

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM CAMINHO NA GARANTIA DA  
INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NO SUS**

**Carla Bornhausen Gonzaga**

Prefeitura Municipal de Santos, Secretaria Municipal de Saúde de Santos

[gonzagacarla@uol.com.br](mailto:gonzagacarla@uol.com.br)

**Gisele Nepomuceno Ferreira**

Universidade de Taubaté – UNITAU

[gisele.nepomuceno@hotmail.com](mailto:gisele.nepomuceno@hotmail.com)

**Resumo:** As chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com variados níveis tecnológicos que, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Sabendo que estudos sobre as RAS contribuem para o avanço da gestão pública na área da saúde, o objetivo deste trabalho é analisar a implantação das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde - SUS, e identificar dificuldades, avanços e desafios encontrados neste processo. Este trabalho apoiou-se na metodologia da pesquisa bibliográfica, descritiva e qualitativa considerando os autores brasileiros mais relevantes no tema. Os resultados da revisão bibliográfica destacam que o SUS está fundamentado nos princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade e Equidade, tendo como princípios organizativos a Regionalização e Hierarquização e a Descentralização, tendo como exemplo desse último as RAS - um importante fator de racionalização de gastos e otimizando os recursos hoje disponíveis. Entretanto, é preciso aprimorar o que foi conquistado avançando em pactos de gestão pautados em transparência e cooperação, com ações possíveis de serem realizadas. Por exemplo, o prontuário eletrônico de uso compartilhado pelas várias equipes do sistema é tido como vital para a integração e integralidade do cuidado na rede. Além disso, é necessário ampliar as ações regulatórias e a qualificação dos recursos humanos, para garantir o acesso da população às atividades e serviços. A construção cooperativa destes mecanismos, a partir deste novo modelo de saúde, e com a participação de todos os pontos que integram a rede é um grande desafio que se apresenta a gestão pública de saúde.

**Palavras-chave:** Redes de Atenção à Saúde; Descentralização do atendimento; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Integralidade do serviço.

**Abstract:** The Health Care Networks (RAS) constitutes an organizational arrangement for actions and health services, withal various technological levels, through technical, logistical and management support systems, seeking the integrality of citizens care. Considering tha studies on RAS are essential for advancing in the health area, the aim of this study is to analyze the implementation of the Health Care Networks in the Brazilian Unified Health System - SUS, and its challenges. This work was based on the methodology of the bibliographic research, descriptive and qualitative considering the most relevant Brazilian authors in the theme. The results of the bibliographic review of SUS are based on the principles of Universality, Integrality and Equity, having as main organizational characteristic the Regionalization and Hierarchization and Decentralization. Taking as an example this last one, the RAS - an important factor of rationalization of expenses and optimizing the resources available today. However, one need to have the necessary and advanced knowledge in management pacts at runtime and negotiation. For instance, the electronic medical record of

application by several teams of the system is considered vital for an integration and integrality of care in the network. In addition, it is necessary to expand regulatory actions and human resources training to ensure the population's access to activities and services. The cooperative construction of mechanisms, based on this new health model and accompanied by participation of all the points that integrate a network is a great challenge that presents itself to a health care company.

**Key words:** Health Care Networks; Decentralization of care; Brazilian Unified Health System (SUS); Health Management; Integrality of the service.

## INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são, de acordo com site Portal da Saúde, “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” ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)).

O Decreto Nº 7508 (Brasil, 2011) passa a ser um instrumento legal para as regiões enfrentarem mais fortalecidas estas situações. Ele veio para viabilizar estas parcerias através da criação de instrumentos legais, que possam ser cobrados pela sociedade e pelo próprio poder judiciário. O Decreto, define a organização do SUS a partir de regiões de saúde no Estado e as Redes de Atenção à Saúde nestas regiões/território. Para sedimentar estas ações, ele define, igualmente, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, onde tais ‘acordos’ são formalizados, com a definição de recursos inclusive.

