

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO  
PÚBLICA EM SAÚDE**

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:  
UM DESAFIO PARA A GESTÃO DO SUS**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO –  
MODALIDADE ARTIGO PUBLICÁVEL**

**Camila Dubow**

**Sobradinho, RS, Brasil  
2012**

# **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO DO SUS**

**Camila Dubow**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista**

**Orientadora: Prof. Silvana Bastos Cogo**

**Sobradinho, RS, Brasil  
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Curso de Pós-Graduação a Distância  
Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:  
UM DESAFIO PARA A GESTÃO DO SUS**

elaborado por

**Camila Dubow**

como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista**

**Comissão Examinadora:**

Silvana Bastos Cogo  
(Presidente/Orientador)

Luciane Dittgen Miritz

Marcio Rossato Badke

Sobradinho, 14 de dezembro de 2012

## **RESUMO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
Curso de Pós-Graduação a Distância  
Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO DO SUS**

AUTORA: CAMILA DUBOW  
ORIENTADORA: SILVANA BASTOS COGO

Local e Data da Defesa: Sobradinho, 14 de dezembro de 2012.

O artigo propõe uma reflexão crítica, baseada na legislação e diretrizes nacionais, bem como trabalhos acadêmicos, sobre o momento atual de desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde, como estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). São ponderadas a ineficiência das maneiras tradicionais de organização da atenção e gestão, o desafio das Redes de Atenção à Saúde para a integralidade do cuidado e os mecanismos de gestão utilizados neste processo. O trabalho fornece subsídios para que as práticas de atenção e gestão em saúde sejam refletidas, apontando estratégias que impliquem em rupturas e rompimento de paradigmas através de uma reorientação nos modelos de atenção vigentes. Para que as redes de atenção à saúde possam ser consolidadas, é fundamental a sensibilidade política dos gestores de saúde com o compromisso de construir um novo modelo de atenção, através da luta pela consolidação do SUS e da efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Redes de Atenção à Saúde, Modelos Tecnoassistenciais, Gestão em Saúde

## **ABSTRACT**

### **NETWORKS OF HEALTH CARE: A CHALLENGE TO SUS MANAGEMENT**

The paper proposes a critical reflection, based on national law and guidelines, as well as academic papers, on the current development of Networks of Health Care, as a strategy for strengthening the Single Health System (SUS). The inefficiency of traditional ways of organizing care and management, the challenge of Network Health Care for comprehensive care and the management mechanisms used in this process, are pointed. The work provides subsidies for the care practices and health management be reflected, pointing strategies that result in disruptions and breaking of paradigms through a refocusing of attention in existing models. So that the networks of health care may be consolidated, is fundamental the political sensitivity of health managers with a commitment to build a new model of care, through the struggle to consolidate the SUS and the realization of the principles of universality, comprehensiveness and equity.

**KEYWORDS:** Network of Health Care, Health Care Technical Models, Health Management

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
A CRISE DO MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	08
O DESAFIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO SUS.....	10
O PAPEL DA GESTÃO NA CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

## INTRODUÇÃO

A ampliação do conceito de saúde foi uma importante bandeira de luta na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), passando o processo saúde-doença a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores (BRASIL, 2009). Ao mesmo tempo, emerge a afirmação da saúde como direito, através da proposta de um sistema de saúde universal, integral e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas.

Neste contexto, os sistemas de atenção à saúde devem operar em coerência com as necessidades de saúde de seus usuários. A estratégia de descentralização da saúde adotada com a implantação do SUS proporcionou inúmeros avanços com a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios. Entretanto, apesar de inúmeros avanços estruturais e em seus modos de operação, ainda vigoram no SUS modelos de atenção pautados na desarticulação das ações e serviços, colaborando para problemas relacionados à baixa eficácia e resolutividade da atenção à saúde, tais como desigualdades no acesso e fragmentação do cuidado.

O modelo de atenção predominante ainda está centrado na doença, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Porém, para a real consolidação do SUS, faz-se necessária a constituição de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010).

