

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO / FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**NEILA APARECIDA PETENUSSO MOTA**

**O PAPEL DO GESTOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS: UMA  
REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EXISTENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL  
DE SAÚDE, 2010-2021.**

**Porto Alegre  
2021**

NEILA APARECIDA PETENUSSO MOTA

**O PAPEL DO GESTOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS: UMA  
REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EXISTENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL  
DE SAÚDE, 2010-2021.**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador (a): Prof Dr Ronaldo Bordin

Porto Alegre  
2021

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

### **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

### **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

MOTA, Neila Aparecida Petenusso  
Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em  
Administração Pública no Século 21 UAB/UFRGS [manuscrito] /  
Neila Aparecida Petenusso Mota – 2021. 36 fls.  
Orientador(a): Prof Dr Ronaldo Bordin  
Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em  
Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2021.  
1.ABNT. 2. Monografia. 3.Gestão Pública. I. Sobrenome, Nome  
do(a) Orientador(a) e. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

### **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

NEILA APARECIDA PETENUSSO MOTA

**O PAPEL DO GESTOR NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EXISTENTE NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, 2010-2021.**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a): Msc Janiele Cristine Peres Borges

---

Examinador(a): Prof<sup>a</sup> Bruna Hentges

---

Orientador(a): Prof Dr Ronaldo Bordin

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, pois me sustentou até aqui e me ajudou a superar as dificuldades encontradas durante a minha história.

A minha família pela base, incentivo e suporte, sempre compreendendo as minhas ausências durante o processo de formação.

Ao meu companheiro e amigo, pela parceria, confiança e por acreditar que ao término tudo ficaria bem.

Aos professores que tive durante o curso, pelo apoio, ensinamentos e apontamentos que se fizeram necessários para concluir este curso.

Muito obrigada a todos vocês!

## RESUMO

**Introdução:** A atuação do gestor do SUS torna-se indispensável para que comunidade seja assistida da forma adequada. Portanto, se faz necessário pontuar os principais desafios da implementação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, pois, seu pleno funcionamento torna possível um Sistema de Saúde mais equânime e universal, com continuidade do cuidado integral.

**Objetivo:** Realizar uma revisão no tema “o papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS”, publicados no período 2010 a 2021.

**Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Health Information from the National Library of Medicine (Medline), e Scientific Eletronic Library On-line (SciELO), incluindo artigos publicados no período de 2010 a 2021, resultando em 8 artigos para a revisão. Os descritores utilizados foram: “Sistema Único de Saúde”, “Gestão”, “Rede” e, de forma textual, Rede de Atenção em Saúde.

**Resultados:** Dentre os artigos selecionados para revisão, há uma publicação já no mesmo ano que o lançamento das RAS, em 2010, e uma publicação por ano em 2013 e 2016 a 2021. Houve dispersão de autoria, sem nenhum autor presente em mais de um artigo, o mesmo ocorrendo quanto às revistas. Quanto ao método, metade dos artigos empregou revisão de literatura ou pesquisa documental, sendo os demais complementados com entrevistas.

**Conclusão:** Com relação à questão que norteou esta pesquisa percebeu-se que são muitos os desafios a serem enfrentados pelos gestores de saúde na busca da implementação e funcionalidade das Redes de Atenção à Saúde objetivando a construção de um SUS mais equânime e universal.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Rede de Atenção em Saúde.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The role of the SUS manager is indispensable for the community to be adequately assisted. Therefore, it is necessary to point out the main challenges of the implementation and operation of Health Care Networks, because their full operation makes possible a more equitable and universal Health System, with continuity of comprehensive care.

**Objective:** To carry out a review on the theme "the role of the manager in the Health Care Network - HSN", published in the period 2010 to 2021.

**Methods:** This is a literature review conducted by searching the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Health Information from the National Library of Medicine (Medline), and Scientific Electronic Library On-line (SciELO) databases, including articles published from 2010 to 2021, resulting in 8 articles for the review. The descriptors used were: "Unified Health System", "Management", "Network" and, in textual form, Health Care Network.