Acredita-se que o trabalho a partir deste novo modelo de atenção à Saúde apresenta-se hoje como uma estratégica para a consolidação do SUS e constitui uma forma de enfrentamento do desafio da efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos.

Cabe ressaltar, que durante todo este processo de discussão, já se constata a adequação nas Redes, com definição de fluxos e protocolos, assim como melhorias, quer sejam internamente no município que se organiza, quer sejam entre os serviços regionais.

A estruturação das Redes de Atenção à Saúde representa, portanto, uma grande potencialidade do SUS. A compreensão do processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS contribui, consequentemente, para o avanço da gestão pública na área da saúde. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é analisar a implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS, e identificar dificuldades, avanços e desafios encontrados neste processo.

Para a apreensão da temática em questão, este trabalho apoiou-se na metodologia da pesquisa bibliográfica, pois como aponta Gil (2002) os estudos “sobre ideologias, bem como

aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase que exclusivamente mediante fontes bibliográficas” (Gil, 2002 p.44). Severino define, por sua vez, a pesquisa bibliográfica como “aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses, etc.” (Severino, 2007, p. 122).

O critério de seleção do corpus desta pesquisa em repousa em produções acadêmicas e científicas que repousem nos conceitos de Redes de Atenção à Saúde, Sistema Único de Saúde e Integralidade da Atenção, que na literatura sociológica e política contemporânea têm recebido um tratamento amplo e plural. Selecionou-se, assim, alguns autores brasileiros com significativa produção sobre o tema que iluminaram a compreensão crítica destes conceitos.

Cabe, por outro lado, destacar, que são poucos os estudos realizados sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS, sendo ainda mais escassa a literatura que apresenta estas experiências. Em conseguinte, recorreu-se, como fonte complementar, ao levantamento dos marcos legais pertinentes em particular na área da saúde.

Já a análise dos conteúdos apreendidos nos artigos estudados, foi feita por meio do método qualitativo, conforme define Chizzotti (2003, p.78):

“(...) a análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no meio ecológico em que constroem suas vidas e suas relações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão.”

A partir desta análise dos significados encontrados, elaborou-se as reflexões e considerações desenvolvidas a seguir.

## DESENVOLVIMENTO

Um dos principais estudiosos da temática de Redes de Atenção a Saúde (RAS), estudos nos quais o Ministério da Saúde se baseou para fundamentar suas legislações, é o *Dr. Eugênio Vilaça Mendes*(grifo nosso). Mendes explica a crise dos sistemas de saúde contemporâneos, sejam públicos ou privados, pela incoerência entre uma situação de saúde onde, as condições crônicas de saúde predominam fortemente e a resposta ocorre através de

sistemas fragmentados, voltados principalmente para o agravamento destas condições crônicas.

O autor aponta como resposta social possível, a estruturação de sistemas integrados de saúde - as Redes de Atenção à Saúde, apresentando evidências na literatura internacional que estas podem “melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde” (Mendes, 2010, p. 2300).

Mendes conceitua, deste modo, as Redes de Atenção à Saúde como (2010, p. 2300):

“(...) organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.”

O autor destaca comoelementos constitutivos das redes de atenção à saúde a população, a estrutura operacionale o modelo de atenção à saúde.A população, primeiro elemento apontado por Mendes é a razão de ser de uma RAS. O sistema deve respeitar as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, e promover os cuidados com a implementação das intervenções sanitárias. Através de um processo complexo, com o conhecimento do território, cadastramento das famílias, identificação dos riscos sócio sanitários, pode se estabelecer os fatores de risco e condições de saúde (Mendes, 2010).

A estrutura operacional é o segundo elemento apresentado. É constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações que comunicam esses diferentes “nós”. É composta de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

Destaca ainda, na estrutura operacional, que os pontos de atenção secundários e terciários - os “nós” das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas. Os pontos de atenção terciários, mais densos tecnologicamente, tendem a ser mais concentrados espacialmente.

A perspectiva das redes poliárquicas apresentada, indica que não há entre os serviços dos diferentes pontos de atenção, relações de subordinação, todos são igualmente importantes para se atingir os objetivos comuns das redes de atenção à saúde.