Dada a influência que os modelos de estruturação dos serviços têm sobre o processo de cuidado, torna-se necessária uma reorientação nos modos estruturantes e operacionais do sistema, através da inserção de novas práticas de gestão e atenção em saúde, direcionadas para a integralidade da atenção nos vários níveis do sistema, por meio da articulação entre distintos serviços e ações, através de um olhar ampliado de saúde, com foco nas reais necessidades de saúde da população.

O sistema de saúde brasileiro precisa se reorganizar para enfrentar os desafios atuais. A construção de Redes de Atenção à Saúde é considerada uma estratégia fundamental para consolidar o SUS e dar sustentabilidade às suas ações,

sendo vista como um mecanismo de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional.

Desta maneira, este artigo visa refletir sobre a importância da criação e desenvolvimento de redes de atenção para o fortalecimento do SUS e o papel da gestão neste processo, contribuindo para subsidiar reflexões sobre alternativas para a efetivação de uma prática de cuidado ampliada e integral, através da estratégia das Redes de Atenção à Saúde. Para realizar a reflexão, o presente texto baseou-se na legislação e diretrizes nacionais, trabalhos acadêmicos relacionados à temática das Redes de Atenção à Saúde, bem como sobre a integralidade da atenção à saúde, elemento primordial para a consolidação das redes.

## **A CRISE DO MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE**

As necessidades em saúde são extremamente dinâmicas e complexas, sendo social, política e historicamente construídas, demandando que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas, capazes de suprir as necessidades de saúde da sociedade.

Porém, no cotidiano das ações e serviços, percebe-se uma incoerência entre as necessidades de saúde da população e as respostas sociais dadas a elas. Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (BRASIL, 2010). Conforme Mendes (2010), os sistemas tradicionais de atenção à saúde, concebidos e desenvolvidos com uma atuação voltada para as condições e eventos agudos, desconsiderando a epidemia moderna das condições crônicas, apresentam-se fragmentados, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população. As mudanças demográficas e epidemiológicas, com a concomitância de condições agudas e crônicas, impõem desafios para o sistema de saúde, na medida em que requerem modelos complexos, que envolvem colaboração entre gestores, profissionais de saúde, usuários e instituições que tradicionalmente trabalham separadas.

Atualmente percebe-se uma desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde se organizam por níveis de atenção e complexidade, sem que existam, na prática, mecanismos de articulação e

diálogo entre eles. Soma-se a isso o próprio perfil de formação dos profissionais, que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais freqüentes, tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação às questões sociais (FEUERWERKER, 2005).

Diante disso, quais as características que o sistema, serviços e a gestão em saúde devem possuir para dar conta destas novas necessidades, advindas da transição demográfica e epidemiológica?

As modificações vivenciadas nas últimas décadas trazem grandes desafios e, ao mesmo tempo, grandes oportunidades para o planejamento e gestão de políticas públicas (MENDES ET AL, 2012). Enquanto os modelos de atenção continuarem focados em ações curativas, com serviços dimensionados a partir da oferta e procedimentos, com níveis hierárquicos de complexidade, corre-se o risco de perder a coerência entre os princípios do SUS e a atenção dispensada aos seus usuários. É preciso desenvolver e fortalecer um sistema de saúde que permita responder, de maneira efetiva, eficaz e com qualidade, às reais necessidades de saúde da população.

Torna-se imprescindível (re) pensar novos fluxos e circuitos dentro da rede de saúde, desenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECILIO, 1997), em busca da integralidade da atenção.

Segundo Pinheiro (2001), a integralidade pode ser entendida como uma ação social resultante da permanente interação dos atores associados à relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual e plano sistêmico), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devam ser considerados. A integralidade da atenção à saúde não deve ser vista apenas sob o aspecto da organização dos recursos disponíveis, mas principalmente a partir do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos (FRANCO E FRANCO, s/d).

Deste modo, o desafio maior é transformar o modelo tradicional de atenção (hospitalocêntrico, biologicista e médico-centrado) em um novo modelo que possibilite uma atenção contínua, integral, no qual os usuários sejam pró-ativos perante sua condição de saúde. O objeto central deve ser a estruturação de fluxos de integração entre os diferentes níveis do sistema, seja no âmbito intrainstitucional

ou interinstitucional, visando criar vínculos efetivos e de co-responsabilização com o usuário.

