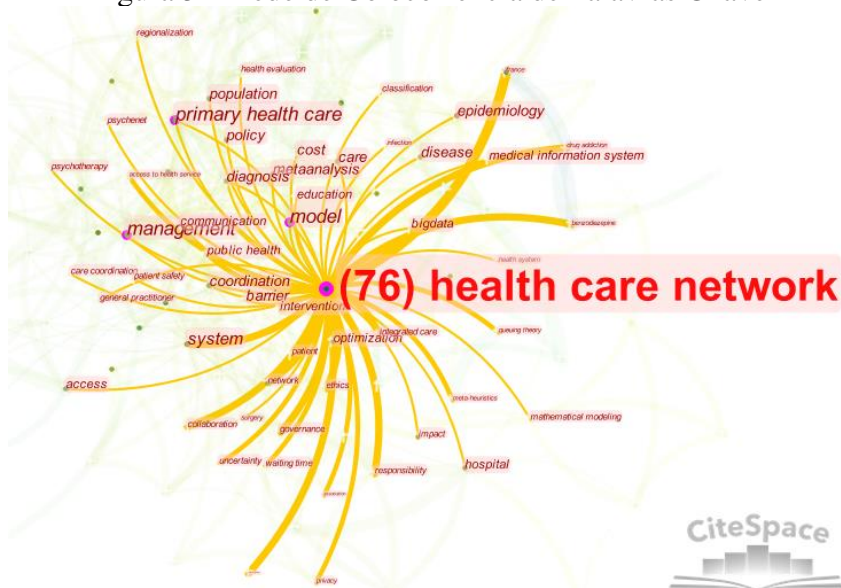
A Figura 3 mostra a rede de co-ocorrência de palavras-chave, foram considerados o *keyword* (palavras-chave do autor) e o *keyword plus* (palavras-chave da base WOS). A palavra-chave de maior ocorrência e centralidade foi *health care network*, refere-se ao próprio termo de busca e tema central dessa pesquisa, mostrando assim, forte conexão da amostra com o tema. Dentre as outras palavras ligadas ao termo *health care network* pode-se observar *primary health care* e *management* com maior relevância.

A atenção primária à saúde possui grande relevância na tratativa das RASs, pois é porta de entrada do sistema, a coordenadora do cuidado, o nível de atenção mais próximo da população podendo impactar diretamente na qualidade da assistência, na cobertura populacional, na eficiência e eficácia de toda a rede (VARGAS et al., 2015). A atenção primária à saúde tem grande potencial de resolubilidade dos problemas de saúde (MENDES, 2010; LAVRAS, 2011), exercendo o papel de um filtro, fazendo a triagem para que se possa chegar aos níveis de maior complexidade (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; RODRIGUES et al., 2014; TAKIAN; DOSHMANGIR; RASHIDIAN, 2013).

A gestão (*management*) é outro fator de grande importância nas RASs, principalmente para se garantir uma rede integrada, com a continuidade da assistência e capaz de atender as demandas da população (BARRIOS et al., 2013; MENDES, 2010; VERGARA; BISAMA; MONCADA, 2012; MENDES; ALMEIDA, 2015). A gestão deve ter como foco as regiões de saúde, com planejamento direcionado para aquela determinada população, de acordo com as características culturais, sociais e econômicas (VERGARA; BISAMA; MONCADA, 2012). O sistema de saúde deve ser visto como um todo, a gestão deve envolver a articulação entre os níveis assistenciais garantido o acesso integral à saúde a todos os indivíduos (VERGARA; BISAMA; MONCADA, 2012). Para uma gestão voltada para as necessidades da população é preciso envolver o governo, a sociedade e os prestadores de serviços, criando espaços de diálogo e interação entre todos os envolvidos (BARRIOS et al., 2013).



Figura 3 – Rede de Co ocorrência de Palavras Chave



Fonte: Elaborado pelos autores com auxílio do software Citespace.

#### 4.2 Análise da Base Intelectual

A Figura 4 mostra a rede de cocitação de referência, evidenciando os trabalhos relevantes para os artigos da amostra. A referência de maior relevância foi o livro *Redes de Atenção à Saúde* de Mendes (2011) que aborda sobre a necessidade de integração do SUS por meio das RAS avançando em relação ao sistema fragmentado visando garantir a universalidade, integralidade e igualdade da assistência. No artigo *Health Care Network* (segunda referência mais co citada) Mendes (2010) aponta que as RAS é a resposta para as “novas” necessidades de saúde da sociedade, advindas das mudanças demográficas e epidemiológicas. Assim, com base em estudos internacionais o autor busca detalhar diversos aspectos conceituais, de organização e estruturação das RAS que podem ser aplicados no caso brasileiro.