**Results:** Among the articles selected for review, there is one publication already in the same year as the launch of the RAS, in 2010, and one publication per year in 2013 and 2016 to 2021. There was dispersion of authorship, with no author present in more than one article, the same occurring regarding the journals. As for the method, half of the articles employed literature review or documentary research, the others being complemented with interviews.

**Conclusion:** Regarding the question that guided this research, it was noticed that there are many challenges to be faced by health managers in the search for the implementation and functionality of Health Care Networks aiming at the construction of a more equitable and universal SUS.

**Key words:** Unified Health System. Health Management. Health Care Network.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Artigos selecionados nas bases de dados.....	25
--	----



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. CONTEXTO DO ESTUDO .....	12
3. MÉTODO .....	23
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCUSSÃO .....	28
6. CONCLUSÃO .....	32
REFERÊNCIAS.....	33

## 1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como ações e serviços de saúde organizados, com diversas densidades tecnológicas, associadas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que visam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Por trabalhar com saúde pública no Sistema Único de Saúde (SUS), houve o interesse por este tema, tendo em vista que uma articulação efetiva da rede de serviços de saúde é uma necessidade que está sendo aos poucos despertada pelos pesquisadores do campo da saúde. A atual dinâmica institucional tende a favorecer os serviços que atuam de maneira individualizada, de modo que acaba não ocorrendo o necessário favorecimento para que as equipes se integrem. Portanto, tal articulação deve transformar-se em uma busca que é de todos os profissionais envolvidos com serviços em saúde.

Os pontos de atenção à saúde se configuram como espaços onde são ofertados determinados serviços de saúde, com uma produção singular. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, apenas se diferenciam pelas distintas densidades tecnológicas (MENDES, 2011). São caracterizados como pontos de atenção à saúde, por exemplo: os domicílios, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, as unidades básicas de saúde, os serviços de hemoterapia e hematologia, dentre outros. Assim como os hospitais, que abrigam distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (MENDES, 2011).

As desigualdades sociais das cidades brasileiras, bem como a fragilidade das políticas públicas, acabam por causar a fragmentação das redes de assistência à saúde, dificultando o acesso aos serviços e o auxílio nas necessidades de atenção da população que, por consequência, impedem a garantia na integralidade do cuidado na operacionalização do SUS (PAIM, 2015).

Desse modo, a atuação do gestor do SUS torna-se indispensável para que comunidade seja assistida da forma adequada. Assim, se faz necessário pontuar os principais desafios da implementação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, pois seu pleno funcionamento torna possível um Sistema de Saúde mais equânime e universal, com continuidade do cuidado integral (PAIM, 2015).

## 2. CONTEXTO DO ESTUDO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) significou um enorme avanço no país. Fundado a partir de seu principal objetivo - a assistência universal, ele possibilitou a inclusão social de milhares de brasileiros às ações de saúde.

Este grande progresso da saúde no Brasil ocorreu a partir de 1988 com a publicação da Constituição da República Federativa do Brasil que, em seus artigos 196 e 200, decretou a política de saúde para os cidadãos, regulamentada por lei infraconstitucional. Então, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi definido como o novo padrão de método a ser inserido em todo país.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.63).

Isto é, a saúde consiste em um direito de todos os cidadãos brasileiros e não um serviço ao qual se pode ter acesso através de um pagamento ou contribuição de qualquer espécie.

O Sistema está organizado segundo seus princípios orientadores de Universalidade, Integralidade e Equidade, e segundo seus princípios coordenados para Descentralização, a Regionalização e Hierarquização, bem como o princípio da participação popular (Brasil - Lei 8.080, 1990a; Brasil- Lei 8.142, 199b).

Tais princípios representam uma escolha e, por consequência, resultados - a partir de luta da sociedade brasileira visando legitimar e garantir valores que se colocaram opostos aos princípios liberais da privatização da saúde e da saúde como um bem de consumo que deve seguir uma lógica de mercado (MOURA 2007).

Assim, os princípios organizativos representam a forma de operacionalização do sistema, definindo estratégias e meios para concretizar os valores fundamentais do SUS (MOURA, 2007). Estes três elementos que compõem a base filosófica, cognitiva e ideativa, inscritos na Constituição Federal de 1988:

- Universalidade;
- Equidade;
- Integralidade.