O modelo de atenção à saúde é o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde apontado por Mendes, que os define como (2010, p.2302)

“(...)sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.”

A definição destes modelos deve, deste modo, considerar (Mendes, 2010, p. 2302) “função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”. O sistema de atenção à saúde deve responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. Há modelos de atenção à saúde para enfrentar estas situações, e em geral, expressam-se num tipo de classificação de riscos. Segundo Mendes (2010, p. 2303) a literatura internacional apresenta bons indícios “de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.”

O Sistema Único de Saúde - SUS representou um grande avanço no país. A partir do seu principal fundamento, a assistência universal, ele permitiu a inclusão social de milhares de brasileiros às ações de saúde. A partir de nossa Constituição de 1988, a Saúde passa a ser entendida como um direito de cidadania e dever do Estado, e foi criado o SUS (Brasil - Lei 8.080, 1990a; Brasil- Lei 8.142, 1990b).

A organização do Sistema está orientada pelos princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade e Equidade, tendo como princípios organizativos a Descentralização, a Regionalização e Hierarquização. Também faz parte o princípio da participação popular (Brasil - Lei 8.080, 1990a; Brasil- Lei 8.142, 1990b).

A descentralização política administrativa do SUS estrutura-se em três níveis, também chamados de esferas: nacional, estadual e municipal. Estas esferas estão constituídas cada uma com comando único e atribuições próprias. Como Maria Leonídia Malmegrin (2012) nos apresentou, é uma ‘descentralização tutelada independente’, onde a União, os Estados e Municípios contribuem financeiramente para a execução dos serviços públicos (percentual

obrigatório definido em lei), mas as competências decisórias de como fazê-lo, cabe a cada um conforme a competência definida nos artigos 16, 17 e 18 da Lei 8080/90 (Brasil, 1990a).

Apresentam-se os serviços de saúde divididos em níveis de complexidade (hierarquização) – o nível primário, chamado de Atenção Básica, deve ser oferecido diretamente à população no município, com Unidades de referência em um território específico (uma Unidade para aproximadamente 28 mil habitantes). O nível secundário são os serviços especializados, devem ser utilizados apenas quando necessário. Com a proposta das Redes de Atenção à Saúde, quando o serviço especializado não existir no município, deverá existir algum serviço como referência na Rede para acolher o encaminhado. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade (ex. Hospitais) são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abarcando vários serviços de menor complexidade (Brasil - Portaria N° 4.279, 2010).

O princípio de trabalho em Rede permeia as ações de políticas públicas há muito tempo a partir das diretrizes do SUS e a própria Constituição de 1988. A ‘regionalização’ é uma das diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde ([http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)).

Com o objetivo de definir fundamentos conceituais e operativos para a organização destas redes, e diretrizes para sua implementação, em 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria N° 4.279 (2010). As diretrizes foram elaboradas a partir de discussões das áreas técnicas do Ministério da Saúde, grupo de trabalho da Comissão Intergestores Tripartite, e foram fundamentadas no arcabouço normativo do SUS. Diversos avanços entre os profissionais, com estudos e pesquisas na área contribuíram para a estruturação de um novo ‘modelo de ação de redes de atenção à saúde’ (Brasil - Portaria N° 4.279, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são apresentadas nesta legislação 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 (Brasil, Portaria N° 4.279, 2010)”.

Os conceitos apresentados ainda apontam como objetivo das RAS o de promover uma integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada em busca de melhorar o desempenho do SUS em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil - Portaria N° 4.279, 2010).

As Redes têm como característica a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde, e na Atenção Primária à Saúde (APS) sua centralidade, a compreendendo como primeiro nível de atenção. A partir da APS serealiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção em saúde de uma população. A partir da responsabilização na atenção contínua e integral, do cuidado multiprofissional, do compartilhamento de objetivos e compromissos se trabalha em busca de resultados sanitários e econômicos (Brasil - Portaria N°4.279, 2010).