Hartz e Contandriopoulos (2004) no artigo *Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a "system without walls"* busca trazer um paralelo entre o princípio da integralidade com a integração do SUS. O princípio da integralidade diz respeito a garantia da assistência ao indivíduo em todos os níveis de atenção e isso, conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), remete a integração dos serviços por meio de redes assistenciais, mostrando a interdependência dos atores e organizações. Porém, os autores apontam que o SUS é um sistema sem muros, ou seja, sem barreiras de acesso aos níveis de atenção.

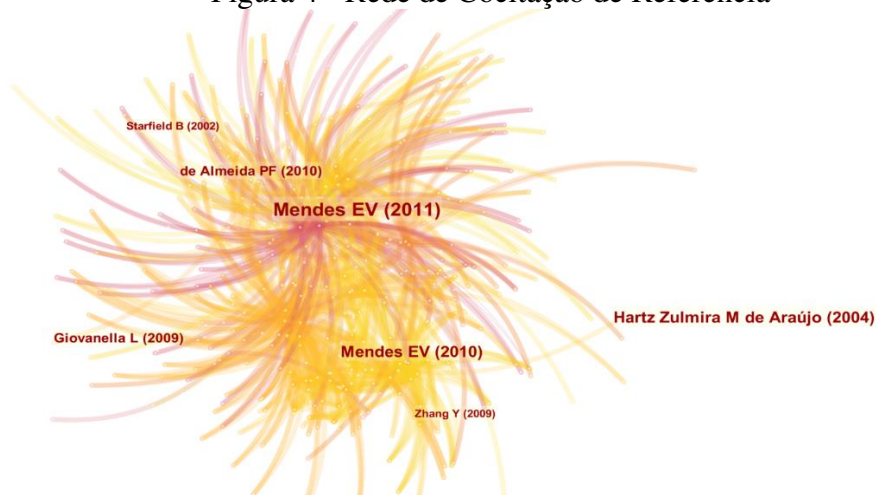
Pode-se observar que o artigo *Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a "system without walls"* foi publicado em 2004 e posteriormente ocorreu diversas discussões e evolução das RASs, principalmente da articulação entre os níveis de atenção, estipulando assim, “barreiras” para atenção secundária e terciária. Os trabalhos de Mendes (2010, 2011), por exemplo, ressaltam a importância de a atenção primária ser a porta de entrada do sistema e a coordenadora do cuidado, resolvendo grande parte das demandas e evitando atendimentos em níveis de complexidade maior.

O livro “Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia” de Starfield (2002) aponta a importância da Atenção Primária para o atendimento das demandas da população como mecanismo de organizar todo o sistema de saúde. Os artigos “Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à

saúde no Brasil” de Giovanella et al. (2009), “Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos” de Almeida et al. (2010) e “*Incorporating congestion in preventive healthcare facility network design*” de Zhang, Berman e Verter (2009) abordam sobre o papel da atenção primária como coordenadora cuidado e central na integração do sistema de saúde.

Giovanella et al. (2009) apontam que para a integração do sistema é necessário a definição da atenção primária de saúde como porta de entrada e coordenadora da assistência. A coordenação entre níveis assistenciais visa permitir a sincronização entre os serviços e ações de saúde de modo que busquem um objetivo comum e possibilitem a continuidade do cuidado para o indivíduo, ou seja, a integralidade da assistência (ALMEIDA et al., 2010). Zhang, Berman e Verter (2009) apontam a importância da promoção da saúde preventiva pela atenção primária de modo que possa reduzir a demanda de serviços e a gravidade de doenças, proporcionando a eficácia e eficiência do sistema.

