



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas

Organizadores:

Cristine Maria Warmling

Luciana Marques

Roger dos Santos Rosa



**EDITORA
PRISMAS**

**O trabalho e a educação nas redes de saúde:
Contribuições Coletivas**

**Cristine Maria Warmling
Luciana Marques
Roger dos Santos Rosa**

1ª Edição - Copyright© 2018 Editora Prismas
Todos os Direitos Reservados.

Revisão ortográfica e gramatical de responsabilidade do autor.

Editor Chefe: Vanderlei Cruz - editorchefe@editoraprimas.com.br
Diagramação, Capa e Projeto Gráfico: Fabricio Correia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T758O

O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas / organizado por Cristine Maria Warmling, Luciana Marques, Roger dos Santos Rosa. – Curitiba : Prismas, 2019. 138p.

Inclui bibliografia

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Educação em Saúde. I. Warmling, Cristine Maria. II. Marques, Luciana. III. Rosa, Roger dos Santos. IV. Scherer, Magda. V. Pfluck, Nátali Carina Dolvistch. VI. Graff, Vinicius Antério. VII. Sari, Janaine. VIII. Marchese, Juliana Alberti. IX. Costa, Mariana Portal da. X. Nascimento, Camilla Ferreira do. XI. Panzera, Carla Simone Teló. XII. Lima, Jéssica Hilário de. XIII. Weber, Larissa. XIV. Ely, Luciane Ines. XV. Souza, Raquel Santos. XVI. Silva, Tiago de Oliveira. XVII. Tigre, Aline. XVIII. Santos, Milton Humberto Schanes dos. XIX. Taveira, Daniele Giroletti. XX. Ancini, Denise Margareth Borges. XXI. Scremin, Simone Medianeira. XXII. Sortica, Aline Coletto. XXIII. Motta, Iuday Gonçalves. XXIV. Schmitz, Márcia Elisa Prestes. XXV. Título.

CDD614

Bibliotecária responsável: Daniela S. Christ CRB 10/2362

ISBN 978-85-537-0022-6

Editora Prismas Ltda.
Fone: (41) 3030-1962
Rua Morretes, 500 - Portão
80610-150 - Curitiba, PR
www.editoraprimas.com.br



Capítulo 3

O modelo organizacional em rede e a educação permanente na saúde

Camilla Ferreira do Nascimento

Carla Simone Teló Panzera

Jéssica Hilário de Lima

Larissa Weber

Cristine Maria Warmling

O poder dever ser analisado como algo que circula, que funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como riqueza ou bem. O poder funciona e se exerce em rede (FOUCAULT, 1997, p. 103).

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), há mais de 25 anos, observa-se um processo de desenvolvimento e de qualificação da atenção à saúde no Brasil. Graças a esse crescimento, foram possíveis representativos avanços na qualidade do atendimento ofertado. Entretanto, a própria expansão do sistema tem provocado a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, problema esse que vem crescendo em relevância (BRASIL, 2010). A fragmentação prejudica o cumprimento do princípio constitucional da integralidade e justifica a importância de planejar redes de saúde, a fim de restabelecer a coerência entre

as situações de saúde e os serviços oferecidos pelo sistema de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Previstas desde a promulgação da Constituição Federal (1988), as redes regionalizadas de atenção à saúde têm como atribuição superar as fragmentações de ações e serviços de saúde e, também, qualificar a gestão do cuidado. Por um longo período, este cuidado esteve focado em ações curativas, dimensionadas a partir da oferta e centralizadas na figura do médico, estratégia que se revelou ineficaz para o enfrentamento dos desafios sanitários atuais e insustentável para enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

O modelo organizacional em Rede de Atenção à Saúde (RAS) tornou-se a principal estratégia do Ministério da Saúde para superar as fragilidades de um sistema que busca qualificar os serviços de saúde, mesmo com um financiamento reduzido e precário. Espera-se, com a proposta das redes, ampliar o acesso dos usuários aos serviços, qualificar as linhas de cuidado em saúde, organizar os fluxos de atendimento e reduzir gastos desnecessários com os serviços dentro da rede e, também, dar melhor sustentabilidade ao SUS. Somente por meio de um sistema de atenção à saúde integrado, será possível responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

No entanto, de que modo o modelo de planejamento em rede tem se adequado enquanto nova proposta hegemônica para a organização de saúde? Como os processos de formação e de educação permanente dos profissionais de saúde compõem estas novas racionalidades?