Segundo a lei 8080/90, o princípio da Universalidade é compreendido como a garantia de todo cidadão, seja trabalhador ou não, ao direito de acesso aos serviços públicos de saúde, ou também aos conveniados complementares ao SUS (MATTA, 2007).

Derivativo do princípio da universalidade, há o conceito ampliado de saúde, descrito na definição de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS):

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Dessa forma, a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) não somente representa o direito à saúde garantida por políticas públicas, mas inclusive ao direito à vida e à igualdade de acesso sem distinções de raça, sexo, etnia, religião ou qualquer outra forma de discriminação. Trata-se de um projeto de reformulação não apenas do setor saúde, mas também um projeto para uma sociedade mais justa, igualitária e democrática (PAIM, 2015).

O princípio da equidade responde a uma questão historicamente problemática das nações: as iniquidades sociais e econômicas. Tais iniquidades referem-se às desigualdades de acesso, refletidas nas gestões e produções dos serviços de saúde. Desse modo, o princípio da equidade reconhece a diferença, não apenas identificando um espaço de igualdade. Assim, cria-se um espaço regulador que visa reduzir as iniquidades. Ou seja, que reconhecer a diversidade e a pluralidade da condição humana, e por consequência, suas necessidades e potencialidades (PAIM, 2015). De acordo com Vasconcelos e Pasche (2006):

A equidade no acesso as ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à igualdade, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS & PASCHE, 2006, p.535).

Dessa forma, ainda que se reconheça a iniquidade do sistema de saúde e da distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade tem como desafio o desenvolvimento de estratégias que promovam a participação e a emancipação

social, expressas na Constituição, assim como na luta histórica pelo direito a saúde no país.

Já o princípio da integralidade representa uma ruptura histórica e institucional, uma crítica à divisão entre ações preventivas e curativas, construídas historicamente desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil até o momento da extinção do modelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A Constituição declara que o atendimento integral tem de priorizar as ações preventivas, mas sem que haja prejuízo às ações de assistência (MATTA, 2007).

Isto é, o usuário do SUS possui o direito a serviços que possam atender as suas necessidades, da vacina ao transplante, e ainda com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Deu-se essa ênfase por conta do quase abandono de tais ações durante a ditadura militar. Assim, compreende-se a denominação “sistema único de saúde”, pois não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas (MATTA, 2007). Logo, devem ser organizadas ações e serviços visando à integralidade na direção do SUS em cada esfera de governo.

A descentralização tratada no SUS é coerente à concepção de um Estado federativo que segue os princípios constitucionais, os quais devem ser assegurados e exercidos em cada esfera de governo. Assim, no SUS, a diretriz da descentralização refere-se à distribuição de poder político, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Em outros termos, uma desconcentração do poder da União para os estados e municípios, visando à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (MENDES, 2011).

Na União, há a direção ao Ministério da Saúde; já os estados e distrito federal, ficam a cargo das secretarias estaduais de saúde ou órgãos equivalentes; e os municípios, dirigem as secretarias municipais de saúde. Trata-se de uma “descentralização tutelada independente”, na qual tanto a União, quanto os Estados e Municípios contribuem de forma financeira para a execução dos serviços públicos, segundo um percentual obrigatório definido em lei, porém, as competências decisórias de como realizá-lo, cabe a cada esfera, conforme os artigos 16, 17 e 18 da Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990).

Tal descentralização como sendo uma diretriz, faz incorporar em cada esfera de governo os princípios e objetivos do SUS, e assim fortalece o federalismo político expresso na Constituição de 1988 (PEREIRA 2004).

A rede de ações, orientada pelo princípio da integralidade, organiza-se desde as ações de promoção e prevenção até as ações de maior complexidade, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias (MATTA, 2007).

Os serviços de saúde são hierarquizados de acordo com os níveis de complexidade – sendo o nível primário chamado de Atenção Básica, oferecido diretamente à população no município, através de Unidades de referência em um território específico. Já o nível secundário corresponde aos serviços especializados, utilizados somente quando necessário. Para tanto, segundo a proposta das Redes de Atenção à Saúde, caso o serviço especializado não exista no município, deverá existir algum serviço como referência na Rede, de modo acolher o encaminhado (MATTA, 2007).