Figura 4 - Rede de Cocitação de Referência

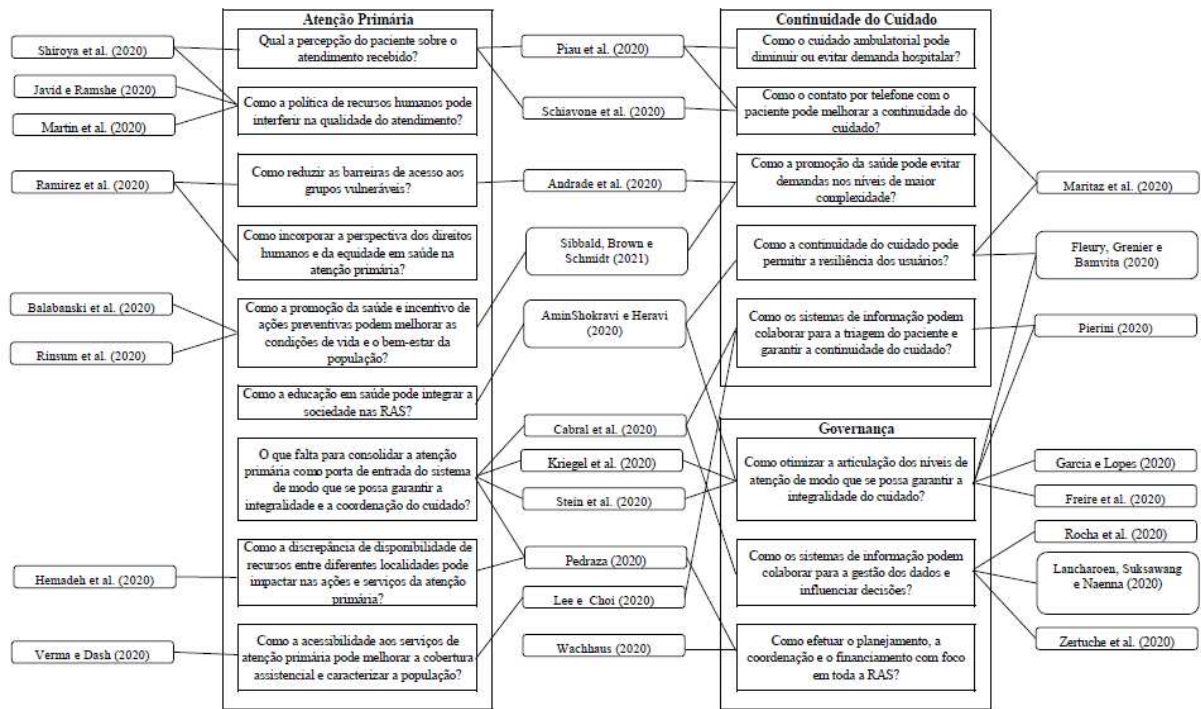


Fonte: Elaborado pelos autores com auxílio do software Citespace.

### 4.3 Agenda de Estudos Futuros

Com base nos artigos dos anos de 2020 e 2021 é apresentado na Figura 5 o mapa de sugestões de pesquisas futuras. Por meio da leitura dos artigos foram elaborados problemas de pesquisa agrupados em três categorias (atenção primária, continuidade do cuidado e governança) de acordo com a abordagem dos artigos. A atenção primária foi debatida na maioria dos artigos analisados, pois tem papel central nas Redes de Atenção à Saúde, atua como a porta de entrada do sistema, a coordenadora da rede, com grande proximidade da população e alto poder de resolubilidade das demandas. A continuidade do cuidado está associada a integralidade da assistência, ao caminho percorrido pelo usuário em toda a rede até que sua necessidade seja resolvida. A governança deve ter como foco para toda a rede, com a gestão voltada para o paciente, envolve a articulação entre os níveis de atenção, o planejamento e o financiamento.

Figura 5 – Mapa de sugestões de Pesquisas Futuras



Fonte: Elaborado pelos autores.

O primeiro problema de pesquisa da atenção primária está associado a percepção do paciente sobre o atendimento recebido. A percepção do paciente pode ser instrumento para mensurar a qualidade do atendimento, o desempenho dos profissionais de saúde e a satisfação dos pacientes (PIAU et al., 2020; SCHIAVONE et al., 2020; SHIROYA et al., 2021). O segundo problema de pesquisa está relacionado em reduzir as barreiras de acesso de grupos vulneráveis, abordado a partir dos estudos de Andrade et al. (2020) e Ramirez et al. (2020). Com base em Ramirez et al. (2020) emergiu o terceiro problema que diz respeito em como incorporar a perspectiva dos direitos humanos e a equidade em saúde na atenção primária.