O objetivo deste texto é apresentar o modo como as redes de saúde vêm assumindo importância nas conjunturas de planejamento do SUS e relacionar a educação permanente na saúde com este fenômeno.

A tripla carga de doenças e a organização de sistemas de saúde em redes

A teoria da transição demográfica remonta ao princípio do século XX, pressupõe que o desenvolvimento econômico e a modernização das sociedades provocaram mudanças significativas nas taxas de natalidade e de mortalidade dos países europeus, alterando o ritmo de crescimento e as estruturas populacionais. Antes da transição demográfica, as sociedades apresentavam estrutura etária jovem caracterizada por altas taxas de natalidade e de mortalidade. Hoje, os baixos níveis de natalidade e de mortalidade aproximaram-se, possibilitando o envelhecimento significativo da estrutura etária (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No Brasil, a transição demográfica é muito acelerada. O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta numa evidente transformação da pirâmide etária da população. O formato triangular, com base alargada, do início dos anos 2000, deverá ceder lugar, em 2030, para o desenho de uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas (MENDES, 2011).

O processo conhecido como transição epidemiológica se caracteriza pela evolução de um perfil de alta mortalidade causada por doenças infecciosas para outro perfil onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônico-degenerativas. A situação epidemiológica, característica dos países em desenvolvimento, se caracteriza pela persistência concomitante das doenças infecciosas e das doenças crônicas (MENDES, 1999; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As transformações marcantes na situação de saúde brasileira ocorridas ao longo dos últimos anos originam o que

se denomina a tripla causa de doenças. A transição demográfica acelerou a presença de condições crônicas de adoecimento, aliada a esse processo está a agenda ainda inconclusa de doenças infecciosas e a carga importante de causas externas ligadas à urbanização do país (MENDES, 2010).

Por envolver, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, o desafio das doenças crônicas em conjunto com seus fatores de riscos (como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada) e o forte crescimento da violência e das causas externas, essa complexa situação epidemiológica tem sido definida como a tripla carga de doenças (FRENK, 2006).

Geralmente, as doenças crônicas apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas e elas podem acarretar no surgimento de mais sintomas e na perda da capacidade funcional (LORIG et al., 2006). Em caso de mau manejo por parte dos serviços de saúde, as condições crônicas podem apresentar também eventos agudos.

O cenário atual de determinação do processo saúde e doença descrito acima aponta para uma crise do sistema, que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde onde predominam condições crônicas e uma oferta de ações fragmentadas e voltadas, principalmente, para “as condições agudas e as agudizações das condições crônicas” (MENDES, 2010 p. 2297). Diante desse quadro, mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde se fazem necessárias para que os mesmos possam ser resolutivos.

No Brasil, os sistemas de atenção à saúde tradicionalmente organizam-se de modo fragmentado e desconectado. São constituídos por um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros e muitas vezes incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A Atenção Primária à Saúde (APS) não exercita o papel de centro de comunicação e de coordenação do cuidado, pois não se comunica fluidamente com os demais níveis de atenção, nem com os sistemas de apoio. A fragmentação do processo de atenção em saúde tem sido apontada como importante responsável pela baixa qualidade do atendimento e pela dificuldade de acesso. Dessa forma, não atendem bem a um contexto com predomínio de condições crônicas, gerando inconsistência entre a situação de saúde e a resposta social oferecida (MENDES, 2011).

A solução para essa crise se encontra na recomposição da coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as Redes de Atenção à Saúde. As redes têm o potencial de melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e, ainda, reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Pode-se analisar, a seguir, as diferenças entre os sistemas fragmentados e os sistemas que se organizam em redes.

Figura 1 - Sistemas fragmentados e Sistemas organizados a partir do modelo de Redes