Aponta-se ainda que cada serviço de saúde possua uma área de abrangência, sendo responsável pela saúde de uma parcela da população. Os serviços de mais complexidade como, por exemplo, os Hospitais, por serem menos numerosos e possuir uma área de abrangência mais ampla, abarca diversos serviços de menor complexidade (BRASIL, 2010).

Destaca-se ainda que a “regionalização” consiste em uma das diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde, orientando a descentralização das ações e dos serviços de saúde, bem como a organização da Rede de Atenção à Saúde. O processo de regionalização das redes levou à necessidade de articulação de modo a suprir o municipal, iniciando assim o movimento de rompimento das estruturas formais que dizem respeito às responsabilidades administrativas, evidenciando ser preciso uma gestão regional compartilhada das RAS. Desta forma foi possível uma maior racionalidade sistêmica no uso dos recursos, de modo a contribuir para a redução dos custos dos serviços (MAGALHÃES, 2014).

A lei nº 8.080/90 dispõe sobre a necessidade de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Visa-se uma lógica de que quanto mais perto da população, maior a capacidade do sistema em identificar as necessidades de saúde, e assim melhor será a forma de gestão do acesso aos serviços pela população. Segundo Viana & Lima, a regionalização refere-se a:

Um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder e estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA & LIMA, 2011, p. 37).

Para as autoras, na saúde, as regiões geográficas estabelecem como uma base territorial, ordenando uma rede de atenção integral à saúde, objetivando garantir a autossuficiência do sistema de saúde em áreas específicas.

Para tanto, a regionalização passa a ser norteada pela hierarquização dos níveis de complexidade das necessidades de saúde das pessoas. Assim como reconhece a complexidade do processo de trabalho na área da saúde em seus diferentes ambientes, estabelecendo fluxos de orientação da rede de serviços do SUS, que por sua vez são orientados pelo princípio da integralidade (MATTA 2007).

Dessa forma, as ações e serviços de saúde são organizados em níveis de complexidade tecnológica de modo crescente: primário, secundário, terciário e quaternário. Assim, o paciente dá entrada no sistema através de um posto de saúde, onde acontece a atenção primária, ou então de um pronto-socorro, com serviços de urgência ou emergência, e caso haja necessidade, o paciente é encaminhado a um centro de maior complexidade (MENDES, 2011).

A regionalização e a hierarquização são diretrizes que estão presentes nas várias experiências de reordenamento do sistema de saúde, muito antes da criação do próprio SUS. Entretanto, foi apenas durante o movimento sanitário, que levou a Constituição Federal de 1988, que tais diretrizes passaram a assumir um papel estratégico na política nacional, objetivando a garantia do acesso da população aos serviços de saúde de forma integral e equânime. Desde então, a participação da comunidade transformou-se em uma diretriz para a organização e operacionalização do SUS em todas as suas esferas de gestão, inclusive constando no texto constitucional dentre as marcas indenitárias do sistema, ao lado da universalidade, integralidade e descentralização (OUVERNEY, RIBEIRO, MOREIRA, 2017).

Isto é, o conceito da implementação das RAS vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que resultou na construção do SUS. O artigo 198 da constituição Federal de 1988 propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que,



As ações e serviços públicos de saúde 'integram' uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Para tanto, aponta-se que no art. 30 “As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de Atenção à Saúde”; e segundo o art. 32, as pactuações sob responsabilidades das comissões intergestores:

II – Diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

...

IV – Responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (BRASIL, 2011).

As principais características das RAS são:

- a) A centralidade nas necessidades de saúde da população;
- b) A formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação;
- c) Atenção contínua e integral;
- d) O cuidado multiprofissional;
- e) O compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Desse modo, consideram-se importante no processo de implantação das RAS, que sejam observados os aspectos como: definição objetiva da população e território; diagnóstico situacional; criação de uma imagem para a superação dos vazios assistenciais; investimento nas pessoas/equipes; articulação do público privado; desenvolvimento de um sistema logístico e de suporte; criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e financiamento sustentável com vinculação a metas e resultados. De acordo com Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde são conceituadas como,

(...) 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 (MENDES, 2011, p. 2300).