A partir dos estudos de Balabanski et al. (2020), Rinsum et al. (2020) e Sibbald, Brown e Schmidt (2021) surgiu a questão como a promoção da saúde e incentivo de ações preventivas podem melhorar as condições de vida e o bem-estar da população. Os três estudos defendem que a mudança de estilo de vida pode melhorar o comportamento das pessoas e a qualidade de vida impactando em maior bem estar. Por meio do artigo de AminShokravi e Heravi (2020) surgiu a sugestão de como a educação em saúde pode integrar a sociedade nas RAS.

Os trabalhos de Pedraza (2020), Kriegel et al. (2020), Stein et al. (2020) e Cabral et al. (2020) referiram-se à atenção primária como o nível capaz de coordenar toda a rede e garantir a integralidade, porém, muitas vezes, isso não acontece na prática. Dessa forma, chegou-se ao problema: O que falta para consolidar a atenção primária como porta de entrada do sistema de modo que se possa garantir a integralidade e a coordenação do cuidado?

A questão como a política de recursos humanos pode interferir na qualidade do atendimento, surgiu a partir dos artigos de Martin et al. (2020), Javid e Ramshe (2020) e Shiroya et al. (2020). A configuração da RAS centrada na atenção primária é fortemente dependente das políticas de recursos humanos e qualidade dos serviços (JAVID; RAMSHE, 2020).

Os serviços e ações de saúde devem considerar as características sociais, econômicas e culturais da população local, principalmente para a atuação da atenção primária, que é o nível de atenção com maior proximidade da sociedade. Assim, conforme Pedraza (2020) e Hemadseh et al. (2020) chegou-se à proposta do problema de pesquisa: Como a discrepância de disponibilidade de recursos entre diferentes localidades pode impactar nas ações e serviços da atenção primária?

O problema de pesquisa como a acessibilidade aos serviços de atenção primária pode melhorar a cobertura assistencial e caracterizar a população surgiu a partir dos trabalhos de Lee e Choi (2020) e Verma e Dash (2020). Verma e Dash (2020) mostrou que a acessibilidade geográfica pode permitir maior assistência a população e Lee e Choi (2020) abordam sobre como controlar o fluxo de pacientes ao longo das RASs como possibilidade de melhorar a qualidade da assistência e a eficiência do sistema.

A primeira questão de pesquisa associada a continuidade do cuidado (Como o cuidado ambulatorial pode diminuir ou evitar demanda hospitalar?) foi criada a partir do trabalho de Piau et al. (2020) que analisou o tema sob a perspectiva de pacientes idosos no tratamento oncológico. Conforme Piau (2020), Schiavone et al. (2020) e Maritaz et al. (2020) o contato por telefone pode permitir o acompanhamento e monitoramento do paciente e assim, possibilitar percorrer entre os níveis de assistência e ter a continuidade do cuidado. Desse modo, chegou-se ao segundo problema de pesquisa da continuidade do cuidado: Como o contato por telefone com o paciente pode melhorar a continuidade do cuidado?

A questão de como a promoção da saúde pode evitar demandas nos níveis de maior complexidade emergiu dos trabalhos de Andrade et al. (2020) e Sibbald, Brown e Schmidt (2021) e está fortemente ligado a atuação da atenção primária. Por meio da promoção da saúde pode-se melhorar a qualidade de vida da população e evitar agravamentos, otimizando os recursos disponíveis e garantir a continuidade do cuidado. A continuidade do cuidado é a possibilidade de garantir o acesso integral ao indivíduo, porém chegou-se, por meio de Maritaz et al. (2020), Fleury, Grenier e Bamvita (2020) e AminShokravi e Heravi (2020) ao seguinte problema de pesquisa: Como a continuidade do cuidado pode permitir a resiliência dos usuários? Ou seja, se a continuidade do cuidado possibilita o reestabelecimento dos usuários.

Os sistemas de informação podem fornecer suporte para a continuidade do cuidado, mostrando o caminho percorrido pelo usuário, a programação de demandas e o planejamento conforme as necessidades do paciente (PIERINI, 2020; CABRAL et al., 2020; LEE; CHOI, 2020). Assim, chegou-se a seguinte questão: Como os sistemas de informação podem colaborar para a triagem do paciente e garantir a continuidade do cuidado? Neste contexto, os sistemas de informação também podem oferecer suporte para a governança, para a gestão dos dados, o planejamento, a programação de serviços e subsidiar as tomadas de decisão. Com base em Rocha et al. (2020), Lancharoen, Suksawang e Naenna (2020), Zertuche et al. (2020) e Cabral et al. (2020) chegou-se ao problema de pesquisa: Como os sistemas de informação podem colaborar para a gestão dos dados e influenciar decisões?