Os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde se diferenciam por sua densidade tecnológica, mas são todos igualmente importantes. Na história do SUS, ações que integrassem esse atendimento fizeram surgir vários instrumentos de trabalho, como o caso da PPI- Programação Pactuada Integrada; definição de Regiões de Saúde nos Estados; mas não havia um instrumento legal que ‘obrigasse estes pactos/acordos a saírem do papel, bem como a obrigatoriedade de um financiamento integrado, onde um município paga pelo atendimento de seu munícipe no município vizinho se for um serviço do qual ele não disponha (Brasil - Portaria N° 4.279, 2010).

Em 2011 é publicado o Decreto N° 7508/11 (Brasil, 2011), passa a ser um instrumento legal para as regiões enfrentarem mais fortalecidas estas situações. Ele veio para viabilizar estas parcerias através da criação de instrumentos legais, que possam ser cobrados pela sociedade e pelo próprio poder judiciário. O Decreto, define a organização do SUS a partir de regiões de saúde no Estado e as Redes de Atenção à Saúde nestas regiões/território. Para formalizar estas ações, define ainda o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, onde estes ‘acordos’ são formalizados, com a definição de recursos inclusive.

O Decreto N° 7508, define Rede de Atenção à Saúde como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011).

Seguindo a proposta de organização do SUS, presente no Decreto N° 7508/11 (Brasil, 2011), a Região de Saúde de Santos se configura no Estado de São Paulo como a região da Baixada Santista e Vale do Ribeira - Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 7,

envolvendo 24 municípios e uma população de aproximadamente 1.937.702, conforme afirma o site do censo do IBGE de 2010 (<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>).

Todos os municípios que fazem parte da região estão com o nível de ‘gestão plena do SUS’, e devem ofertar a seus cidadãos o previsto no nível da atenção básica, cobrindo todo seu território. Todos os municípios passam a ser mais resolutivos, sabem para onde encaminhar seus pacientes, dependendo de sua necessidade. Para a Rede funcionar, é discutido inicialmente a “Linha de Cuidado” de cada doença específica, e montado o diagnóstico da rede da região (serviços de cada município, capacidade de atendimento e estudo de demanda) (Brasil, 2011).

A Rede possibilita a integralidade do atendimento que o paciente necessita, um dos princípios do SUS que precisa ser assegurado. A transferência de recursos e do poder decisório de instâncias superiores para unidades espacialmente menores, permite a definição de prioridades na gestão de suas ações e o compartilhar das decisões na construção das redes de Atenção (Brasil, 2011).

A partir da definição legal das Redes de Atenção à Saúde nos Estados federativos, é criado o Comitê Gestor de Redes – CG-REDES, para cada Rede a ser estruturada, os Comitês Municipais. No estado de São Paulo, foi formada ainda, a Comissão de Articulação de Redes da Região Metropolitana de São Paulo. São estruturas de Coordenação criadas para viabilizar estas novas estruturas dentro do Sistema SUS (Brasil, 2011).

Foram priorizadas pelo Ministério da Saúde (MS) as Redes de Atenção à Saúde com os temas – Rede Cegonha (linha de cuidado da gestante e bebê); Rede de Urgência e Emergência; Rede Psicossocial; Rede de Doenças Crônicas (entre elas Oncologia) e a Rede de cuidado à pessoa com deficiência.

Para cada uma destas Redes, existe Portaria específica do MS normatizando sua habilitação. As RRAS (Baixada Santista e Vale do Ribeira), estão habilitadas apenas a Rede de Urgência e Emergência, para a qual os Hospitais que fazem parte da Rede, já recebem um valor de custeio diferenciado, incentivando sua participação.

A Rede Cegonha ainda não foi habilitada, o processo está no MS, e algumas adequações estão sendo feitas devido à falta de leitos de UTI. As outras duas Redes (psicossocial e cuidado da pessoa com deficiência), ainda estão em fase de diagnóstico e discussão pela Comissão Gestora (representantes de todos os município e Estado) na DRSIV. A Rede de Oncologia foi estruturada, e sofre últimas adequações para envio ao Estado (bipartite) para aprovação e envio ao MS (tripartite) também para aprovação.