O autor salienta que são elementos característicos das Redes de Atenção à Saúde a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento destacado é a população, a razão de ser das RAS. É responsabilidade de o sistema respeitar as necessidades de saúde da população, promovendo os cuidados com a implementação das intervenções sanitárias. Por meio de um processo complexo, conhecendo o território, cadastrando as famílias, identificando os riscos sócios sanitários, poderá se estabelecer os fatores de risco e condições de saúde (MENDES, 2011).

As RAS são desenhadas de maneira a centralizar na APS (Atenção Primária à Saúde) a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um contínuo coordenado de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente. Essa forma de organização valoriza os fluxos de comunicação interorganizacional, partindo de um modelo mais hierarquizado para alcançar uma relação integrada entre os elementos da sua estrutura operacional, entre eles os pontos de atenção secundários e terciários – os sistemas de apoio e a APS (LAMOTHE, 2018).

De maneira a assegurar o compromisso com a melhoria da saúde da população, bem como a integração e articulação do funcionamento da RAS, com eficiência e qualidade dos serviços, é necessário o desenvolvimento de mecanismos formais de contratualização entre os entes regulador-financiadores e os prestadores de serviço (SILVA, MAGALHÃES, 2008).

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:  
I - Atenção primária;  
II - Urgência e emergência;  
III - Atenção psicossocial;  
IV - Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e  
V - Vigilância em saúde.

De acordo com Silva (2011), as RAS são consideradas um fator importante de racionalização de gastos e com um melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível.

O Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2011) passou a ser um instrumento legal para as regiões. Ele veio para viabilizar as parcerias por meio da criação de instrumentos legais, podendo ser cobrados pela sociedade e pelo poder judiciário. A organização do SUS está definida no Decreto, a partir de regiões de saúde no Estado e as Redes de Atenção à Saúde nas Regiões/território.

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos 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;

Para consolidar estas ações, ele define, igualmente, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, onde tais 'acordos' são formalizados, inclusive com a definição de recursos.

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

...

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterà as seguintes disposições essenciais:

- I - Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II - Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV - Indicadores e metas de saúde;
- V - Estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

- VI - Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades;
- e
- IX - Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Desse modo, o Gestor de Saúde (GS) tem a responsabilidade de executar o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua função está ligada ao cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde, já mencionava na Reforma Sanitária (MAIA Jr, 2014). Assim, sendo um cargo de autoridade sanitária, depende tanto de competência técnica, quanto de política, indicado pelo chefe do executivo. Exerce suas funções guiadas pelos planejamentos já vigentes, como também pelos novos interesses públicos dos partidos eleitos (BRASIL, 2007).

Sua apropriação do espaço organizacional consiste em um dos assuntos mais debatidos no meio acadêmico e no empresarial, tanto das esferas públicas quanto privadas, advindo da necessidade de profissionais eficientes na realização das atividades diárias de suas funções (SANT'ANA et al., 2016).

De acordo com Romero e Delduque (2013), cabe ao gestor, no SUS, garantir a cooperação e controle mútuo entre União, Estados e Municípios. Para Angelo (2011), a meta do gestor é cumprir o plano instalado e implantar novos modelos de qualidade, satisfazendo os atendidos e, assim, melhorando a imagem da instituição. Bem como, estabelecer uma boa relação com o paciente e os colaboradores (BONFIM, 2013).

Estudos indicam que o gestor dispensa cerca 20% de seu tempo para tratar de conflitos. Logo, como afirma Costa (2014), um olhar preciso e profissional sobre conflitos existentes é de enorme importância. Inclusive, considera-se a gestão de conflitos dentre as mais relevantes, entre as tomadas de decisão. Dessa forma, o bom relacionamento da equipe e, por consequência, sua satisfação profissional, trata-se de um fator decisivo para excelência do serviço, e a boa articulação de tais fatores é de competência técnica e social do GS.

Segundo Angelo (2011), é dever de o gestor aprimorar as práticas e procedimentos, assim como facilitar o fluxo de informações e comunicação interna. Tendo em vista que esse cargo de articulador da saúde, bem como de seus

processos, está vinculado à gestão de pessoas e os aspectos que esta relação envolve (MASCARENHAS, BARBOSA, 2013).