O problema de pesquisa como otimizar a articulação dos níveis de atenção de modo que se possa garantir a integralidade do cuidado, surgiu dos artigos de Pierini (2020), Garcia e Lopes (2020), Freire et al. (2020), AminShokravi e Heravi (2020), Kriegel et al. (2020) e Stein et al. (2020). Uma das funções da governança das RASs é uma gestão que permita a articulação dos níveis de atenção, que possibilita o acesso integral e universal, garante a eficiência e eficácia do sistema. A governança teve ter foco em uma gestão voltada para as necessidades da população (PEDRAZA, 2020; WACCHAUS, 2020). Assim, chegou-se ao seguinte problema: Como efetuar o planejamento, a coordenação e o financiamento com foco em toda a RAS? O planejamento, a coordenação e o financiamento são o dispositivo para se chegar as redes integradas, capazes de proporcionar a universalidade, integralidade e igualdade da assistência.

## **5. CONCLUSÃO**

O objetivo do artigo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as Redes de Atenção à Saúde. A partir da análise bibliométrica foi possível levantar e caracterizar a frente de pesquisa e a base intelectual. Pode-se observar que o campo de estudos sobre RASs é relativamente novo, ganhando maior relevância a partir de 2008, quando o tema passou a ser

discutido mundialmente pela Organização Mundial da Saúde como proposta para os sistemas de saúde. O Brasil e os EUA se destacaram no volume de publicações sobre as RAS, sendo o volume de trabalhos nacionais dada a importância do Sistema Único de Saúde brasileiro. O periódico com maior volume de publicações e citações foi o *Ciência & Saúde Coletiva*, uma revista brasileira.

Dentre os artigos mais citados, o primeiro estudo foi o de Senst et al. (2001), um artigo dos EUA que analisam aspectos relativos à demanda por eventos adversos de medicamentos em rede de saúde integrada de hospitais. O segundo estudo mais citado foi o de Mendes (2010), um estudo brasileiro, que por meio da literatura internacional levanta importantes aspectos conceituais das redes de atenção à saúde.

A rede de ocorrência de palavras chave evidenciou a centralidade no termo *health care network*, tema central desse artigo com destaque também se apresentaram *primary health care* e *management*. A atenção primária tem importante papel dentro das RASs, é a porta de entrada, possui alta resolubilidade de demandas e é a coordenadora da assistência. A gestão (*management*) é outro fator crucial das RASs, principalmente para a sua integração, para uma gestão voltada para o paciente, para a articulação dos níveis de atenção, para permitir a continuidade do cuidado, garantindo assim, a universalidade, integralidade e igualdade da assistência. A análise da base intelectual por meio da rede de citação de referência mostrou artigos além da amostra analisada, sendo destaque o livro de Mendes (2011).

Por fim, foi apresentado o mapa de sugestões de pesquisas futuras, com a exposição de questões de pesquisa agrupados por atenção primária, continuidade do cuidado e governança, temas que emergiram por meio da leitura dos artigos.

Entretanto, a principal limitação desta pesquisa é a utilização de uma única base de dados, mesmo que relevante, a *Web of Science* pode não abrigar todos os artigos relacionados aos termos de busca. Sugerem-se que outros trabalhos repliquem os procedimentos de buscas em bases de conhecimento diversificadas, reforçando ou contestando as observações realizadas.