O trabalho a partir deste novo modelo de atenção à Saúde – Redes de Atenção à Saúde, se apresenta hoje como uma estratégica para a consolidação do SUS, uma forma de enfrentamento do desafio da efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos.

Quanto à questão norteadora, pôde-se observar que avanços e desafios na implantação das RAS são abordados de forma convergente nos estudos.

Para facilitar a compreensão dos pontos a serem destacados, apresentaremos os resultados considerando os ‘elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde’ já citados anteriormente com base em Mendes (2010) – população/estrutura operacional/modelos de atenção à saúde.

Há consenso em afirmar que o princípio da integralidade por meio das conexões e da integração das ações e dos serviços de saúde nos diversos territórios com as RAS, adquire concretude.

O processo de construção das RAS contribuiu para a constituição de relações mais horizontalizadas entre os diferentes serviços dos diversos pontos de atenção, iniciando canais de comunicação e inter-relações.

A construção da definição do papel assistencial de cada ponto de atenção, e a divulgação deste papel, possibilitou uma qualificação do cuidado com o usuário dos serviços. Tornar de conhecimento público este caminho a ser seguido empoderou o próprio usuário no atendimento de suas demandas e necessidades.

Muitos avanços na Atenção Básica foram destacados. Um maior investimento do governo federal para sua qualificação e estruturação levou a seu fortalecimento e potência como coordenadora/articuladora do cuidado. A busca de equipes permanentes nestes serviços básicos, com relações de confiança construídas e o conhecimento da população do território adscrito, contribuíram para o compartilhamento do cuidado entre os diferentes pontos de atenção da rede. Os avanços na integração da ESF à rede assistencial, o aumento da oferta desta modalidade de Atenção Básica, a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial, a implantação de protocolos clínicos, processos de matricialmente, modelo de clínica ampliada, integração com outras políticas sociais, são apontados.

Em algumas experiências, é apontada a superação da posição de porta de entrada para a de coordenadora do cuidado, instaurando-se a corresponsabilidade pela saúde dos usuários.

Ocorre, entretanto, que a carência de mecanismos e estratégias de integração e comunicação, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, e a ausência de sistemas informatizados que possibilitem a gestão destes processos e fluxos em muitas regiões, são destacados como fatores que dificultam o avanço do papel da Atenção Básica como ordenadora do cuidado dentro do sistema.

São apontados como necessários investimentos em tecnologias nas unidades de saúde, adequação da infraestrutura física, introdução de sistemas logísticos e de apoio e em muitas regiões, como também a construção de novas unidades de saúde onde a cobertura do território ainda não é suficiente.

Como nos apontou Silva (2010), para que a Atenção Básica assuma de fato seu papel de ordenador do cuidado, há necessidade de um projeto político amplo e ofensivo, que envolva também, todos setores de um sistema de proteção social e a própria sociedade civil. Um projeto onde o modelo de cuidados seja mais dialógico e faça sentido para quem cuida e também para quem é cuidado (proposta de clínica ampliada).

O processo de regionalização das redes, considerando que as dimensões territoriais nem sempre estão circunscritas a apenas um município, levou a necessidade de articulação de forma supra municipal, e iniciou o movimento de rompimento das estruturas formais das responsabilidades administrativas e veio a evidenciar a necessidade de uma gestão regional compartilhada das RAS. Esta articulação possibilitou maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos, de forma a contribuir para a redução dos custos dos serviços (Magalhães Junior, 2015).

O processo de construção das RAS possibilitou a identificação de vazios assistenciais nas regiões de saúde indicando a necessidade de um planejamento de investimentos integrado entre as diferentes esferas de gestão. A construção de indicadores que possam fornecer informação segura sobre o desenvolvimento das ações das RAS é apontada como premissa para o monitoramento e fortalecimento das ações.