Portanto, entende-se que o gestor possui o compromisso de efetivação de um sistema público de saúde que garanta cidadania para a população, sempre buscando por alternativas de atuação que garantam a eficiência de suas ações, e assim consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo acesso e a qualificação necessária para a efetivação do acolhimento e cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Realizar uma revisão de literatura acadêmica no tema “o papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS”, em artigos publicados no período 2010 a 2021.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar artigos científicos nacionais e internacionais que abordem o tema do papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS;
- Sistematizar os artigos selecionados segundo autor, periódico e ano de publicação, métodos, objetivo geral e resultados.

### 3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de busca nas seguintes bases de referências: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e Scientific Eletronic Library On-line (SciELO), publicados no período de 2010 a 2021.

Os descritores utilizados foram: “Sistema Único de Saúde”, “Gestão”, “Rede” e, de forma textual, Rede de Atenção em Saúde. A coleta dos dados aconteceu no decorrer do mês de agosto de 2021.

Em uma busca inicial para compor a revisão de literatura junto à Biblioteca Virtual de Saúde foram resgatados 87 artigos: 35 na SciELO, 27 na Medline e 25 na LILACS. A estratégia de seleção dos artigos foi baseada na identificação dos títulos e resumos. Em seguida, os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão: texto na íntegra, relação entre os termos (Sistema Único de Saúde. Gestão. Rede de Atenção em Saúde) e idioma (português e inglês), os que não incluíam neste perfil foram excluídos.

Depois de identificados os artigos, foi realizada a leitura de seus títulos e resumo, permanecendo na revisão oito artigos, sendo três provenientes da SciELO, quatro da Medline e um da LILACS.

Os oito artigos que atenderam aos objetivos do estudo foram registrados em uma planilha contendo dados do periódico, autoria, ano de publicação, objetivos, métodos e resultados.

Por se tratar de estudo que emprega base de referências de acesso público, não houve necessidade de encaminhamento para comitê de ética em pesquisa.

## 4. RESULTADOS

O Quadro 1 enumera os oito artigos selecionados para a revisão, sistematizados segundo autor, ano de publicação, revista, objetivos, método e resultados encontrados.

Quadro 1 - Descrição dos textos revisados segundo autoria, periódico e ano de publicação, objetivo, método e resultados encontrados.

<b>Autor</b>	<b>Revista</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Resultado</b>
Finger et al (2021)	Rev Enferm Atenção Saúde [online].	Conhecer a percepção dos gestores municipais quanto ao papel da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde no processo de regionalização e organização das Redes de Atenção à Saúde.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Como potencialidades, evidenciou-se o suporte adequado da Secretaria Estadual de Saúde na educação permanente aos municípios e a participação do Conselho Municipal de Saúde na gestão e planejamento, bem como resultados positivos na assistência da Atenção Básica.
Feltrin et al (2020)	Cuid Enferm.	Identificar o conhecimento e a visão dos gestores municipais sobre as Redes de Atenção à Saúde numa cidade do interior paulista.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, com entrevistas de seis gestores de um município.	As temáticas levantadas pelos entrevistados foram: Desafios da implantação das Redes, Governança e Relações Interfederativas.
Costa; Silva (2019)	Revista Revise	Apontar os principais desafios para o gestor de saúde na implementação e funcionalidade das RAS.	Pesquisa bibliográfica.	Os principais desafios na implementação das redes de atenção à saúde tangem a insuficiência no planejamento em saúde, o subfinanciamento do SUS, clientelismo e a desfragmentação da RAS.
Paiva et al (2018)	Rev Med	Identificar as atribuições e competências do gestor de saúde e os desafios que esse profissional enfrenta nas diversas esferas da área da saúde.	Revisão narrativa de literatura.	O gestor tem que assumir responsabilidades desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, perpassando pela integração entre equipes, pelo acompanhamento das atividades e ao monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir. As decisões devem se basear em um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de levantamento de dados, produção de informação, desenvolvimento de propostas e soluções balizando assim a tomada de decisões.
Gabardo et al (2017)	Revista UNINGÁ	Consistiu em analisar as publicações que abordaram a temática competência profissional dos gestores de serviços de saúde.	Revisão de literatura conduzida de acordo com a metodologia de revisão sistemática PRISMA.	Apontaram que as competências do gestor de saúde estendem-se desde a gestão de custos até a gestão de conflitos, incluindo a habilidade de conciliar interesses das partes envolvidas nos processos e decisão em contexto de constante mudança. Ao gestor