## REFERÊNCIAS

- ALECRIM, W; DOBASHI, B. F. Redes de Atenção à Saúde: rumo a integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 1, n. 52, p. 54-57, 2014.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- AMINSHOKRAVI, A.; HERAVI, G. Developing the framework for evaluation of the inherent static resilience of the access to care network. **Journal of Cleaner Production**, v. 267, n. 1, p. 1-15, 2020.
- ANDRADE, S. C. V.; MARCUCCI, R. M. B.; FARIA, L. F. C.; PASCHOAL, S. M.; REBUSTINI, F.; MELO, R. C. Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the City of Sao Paulo. **Einsten**, v. 18, n.1, p.1-15, 2020.
- BALABANSKI, A. H.; GOLDSMITH, K.; GIAROLA, B.; BUXTON, D.; CASTLE, S.; MCBRIDE, K.; BRADY, S.; THRIFT, A. G.; KATZENELLENBOGEN, J.; BROWN, A.; BURROW, J.; DONNAN, G. A.; KOBLAR, S.; KLEINIG, T. J. Stroke incidence and subtypes in Aboriginal people in remote Australia: a healthcare network population-based study. **BMJ Open**, v. 10, n. 10, p. 1-15, 2020.
- BARRIOS, O. A., DEVIA, O. T., GARCIA, A. F., HEIN, A. A., HERRERA, O. A. Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. **Salud Pública de México**, v. 55, n. 6, p. 650-658, 2013.
- BASSANESI, S. L.; AZAMBUJA, M. I.; ACHUTTI, A. Mortalidade Precoce por Doenças

Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arq. Brasileiro de Cardiologia**, v. 90, n. 6, p. 403-412, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto 7.508 de 28 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, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 20 jan. 2020.

CABRAL, D. S.; NASCIMENTO, M. C.; MIRANDA, T. P. S.; SILVA JUNIOR, S. I.; BITTENCOURT, F.; SILVA, S. A. Evaluation of healthcare networks by nurses in the Family Health Strategy. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, n.1, p. 1-15, 2020.

CHEN, C. CiteSpace II: Detecting and Visualizing Emerging Trends and Transient Patterns in Scientific Literature. **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, v. 57, n. 3, p. 359-377, 2006.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G.A.; TASCA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; GRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

DONKER, T.; WALLINGA, J.; GRUNDMANN, H. Patient Referral Patterns and the Spread of Hospital-Acquired Infections through National Health Care Networks. **PLoS Computational Biology**, v. 6, n. 3, p. 1-9, 2010.

EDDY, K. T.; THOMAS, J. J.; HASTINGS, E.; EDKINS, K.; LAMONT, E.; NEVINS, C. M.; PATTERSON, R. M.; MURRAY, H. B.; WAUGH, R. B.; BECKER, A. E. Prevalence of DSM-5 Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Pediatric Gastroenterology Healthcare Network. **International Journal of Eating Disorders**, v.1, n.1, p. 1-7, 2014.

FLEURY, M. J.; GRENIER, G.; BAMVITA, J. M. Relationships Among Structures, Team Processes, and Outcomes for Service Users in Quebec Mental Health Service Networks. **International Journal of Integrated Care**, v. 20, n. 2, p. 1-10, 2020.

FREIRE, M. P.; LOUVISON, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; CHIORO, A.; BERTUSSI, D. Regulation of care in care networks: the importance of new technological arrangements. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. 1-10, 2020.

GARCIA, R. M.; LOPES, E. L. Improvement in Access to Diagnosis and Treatment of Breast Cancer: The Experience of the Municipality of Guarulhos/ SP. **Journal of Management and Technology**, v. 20, n. 2, p. 237- 255, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HAERI, A.; MOTLAGH, S. M. H.; SAMANI, M. R. G.; REZAEI, M. An integrated socially responsible-efficient approach toward health service network design. **Annals of Operations Research**, v. 1, n. 1, p. 1-54, 2021.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.



HEMADEH, R.; KDOUH, O.; HAMMOUD, R.; JABER, T.; KHALEK, L. A. The primary healthcare network in Lebanon: a national facility assessment. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 26, n. 6, p. 700-707, 2020.

HUANG, K.; PROVAN, K. G. Structural embeddedness and organizational social outcomes in a centrally governed mental health services network. **Public Management Review**, v. 9, n. 2, p. 169-189, 2007.

JAVID, A. A.; RAMSHE, N. A stochastic location model for designing primary healthcare networks integrated with workforce cross-training. **Operations Research for Health Care**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2020.

KRIEGEL, J.; RISSBACHER, C.; POELZL, A.; WEIDINGER, L. T.; RECKWITZ, N. Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. **Health Policy**, v. 124, n. 1, p. 75-82, 2020.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LANCHAROEN, S.; SUKSAWANG, P.; NAENNA, T. Readiness assessment of information integration in a hospital using an analytic network process method for decision-making in a healthcare network. **International Journal of Engineering Business Management**, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2020.

LAVRAS, C. Primary Health Care and the Organization of Regional Health Care Networks in Brazil. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEE, Y. H.; CHOI, Y. H. Optimal cost adjustment for a selfish routing healthcare network. **Health Care Management Science**, v. 23, n. 4, p. 585-604, 2020.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; PRADO, R. R.; ESCALANTE, J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia Serviço Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.