Assim, a alternativa está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). E, ao mesmo tempo, permitir o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde com transição demográfica acelerada e tripla carga de doença com predomínio de condições crônicas e um sistema integrado de saúde que opere de forma contínua e proativa, voltado equilibradamente para a atenção às condições agudas e crônicas (MENDES, 2010).

## **O DESAFIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO SUS**

O desenvolvimento das Redes de Atenção a Saúde deve ser enfrentado como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto em relação à sua organização, quanto à qualidade e impacto da atenção prestada, consolidando o SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

As Redes de Atenção à Saúde podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades por esta população (MENDES, 2009), sendo uma potente estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção no SUS.

As redes objetivam 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).

Apesar da portaria que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde ser recente - Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o debate acerca do tema é bem anterior. A regionalização como estratégia para a descentralização é contemplada na Constituição de 1988 e reforçada pela Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº 8.080/90. Desde então, as sucessivas Normas Operacionais do SUS trataram do tema, ressaltando-se ainda o Pacto pela Saúde de 2006, que enfatiza a relevância em aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

As Redes de Atenção à Saúde têm como elementos constitutivos a população e região de saúde, o modelo de atenção à saúde e a estrutura operacional, descritos através da Portaria nº 4.279/2010:

- População e Região de Saúde: as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade, com o intuito de preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade.
- Modelo de Atenção à Saúde: o modelo de atenção preconizado pelas RAS aponta para a necessidade de uma organização intersetorial para a promoção da saúde, contemplando a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.
- Estrutura Operacional: a estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Para Castells (2000), na rede o espaço dos fluxos é constituído por alguns lugares que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, caracterizando-se como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, tendo papel chave em sua estruturação, como

ordenadora e coordenadora do cuidado. Para isso, deve estar orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Para que isto se efetive, é preciso rever o lugar que a atenção básica ocupa na pirâmide da complexidade da atenção, os processos de trabalho e as formas de comunicação da equipe, a sua relação com os outros equipamentos da rede de atenção e com pontos de outras redes, como, por exemplo, as famílias, os cuidadores, as redes de produção de renda, os movimentos sociais, entre outras (RIGHI, 2010).

Não há como prescrever um modelo organizacional único para as Redes de Atenção à Saúde, mas os seguintes atributos são essenciais ao seu funcionamento:

População e território definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde; Atenção Primária em Saúde coordenando o cuidado; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único para toda a rede; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que a conformação das Redes de Atenção à Saúde deve observar as premissas anteriormente citadas mas, principalmente, respeitar as distintas realidades locais, de modo a garantir a integralidade conforme as necessidades em saúde específicas de cada território.

A Rede de Atenção à Saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde disponíveis em um determinado território geográfico. Entretanto, a construção de uma rede de saúde implica mais do que ofertas de serviços neste território. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços? (BRASIL, 2009). Além dos serviços e equipamentos, é

preciso garantir também a comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão que construam a integralidade da atenção.

É preciso enfrentar a falta de contato, de conexão e de disposição para o encontro com outro sujeito identificado por saberes diferentes, que vê coisas diferentes e que pode propor intervenções diferentes, ampliando o conceito de rede através da produção de encontros de diferentes, produzindo o comum e, ao mesmo tempo, mantendo a singularidade (RIGHI, 2010). A integração da saúde, para Silva (2011) é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, tendo grande importância na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos disponíveis. A organização do sistema em redes permite a construção de vínculos de cooperação entre instituições, unidades da federação, gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, possibilitando uma reestruturação tanto dos modos de organização do sistema quanto na qualidade da atenção prestada, consolidando, desta maneira, o SUS como uma política pública voltada para a garantia dos direitos constitucionais.

À medida que os serviços de saúde consigam se perceber como complementares e que passem a estabelecer trocas, poderão ter maior potência no seu agir, maior agilidade na tomada de decisões e atuação em tempo mais adequado (BRASIL, 2009). A organização do sistema em redes permite a construção de vínculos de solidariedade e cooperação, através de políticas públicas comprometidas com a garantia de acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde. Cabe ressaltar que todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010). A potência das redes está diretamente relacionada à capacidade de circulação e troca de informações, a colaboração em ações, o aprendizado coletivo e, principalmente, a ampliação do poder de decisão dos vários nós que as constituem.