AS DIFERENÇAS ENTRE OS SISTEMAS FRAGMENTADOS E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
• ORGANIZADO POR COMPONENTES ISOLADOS	• ORGANIZADO POR UM CONTÍNUO DE ATENÇÃO
• ORGANIZADO POR NÍVEIS HIERÁRQUICOS	• ORGANIZADO POR UMA REDE POLIÁRQUICA
• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES AGUDAS	• ORIENTADO PARA A ATENÇÃO A CONDIÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
• VOLTADO PARA INDIVÍDUOS	• VOLTADO PARA UMA POPULAÇÃO
• O SUJEITO É O PACIENTE	• O SUJEITO É AGENTE DE SAÚDE
• REATIVO	• PROATIVO
• ÊNFASE NAS AÇÕES CURATIVAS	• ATENÇÃO INTEGRAL
• CUIDADO PROFISSIONAL	• CUIDADO INTERDISCIPLINAR
• GESTÃO DA OFERTA	• GESTÃO DE BASE POPULACIONAL
• FINANCIAMENTO POR PROCEDIMENTOS	• FINANCIAMENTO POR CAPITAÇÃO OU POR UM CICLO COMPLETO DE ATENDIMENTO A UMA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Fonte: MENDES, 2011.

Os estudos sugerem que estruturar sistemas em redes é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio do SUS (MAGALHÃES JUNIOR, JAIME, LIMA, 2013). As redes provocam mudanças nas questões político-administrativas. Por um lado, reconhecem a complexidade da sociedade e do Estado, no sentido de uma maior diversificação, especialização e aumento do número de indivíduos, assim como recursos envolvidos no enfrentamento das dificuldades. Por outro lado, indicam uma mudança metodológica na abordagem de níveis governamentais, fenômenos administrativos e relação entre Estado e sociedade (FLEURY, 2005).

A reestruturação dos serviços de saúde em rede integrada pretende trazer como resultados a melhora na qualidade clínica e sanitária, a satisfação dos usuários e a redução dos custos (SILVA, 2011). Os resultados são expressivos na atenção às pessoas idosas, na saúde mental, no controle do diabetes, no controle de doenças cardiovasculares, no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2011).

A constituição do conceito de redes de saúde como modelo organizacional para o SUS

A Constituição Federal de 1988 definiu que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988). As diretrizes que caracterizam esse sistema são a descentralização, o atendimento integral e o controle social. A partir de então, temos a base do Sistema Único de Saúde brasileiro, implantado pela Lei 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990).

A discussão sobre a construção das redes perdeu certo espaço na medida em que o foco principal se centrou na descentralização dos serviços (KUSCHNIR, et al., 2010). A descentralização acarretou dificuldades na organização da assistência e na definição de modelos assistenciais que pudessem garantir acesso e atenção integral, ao mesmo tempo que tornou mais complexa a constituição dos possíveis mecanismos e instrumentos para gestão (LEV-COVITZ et al. 2001).

A partir de 1993, a Reforma Sanitária brasileira “adquiriu um processo reformista, com um gradualismo lento, sem um desenho estratégico global, focalizando-se em um

escopo restrito, em partes de uma única macro função” e “com negociações arrastadas, que se cristalizaram, principalmente em Normas Operacionais Básicas” (MENDES, 2001, p.27).

As Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) foram publicadas entre 1993 e 1996. A primeira delas (NOB/SUS/93) apontava a regionalização como uma articulação e mobilização municipal que levava em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política expressa pelos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993). A NOB/SUS/96 tratou da Programação Pactuada Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento que reforçava o processo de descentralização de serviços, buscando com que os municípios formalizassem pactuações regionais que beneficiassem o fluxo de encaminhamentos dos usuários e o acesso aos serviços, progredindo para a formação de redes regionalizadas (BRASIL, 1996). Por fim, as NOAS/SUS/01 e 02 estabeleceram a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, expresso em um Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2001).

Alguns anos depois, o Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006 – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão do SUS) foi proposto para superar a fragmentação das políticas e a falta de coordenação dos sistemas e programas de saúde. Também tinha como objetivo o respeito às diferenças loco-regionais reforçando a organização dos municípios nas regiões de saúde e possibilitando o planejamento regional e os mecanismos de cogestão e de controle social. O processo de regionalização aparece como um dos eixos estruturantes do terceiro entre os três componentes do Pacto pela Saúde, isto é, do Pacto de Gestão do SUS, que compreende a criação dos Colegiados de Gestão Regional em cada região de saúde. Os

Colegiados se tornaram espaços de negociação e de pactuações entre os gestores, os quais deram novo impulso à descentralização coordenada das ações e dos serviços no SUS, garantindo melhor acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Finalmente, no ano de 2010, foi publicada a Portaria Nº 4.279 que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, como nova estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e, também, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com intuito de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). A portaria define RAS 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. Levando em conta a lógica de que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para o estabelecimento de uma rede. No entanto, o centro de comunicação entre tais pontos de atenção deve ser a Atenção Primária, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde (BRASIL, 2010). O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Outro avanço importante dessa década foi a publicação do Decreto Nº 7.508/2011 que definiu a Região de Saúde como