Diferentes autores apontam a melhoria concreta das condições da atenção à saúde em várias regiões do País, haja vista que ocorreram avanços na ampliação dos serviços com a implantação dos repasses financeiros agregados às RAS pelo governo federal e a organização tecnológica do conjunto de serviços o que possibilitou a potencialização do cuidado contínuo e qualificado.

Disputas de poder e conflitos no âmbito regional são relatadas e requerem fortes mecanismos de regulação (formatadas pelo sistema de serviços de saúde privado e público). A

inexistência de solidariedade entre os gestores nas pactuações e remanejamentos orçamentários são destacados como fato presente em várias regiões. É destacada a dificuldade na convivência entre o princípio da descentralização e o conceito de Rede quando envolve as esferas diferentes de gestão.

É evidenciada a grande dificuldade para efetivação da função regulatória no SUS. Seu papel de garantia de acesso ainda não foi cumprido, mantendo as iniquidades da fila de espera. Elaboração de normas, rotinas e protocolos, buscando a padronização (sem engessamento) das Redes nas diversas regiões de saúde é outro desafio apontado.

A inexistência de um sistema de informação potente, articulado ao Cartão SUS, que possa interligar os diversos níveis de atenção é apontada como um dificultador do processo de implantação das RAS. O prontuário eletrônico de uso compartilhado pelas várias equipes do sistema é tido como vital para a integração e integralidade do cuidado na rede.

A resistência dos hospitais que insistem em operar como um serviço finalístico e não como ponto de atenção da RAS (sem alta responsável, sem continuidade do cuidado integrando com a atenção básica), foi apresentada também como outra dificuldade no avanço da integralidade da atenção.

Helvécio Junior (2015) nos sintetiza que um dos grandes desafios está em avançar nos processos da chamada governança das RAS de forma coerente com a condição de unicidade do SUS (governança e financiamento das redes) - informação e comunicação; regulação; financiamento; transparência e controle da gestão; insuficiência da oferta de serviço e planejamento da expansão.

Shimizu (2013) ao analisar a percepção de gestores do SUS envolvidos com a formulação de políticas de saúde sobre a formação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde no Brasil, ressalta que a conformação das Redes ainda é um grande desafio, e requer forte investimento do Estado, com uma política que as impulsione e apoie.

Destaca ainda a autora, a necessidade de aprimoramento das dimensões técnicas e políticas, sendo que nesta última, “há que se considerar que ocorrem disputas de poder e conflitos no âmbito regional, inclusive as formatadas pelo sistema de serviços de saúde privado, mas que requerem fortes mecanismos de regulação, pois devem convergir para preservar a responsabilidade sobre as condições de saúde e de acesso da população às ações e serviços” (Shimizu, 2013).

O baixo financiamento público do SUS é ressaltado. Há insuficiência no financiamento por parte das três esferas de governo, impedindo a ampliação de serviços,

apesar da demanda crescente. A implantação das RAS possibilitou a otimização dos recursos, mas é importante torná-lo suficiente, regular e tripartite.

Outro ponto destacado nos artigos analisados aponta as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público. O redirecionamento da formação dos profissionais de saúde deve ser priorizado nas Universidades desde a graduação, entretanto a construção das RAS instituiu de forma mais contínua processos de capacitação local, com investimento do governo federal, em busca de dar apoio à atuação das equipes dos diferentes setores públicos (PROADI – Gestão de Redes; Gestão da Clínica; Regulação, etc).

O fortalecimento da política de Educação Permanente no SUS é primordial para ampliar a capacidade de gestão e atuação técnica dentro do sistema frente os novos paradigmas.

Por fim, cabe ressaltar que apesar de encontrarmos resultados importantes para a instituição de uma política de Redes de Atenção à Saúde, em prol da integralidade da atenção à saúde e de uma melhor efetividade do SUS, foram apontados muitos desafios a serem enfrentados. Como toda pesquisa bibliográfica, a revisão apresenta algumas limitações na sua aplicação, devendo ser observada com o cuidado necessário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados mostram a relevância do objeto investigado para o fortalecimento do SUS, haja vista o impacto destas experiências relatadas para a melhoria concreta das condições da atenção à saúde em várias regiões do País (identificados por diferentes processos de avaliação e mudança de indicadores de saúde).