A organização das RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

## **O PAPEL DA GESTÃO NA CRIAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O modelo de um sistema sem muros, regionalizado, integral e resolutivo, capaz de eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, tem se mostrado de difícil operacionalização, conforme destacam Hartz e Contandriopoulos (2004). Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde, implicando no cumprimento de pactos políticos cooperativos entre as instâncias de gestão do sistema, para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança. (BRASIL, 2010). A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes (BRASIL, 2009).

Embora tenhamos exemplos muito positivos de experiências de regionalização e descentralização, ainda existe uma grande dificuldade para que o SUS funcione integrado, como um sistema de fato. Tradicionalmente as políticas de saúde são trabalhadas de modo fragmentado: gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância e cada uma delas dividida em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado (SANTOS, 2004).

Conforme Campos (1998), no dia-a-dia dos serviços de saúde ainda predominam práticas de administração conservadoras, voltadas para a produtividade e não para possibilidades mais participativas, como por exemplo, o planejamento ascendente com envolvimento dos profissionais e usuários, a exigência de ações diversificadas e dinâmicas conforme a área de atuação, a necessidade de um aprendizado contínuo refletindo-se na qualidade da atenção, além da capacidade e responsabilidade de contratar compromissos com outros setores.

Deve-se observar que as Redes de Atenção à Saúde organizam-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde (BRASIL, 2010), sendo que o sistema de saúde deve se organizar a partir das necessidades de saúde da sua população e

não através da oferta de serviços. Para que isto ocorra, é fundamental a participação popular, através de conselhos e conferências de saúde, na construção de um Plano de Saúde qualificado, através do qual os gestores deverão implementar a política de saúde.

De acordo com Cecílio (2003), são imprescindíveis o apoio e investimento dos gestores para a efetivação das Redes de Atenção à Saúde, por meio de processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes, o que implica o estabelecimento de co-responsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar, existindo uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

A transição entre o ideário da Rede de Atenção à Saúde e sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir a coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários (BRASIL, 2010).

São desafios o enfrentamento das dificuldades inerentes à institucionalidade para o planejamento e gestão intergovernamental nas regiões de saúde e à gestão da produção do cuidado, com implementação de modelos de gestão e de atenção à saúde que dêem centralidade à Atenção Básica tanto para coordenar o cuidado quanto para ordenar as redes de atenção (SILVA, 2011).

Cabe ressaltar que poucos municípios são capazes de oferecer sozinhos toda a oferta de serviços que sua população necessita, desde as ações de promoção e prevenção até as de alta complexidade. Para Souza (2001) o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população. Desta maneira, é preciso uma rede de saúde organizada na região para que se consiga dar conta de todas as necessidades de saúde dos cidadãos de seu território. As regiões de saúde são definidas, conforme o art. 2º do Decreto 7.508/11 como

um espaço geográfico contínuo constituído por um 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.

Ainda conforme este mesmo decreto, através do Contrato Administrativo de Ações Públicas (COAP) devem ser estabelecidas as responsabilidades individuais e solidárias dos integrantes de uma região, com relação a ações e serviços de saúde, indicadores e metas, critérios de avaliação e desempenho, recursos financeiros disponibilizados, forma de controle e fiscalização. Para que isto se efetive, é necessário um processo qualificado de planejamento, através da participação dos distintos entes federados (municípios, estados e união), juntamente à participação da comunidade, garantindo que este processo se efetue de acordo com os princípios do SUS.

Os Colegiados de Gestão Regional integram o conjunto de propostas para a descentralização da gestão, representando uma oportunidade concreta de implantação de espaços capazes de proporcionar integração entre os gestores do Sistema Único de Saúde no âmbito regional. Assim, os colegiados podem se caracterizar como espaços fundamentais para fortalecer a colaboração entre os gestores de uma dada região de saúde, criando possibilidades para que haja a substituição de práticas de gestão isoladas e fragmentadas, por mecanismos que valorizem a organização dos agentes públicos e legitimem a ação coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Os compromissos assumidos entre os gestores precisam ser formalizados por meio de instrumentos de pactuação e de planejamento, explicitando as responsabilidades e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Esse sistema de planejamento regional deve incluir o monitoramento e avaliação das ações implementadas e dos resultados alcançados, como instrumento estratégico de gestão do SUS e de fortalecimento do próprio planejamento, na medida em que lhe confere direcionalidade e precisão (BRASIL, 2006).