Espaço geográfico, contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades

culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto propôs o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como estratégia para a efetivação da regionalização, um acordo a ser firmado nas Regiões de Saúde, organizando os serviços e as referências pactuados pelos Colegiados de Gestão Regional (BRASIL, 2011). Os contratos devem definir metas, indicadores, métodos de avaliação e demais responsabilidades de todos os envolvidos na RAS. Para tanto, o contrato pressupõe ter havido, previamente, um planejamento integrado, devendo ser explicitado seu financiamento (SANTOS; ANDRADE, 2008).

O papel da educação permanente em saúde na perspectiva organizacional em rede

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) e a gestão do trabalho constituem-se em um movimento técnico-político-pedagógico construído no setor público da saúde para efetuar relações orgânicas entre a educação/o ensino e os serviços (BRASIL, 2004). A PNEP ocupa uma posição transversal na articulação de estratégias de mudanças nos processos educacionais em saúde e tem sido definida com o objetivo de implementar projetos de mudança na educação, no ensino e no trabalho em consonância com as necessidades do SUS. Além disso, prioriza o enfrentamento de problemas por meio da criação de saberes e experiências no cotidiano do trabalho na saúde (CECCIM, 2005; CECCIM.; FEUERWERKER, 2004; ALBUQUERQUE, 2009; MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

A educação do trabalhador assume papel fundamental para o funcionamento dos modelos em saúde que se concebem e se organizam a partir de desenhos organizacionais em redes colaborativas e comunicativas. Ao constituir-se como processo perene, contínuo ou permanente, termo mais utilizado pela política do SUS de educação dos trabalhadores da saúde, precisa desenvolver a percepção dos trabalhadores enquanto aprendizes constantes, que se monitoram e conduzem-se ao aperfeiçoamento continuado. Na visão em rede, o intraempreendedorismo é valorizado como tática da auto-organização, da confiança e da aprendizagem; inclusive, as qualificações devem produzir competências extrafuncionais. (WEBER, 2008).

No entanto, o modelo organizacional em rede demonstra relevância também em outras áreas da administração. A rede como um novo modelo aparece em vários campos, dentre os quais a economia, ganhando destaque também no âmbito do comportamento social. O modelo organizacional está associado a um novo tipo de poder social, tendo em vista que é proveniente de um diferente tipo de ideal organizacional, não mais piramidal, mas disperso em forma de rede. Nessa conjuntura, emerge uma demanda pela autonomia e pela cooperação entre os participantes que compõem a rede ao invés da competição. Dessa forma, gerenciamento da diversidade se torna importante no dispositivo rede, porém enquanto recurso sempre utilizável e não reduzível. A diversidade substitui a simplicidade ínsua de que apenas o gerente está a par de tudo, e assim, assume vozes múltiplas, diálogo e não ordem, mas sim, uma busca unificada por soluções e não receitas prontas de cima para baixo (WEBER, 2008)

O processo disciplinar que organiza a RAS constitui-se como um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder atuam e possuem como alvo os indivíduos em sua singularidade.

A fim de individualizar cada ser humano tais técnicas utilizam-se da avaliação que exerce vigilância permanente, classificatória e que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los e localizá-los. Pode-se dizer que a disciplina nas redes impõe julgamentos, classificações, medições a fim de individualizar e direcionar as convicções de seus integrantes para a realização de ações, atitudes e padrões mentais de pensamentos na direção da governabilidade e para que seja utilizado ao máximo pela máquina do poder. O poder disciplinar não destrói o indivíduo, mas o fabrica; desse modo, ao estarem dispostos em rede, os indivíduos são uma produção dos novos poderes e saberes que constituem as redes. Não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. (FOUCAULT, 1997).