MARITAZ, C.; NAPOLY, L.; BURNEL, S.; LOTZ, J. P. Patients on oral anticancer drugs and coordinated pathway: CHIMORAL, feedback from care providers. **Bulletin Du Cancer**, v. 107, n. 12, p. 1210-1220, 2020.

MARSAC, M. L.; ADAMS, N. K.; HILDENBRAND, A. K.; NICHOLLS, E.; WINSTON, F. K.; LEFF, S. S.; FEIN, J. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. **Clinical Review & Education**, v. 170, n. 1, p. 70-77, 2016.

MARTIN, R. A. S.; MUNOZ, E. R. A.; TORRES, F. S. M.; RIVERA, C. R. M. Social representations of nursing through nurse prescription in the primary healthcare network. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 1, p. 1-15, 2020.

MENDES, E. V. Health care networks. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011, p. 1-554.

MUNOZ, U. H.; KALLESTAL, C. Geographical accessibility and spatial coverage modeling of the primary health care network in the Western Province of Rwanda. **International Journal of Health Geographics**, v. 11, n. 40, p. 1-11, 2012.

MUNOZ-LEIVA, F.; SANCHEZ-FERNANDEZ, J.; LIEBANA-CABANILLAS, F. J.; MARTINEZ-FIESTAS, M. Detecting salient themes in financial marketing research from 1961 to 2010. **Service Industries Journal**, v. 33, n. 9, p. 925-940, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde [2010]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 01 ago. 2020.

NAÇÕES UNIDAS. **World Population Prospects 2019**. Department of Economic and

Social Affairs Population Division, p. 1-39, 2019.

NAVAB, S. W.; HAMED, P.; SADRE, M. Heights and Weights of Iranian Preschool Children in a Rural Health Care Network. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 28, n. 4, p. 180-186, 1982.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud**. Washington, D.C.: PAHO; 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Servicios de Salud**. Washington, D.C.: PAHO; 2010.

PIAU, A.; BOURGADE, G.; BERBON, C.; NOURHASHEMI, F.; LOUIT, C.; BALARDY, L. Access to individualized oncology care for older patients in complex healthcare networks: The skilled nurse option. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 11, n. 5, p. 899-901, 2020.

PIERINI, C. The dynamics of a perinatal network in the greater buenos aires (2008-2017): meetings between planned and practice. **Cuestiones de Sociología**, v. 1, n. 23, p. 1-12, 2020.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D.; CUPERTINO, T. V.; LEITE, L. S.; VALE, L. R.; CASTRO, M. A.; LAGE, A. C. A.; SILVA MAURO, T. G. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no sus de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 211-222, 2013.

PEDRAZA, C. C. Financing of integrated health service networks. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, n.1, p. 1-7, 2020.

PENG, T. A.; BOURNE, M. The Coexistence of Competition and Cooperation between Networks: Implications from Two Taiwanese Healthcare Networks. **British Journal of Management**, v. 20, n. 1, p. 377-400, 2009.

PRADO, J. W. et al. Multivariate analysis of credit risk and bankruptcy research data: a bibliometric study involving different knowledge fields (1968–2014). **Scientometrics**, v.102, n3, p 1007 – 1029, 2016.

RAMIREZ, C. J.; VILLALOBOS, A.; VALENZUELA, A. L. S.; NIGENDA, G. Barriers for indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health services networks. **Gaceta Sanitaria**, v. 34, n. 6, p. 546-552, 2020.

RINSUM, C. E. V.; GERARDS, S. M. P. L.; RUTTEN, G. M.; GOOR, I. A. M. V.; KREMERS, S. P. J.; MERCKEN, L. Lifestyle coaches as a central professional in the health care network? Dynamic changes over time using a network analysis. **BMC Health Service Research**, v. 21, n. 1, p. 1-15, 2021.

ROCHA, L. G., CARVALHO, V.; PEREIRA, D. S.; PEREIRA, M. J.; SILVA, S. L. A. Validity and consistency of the entries in the Health Care Network's patient records for the use of services by the elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2103-2112, 2020.