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada pelos gestores para a mudança nos serviços de saúde, no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (FRANCO E FRANCO, s/d). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de

cuidado a serem utilizadas na produção da saúde, sendo o processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (MERHRY, 1997). Essa construção requer o cumprimento de responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do SUS.

A gestão em redes pressupõe a conexão entre diferentes. Mudar o paradigma da gestão tradicional para a gestão em redes implica em apoiar processos que se diferenciam, assumindo características dos lugares ao mesmo tempo em que mantêm adesão a princípios e diretrizes gerais (BRASIL, 2009). Para que as redes de atenção à saúde possam ser consolidadas, é fundamental o conhecimento e sensibilidade política dos gestores de saúde acerca do tema, com o compromisso de construir um novo modelo de atenção, destacando-se que a mudança de um modelo não é algo que se modifica ou impõe-se repentinamente, mas construído com a participação de todos os atores envolvidos com a construção do SUS: trabalhadores, gestores, usuários e sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao assumir a gestão do SUS, o gestor deve conhecer a realidade da saúde no território, como o perfil epidemiológico populacional e os principais estrangulamentos na estrutura de atenção à saúde para, a partir disso estabelecer um modelo de atenção que atenda às reais demandas da população. Adequar o financiamento, amadurecer o modelo de gestão, superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar as práticas clínicas constituem os desafios que necessitam ser enfrentados para que se possa garantir oferta qualificada de cuidados em saúde. Assim, defende-se as Redes de Atenção à Saúde pelo enfoque nas reais demandas de saúde da população, correspondência entre a oferta de serviços e as necessidades populacionais e a promoção de um cuidado de qualidade e efetivo ao usuário. Os desafios para organizar as Redes de Atenção à Saúde estão no rompimento da fragmentação dos serviços, consolidação das regiões de saúde, criação e aperfeiçoamento de conhecimentos e tecnologias que efetivem as diretrizes organizacionais e os princípios do SUS. A superação destes desafios é tarefa que deve ser assumida pelas três esferas gestoras (municipal, estadual e nacional), igualmente, de modo negociado e articulado, possibilitando a

superação dos desafios que ainda persistem para a consolidação da regionalização e da descentralização que o Sistema Único de Saúde preconiza.

Neste sentido, este trabalho fornece subsídios para que as práticas de saúde sejam refletidas, apontando estratégias que impliquem em rupturas e rompimento de paradigmas através de uma reorientação nos modelos atuais vigentes. O enfrentamento destas questões exige a realização de ações de médio e longo prazo que dêem conta de enfrentar a herança historicamente construída, exigindo, inclusive, profundas mudanças culturais sobre o que é saúde, através de uma radicalização nos modos de fazer e pensar saúde, na luta pela consolidação do SUS e da efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Diário Oficial da União [DOU].2006. Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde – Brasília** : Ministério da Saúde, 2009. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. **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).

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acessado em: set. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.488**, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out/dez. 1998.

CASTELLS, M. – **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. 1997, vol.13, n.3.

\_\_\_\_\_ ; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco. 2003.

FEUERWERKER, L. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde**: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 200-. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 21 out.2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde**: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública. 2004.

MENDES, A. C. G. et al. **Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira**: exigências atuais e futuras. Cad. Saúde Pública. 2012, vol.28, n.5.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. Saúde coletiva. 2010, vol.15, n.5.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.); Agir em Saúde: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1997.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

RIGHI, L. B. **Redes de Saúde**: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: Cadernos HumanizaSUS. Volume 2 - Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2010.

SANTOS, N. R. **Ética social e os rumos do SUS**. Conassem, 2004. Disponível em: <<http://>

[www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334](http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1327&codPagina=1334).  
Acesso em: 22 set. 2012.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde**: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2011, vol.16.

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde**. Ciênc Saúde Coletiva. 2001.