As redes de atenção à saúde têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível, otimizando os recursos hoje disponíveis, e abrindo possibilidades para um grande número de cidadãos brasileiros, ter o seu direito à saúde garantida com o princípio da integralidade, entretanto, é preciso aprimorar o que foi conquistado avançando em pactos de gestão pautados em transparência e cooperação, com ações possíveis de serem realizadas.

Cabe destacar o papel importante das ações regulatórias, que ainda necessitam avançar na construção de fortes mecanismos de integração desta rede e qualificação de seus recursos humanos, para garantir o acesso da população às ações e serviços. A construção cooperativa

destes mecanismos, a partir deste novo modelo de saúde, e com a participação de todos os pontos que integram a rede é um grande desafio que se apresenta a gestão pública de saúde.

Além disso, a integração com outras políticas públicas - assistência social, educação, cultura, esportes, entre outras – é um tema ainda com ações embrionárias e deve ser um caminho a ser percorrido para avançar na integralidade da atenção e melhor qualidade de vida à população brasileira.

Mesmo que o número de artigos sobre o tema venha crescendo, principalmente a partir da consolidação de experiências desenvolvidas após a regulamentação das RAS em 2011, faz-se mister desenvolver processos de monitoramento para aprofundar as análises, seja pelos gestores, ou pela academia, pois, este é um caminho importante a ser seguido para entender melhor as mudanças em nosso sistema de saúde a partir do marco conceitual das RA.

Finalmente, as experiências de implantação de Redes de Atenção à Saúde produzidas no país representam um rico material empírico que possibilita avançar em conceitos e novas formulações frente à realidade do sistema de saúde do país, subsidiando desta forma as políticas de saúde vigente e a organização dos sistemas de saúde em redes.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL.(1990a). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF,20 set. 1990. p. 18.055. Recuperado em 30 de agosto de 2015, de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

BRASIL.(1990b). Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 30 agosto de 2015, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm).

BRASIL. (2010).Portaria GM/MS 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).Recuperado em 30 agosto 2015, de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/>.

BRASIL. (2011). Decreto Nº 7508, 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29/06/2011, p. 1. Recuperado em 30 de agosto 2015, de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

CHIZZOTTI, A. (2003). Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. (6<sup>a</sup> ed.) São Paulo: Ed Cortez.

GIL, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. (4. Ed). São Paulo: Atlas.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. (2015). Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde em Debate*, 52, 15-37. Recuperado em 15 de agosto de 2015, de <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

MALMEGRIN, M.L. (2012) Redes Públicas de Cooperação em Ambientes Federativos. 2. ed.- Reimpressão. Brasília: CAPES e UAB.

MENDES, E.V. (2007). Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Recuperado em 10 agosto 2015, de [http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO\\_BIBLIOGRAFICA\\_SOBRERAS\\_REDES\\_DE\\_ATENCAO\\_A\\_SAUDE.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRERAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf).

\_\_\_\_\_. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência &Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. Recuperado em 25 de agosto de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.

\_\_\_\_\_. (2014).Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em Saúde Para Debate*.52, 38-49. Recuperado em 15 agosto de 2015, de <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

MENDES, V.L.F. (2014).Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.*Divulgação em Saúde Para Debate*, 52, 146-152. Recuperado em 15 agosto de 2015, de <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

SEVERINO, A. J. (2007). Metodologia do trabalho científico. (23. ed. rev. e atualizada). São Paulo: Cortez.

SHIMIZU, H.E. (2013). Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Revista de Saúde Coletiva, 23 (4), 1101-1122. Recuperado em 15 agosto de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/phyisis/v23n4/05.pdf>.

SILVA, S.F. da. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2753-2762. Recuperado em 28 agosto de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>.

\_\_\_\_\_. (2014). Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. Divulgação em Saúde Para Debate, 52, 165-176. Recuperado em 15 agosto de 2015, de <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

**Recebido 15/11/2016  
Aprovado 27/02/2017**