RODRIGUES, L. B. B.; SILVA, P. C. S.; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. A.; PINTO, I. C.; MONROE, A. A.; ARCÊNIO, R. A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p.343-352, 2014.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: A região de Saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SCHIAVONE, F.; LEONE, D.; SORRENTINO, A.; SCALETTI, A. Re-designing the service experience in the value co-creation process: an exploratory study of a healthcare network. **Business Process Management Journal**, v. 26, n. 4, p. 889-908, 2020.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil**, v. 1, n. 4, p. 61-74, 2011.

SENST, B. L.; ACHUSIM, L. E.; GENEST, R. P.; COSENTINO, L. A.; FORD, C. C.; LITTLE, J. A.; RAYBON, S. J.; BATES, D. W. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. **Am J Health-Syst Pharm**, v. 58,



n. 1, p. 1126-1132, 2001.

SIBBALD, S. L.; BROWN, R.; SCHMIDT, L. Creating an Interprofessional Network in Lifestyle Medicine: The Journey of the Canadian Academy of Lifestyle Medicine. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 15, n. 1, p. 68-74, 2021.

SIDDIQI, S.; MASUD, T. I.; NISHTAR, S.; PETERS, D. H.; SABRI, B.; BILE, K. M.; JAMA, M. A. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. **Health Policy**, v. 90, p. 13-25, 2009.

SILVA, S. F. Contribuição para a análise da implementação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 1, n. 52, p. 165-176, 2014.

SHIROYA, V.; SHAWA, N.; MATANJE, B.; HALOKA, J.; SAFARY, E.; NKHWELIWA, C.; MUELLER, O.; PHIRI, S.; NEUHANN, F.; DECKERT, A. Reorienting Primary Health Care Services for Non-Communicable Diseases: A Comparative Preparedness Assessment of Two Healthcare Networks in Malawi and Zambia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 9, p. 1-15, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 1-726.

STEIN, C.; SANTOS, K. W.; CONDESSA, A. M.; CELESTE, R. K.; HILGERT, J. B.; HUGO, F. N. Presence of Specialized Dentistry Centers and the relationship with dental extractions in the oral healthcare network in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-15, 2020.

TAKIAN, A., DOSHMANGIR, L., RASHIDIAN, A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. **Family Practice**, n.30, v. 5, p. 551-559, 2013.

VARGAS, I.; PEREZ, A.S.M.; UNGER, J. P.; SILVA, M. R. F.; PAEPE, P. VAZQUEZ, M. L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, n. 6, p 705-717, 2015.

VERGARA, M.; BISAMA, L.; MONCADA, P. Essential competences for the management of health care networks. **Revista Medica de Chile**, v. 140, n. 12, p. 1606-1612, 2012.

VERMA, V. R.; DASH, U. Geographical accessibility and spatial coverage modelling of public health care network in rural and remote India. **Plos One**, v. 15, n. 10, p. 1-15, 2020.

ZAHIRI, B.; MOGHADDAM, R. T.; MOHAMMADI, M.; JULA, P. Multi-objective design of an organ transplant network under uncertainty. **Transportation Research Part**, v. 72, n. 1, p. 101-124, 2014.

ZERTUCHE, D. R.; MARMOL, A. G.; VELASCO, F. M.; SCHWARZBAUER, K.; TRISTAO, I. Implementing electronic decision-support tools to strengthen healthcare network data-driven decision-making. **Archives of Public Health**, v. 78, n.1, p. 1-10, 2020.

ZHANG, Y.; BERMAN, O.; VERTER, V. Incorporating congestion in preventive healthcare facility network design. **European Journal of Operational Research**, v. 198, n. 3, p. 922-935, 2009.

ZHANG, K.; YANG, K.; LIANG, X.; SU, Z.; SHEN, X.; LUO, H. H. Security and Privace for mobile healthcare networks: from a quality of protection perspective. **IEEE Wireless Communications**, v. 1, p. 104-112, 2015.

YANG, W.; WU, B.; TAN, S. Y.; LI, B.; LOU, V. W. Q.; CHEN, Z.; CHEN, X.; FLETCHER, J. R.; CARRINO, L.; HU, B.; ZHANG, A.; HU, M.; WANG, Y. Understanding Health and Social Challenges for Aging and Long-Term Care in China. **Research on Aging**, v.43, n. 4, p. 127-135, 2020.

WACHHAUS, A. Building Health Communities: Local Health Care Networks in Maryland. **American Review of Public Administration**, v. 50, n. 1, p. 62-76, 2020.