No entanto, o contexto de autonomia imposto à rede amplifica a importância dos processos de avaliação e de regulação profissional. Estudos têm sido realizados sobre as consequências da modernização e dos processos regulamentares para a vida cotidiana dos trabalhadores de saúde. Médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido foram entrevistados sobre suas vidas de trabalho. A partir dos pontos de vista dos médicos, observou-se que as mudanças no contexto institucional e cultural do trabalho médico poderia estar alterando o comportamento do trabalho da medicina, podendo ter como consequência a possibilidade de o conhecimento médico estar se tornando menos humano. As culturas regulamentares atuais tomam, de fato, os médicos como melhor ou pior, assim, certas formas de conhecimento humano podem diminuir. Entre os próprios médicos há uma preocupação de que a confiança em conhecimentos intuitivos possa estar diminuindo. O conhecimento tácito, experiencial e indeterminado tem sido

criticado por ser subjetivo e, historicamente, usado pela profissão para impedir a avaliação externa. O conhecimento intuitivo é incomunicável e poderia ter um valor que, até agora, não tenha sido totalmente apreciado nos sistemas de avaliação do trabalho (NETTLETON et al., 2008).

Considerações Finais

Com as mudanças ocorridas na sociedade pela transição demográfica e epidemiológica, resultando em alteração das taxas de natalidade e mortalidade, tornou-se essencial a proposição de políticas de saúde voltadas ao tratamento de doenças crônicas e degenerativas. O desafio assumido pela gestão do Ministério de Saúde de tornar a implantação das RAS o centro da sua política de atenção, associada ao fortalecimento da atenção primária, teve muitos reflexos positivos na melhoria concreta das condições da atenção à saúde em várias regiões do país.

Para que essas melhorias possam ganhar ainda mais fôlego, é preciso investir nos processos e desenhos de educação permanente dos trabalhadores, os quais devem ser voltados para o exercício da coordenação do cuidado e da integração da atenção especializada. Além disso, investir na produção de conhecimentos e de práticas que privilegiem as intercomunicações dos serviços de saúde e que sejam capazes de assegurar o cuidado integral e uma resposta adequada aos usuários do SUS. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e a extensão do território brasileiro.

Referências

- ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOCO, E. T. M. Currículos disciplinares da área da saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 261-72, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. **Resolução nº 273** de 17 de julho de 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545** de 20 de maio de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203** de 5 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95** de 26 de janeiro de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399** de 22 de fevereiro de 2006.
- BRASIL. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasil.2010.
- BRASIL, **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial nº 7.508** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19/09/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasil. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS nº 8: Temático Regionalização da Saúde** Vol. V. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Principais Marcos Normativos da Gestão Interfederativa do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. 1ed. vol.2. Brasília. 2014.
- CARVALHO, G. et al. SILVA, S. F. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS**. O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. São Paulo. 2008.
- CUNHA, M. L. S. NORONHA, M. F. in Gestão em Saúde. **Contribuições para Análise da Integralidade**. Org. FERREIRA, S. C. MONKEN, M. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2009.
- CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para aérea da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-8, 2005.
- FLEURY, S. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n.7, p.77-89, 2005.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 11ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997.
- FRENK, J. **Bridging the divide**: comprehensive reform to improve health in Mexico. In: COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2006, Nairobi.
- JÚNIOR, H. M. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro. n. 52, p. 15-37, out 2014.
- KUSCHNIR, R. et al. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M. A. D. et al. **A Gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 215-240.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde dos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciências & Saúde Coletiva**.v.6, n 2:269-291; 2001.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Rev Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 8-14, OUT 2014.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T; NERI, M. C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.
- MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. 1.ed. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.15, n.5, p.2297-2305. Rio de Janeiro. 2010.
- MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.
- MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. de. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-871. 2013.
- NETTLETON, S.; BURROWS, R.; WATT, I. Regulating medical bodies? The consequences of the 'modernisation' of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge. **Sociol Health Illness**. v.30, n.3, p. 333-48. 2008
- PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, abr./jun. 1992.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes Interfederativas de Saúde. In: Redes de Atenção à Saúde no SUS O **Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. (FALTA CIDADE, EDITORA, ANO)

CARVALHO, G. et al. Org. SILVA. Silvio Fernandes. Campinas. São Paulo. CONASEMS. 2008.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (BRASIL). **Ciência e Saúde Coletiva**. v.6, n.16, p. 2753-2762. 2011

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012.

WEBER, S.M; O “intraempreendedor” e a “mãe”: estratégias de “fomento” e “desenvolvimento” do empreendedor de si no desenvolvimento organizacional e na ação afirmativa. In: PETERS, M.A.; BESLEY, T. **Por que Foucault? Novas diretrizes para a pesquisa educacional**. Porto Alegre: Artmed, 2008.