				de saúde pública cabe o cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde respeitados os papéis cabíveis às esferas municipal, estadual e federal.
Machado et al (2016)	Cadernos de Saúde Pública	Analisar as estratégias de gestão do trabalho dos governos e o perfil dos profissionais das UPA no Estado do Rio de Janeiro, que tem o maior número de unidades no país.	Análise documental; entrevistas com gestores; visitas às UPA com aplicação de questionários a coordenadores, médicos e enfermeiros.	As estratégias de gestão do trabalho variaram segundo esfera administrativa (estadual ou municipal) e ao longo do tempo.
Shimizu (2013)	Physis - Revista de Saúde Coletiva	Analisar as percepções de gestores sobre os desafios da formação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil.	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete gestores envolvidos com a formulação da política nacional de saúde, mais especificamente com a formulação da Rede de Atenção à Saúde.	A fragmentação dificulta o direito à saúde. O subfinanciamento, a formação deficiente de profissionais, a influência política que envolve disputas e conflitos, a indefinição sobre a responsabilidade de cada ente federado sobre os problemas de saúde, como os principais desafios na constituição das redes de atenção à saúde.
Reis; Cesse; Carvalho (2010)	Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil	Identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no SUS.	Foram elaborados um modelo teórico lógico e uma matriz de avaliação acerca das atribuições do gestor estadual na condução da regionalização.	A matriz de avaliação apresenta três níveis de análise (governo, gestão e assistência), que estão desmembrados em seis dimensões compostas de 14 critérios e 82 indicadores de avaliação que exploram as responsabilidades do gestor estadual do SUS frente à regionalização da saúde.

Fonte: Elaborada pela autora (2021)

Dentre os artigos selecionados para revisão, há uma publicação já no mesmo ano que o lançamento das RAS, em 2010, e uma publicação por ano em 2013 e 2016 a 2021. Houve dispersão de autoria, sem nenhum autor presente em mais de um artigo, o mesmo ocorrendo quanto às revistas. Quanto ao método, metade dos artigos empregou revisão de literatura ou pesquisa documental, sendo os demais complementados com entrevistas.

De modo geral os artigos têm o objetivo de abordar o Papel do Gestor na Rede de Atenção à saúde – RAS, descrevendo a percepção, atribuições e competências do gestor de saúde e os desafios enfrentados nas diversas esferas da área da saúde para a implementação e funcionalidade das RAS.

Finger et al. (2021) e Shimizu (2013) abordaram a percepção dos gestores. Finger et al. (2021) abordaram o papel das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, bem o processo de regionalização e organização das Redes de Atenção à

Saúde. Já Shimizu (2013) mirou nos desafios da formação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Ambos concluem que as Redes de Atenção à Saúde no SUS ainda se configuram em um enorme desafio, que demanda investimento do Estado para a sua efetiva consolidação.

Para Feltrin et al. (2020), o gestor municipal possui um papel fundamental na formulação e conexão das Redes de Atenção à Saúde, pois ao participar ativamente junto ao Estado, tende a fortalecer as regiões de saúde, bem como a capacidade de gestão municipal, reinventando novas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.

Costa e Silva (2019) confirmam que a construção de uma rede eficiente depende do comprometimento dos atores políticos que estão envolvidos, buscando por uma governança numa maneira de gestão realizada por meio de relações horizontalizadas, ou seja, relaciona-se a uma mudança nos processos de trabalho e na forma de se fazer gestão, tendo em vista que dificuldades encontradas atualmente são operacionais, e não teóricas.

Paiva et al. (2018) abordam as competências necessárias para um gestor de serviços de saúde, assim, buscou identificar o papel, funções, as principais características e os desafios da atuação dele. De modo que o gestor desenvolva uma gestão de qualidade, foi observado ser imprescindível este possuir uma visão tática do planejamento estratégico como sendo algo claro e objetivo, e assim assumir a liderança local visando articulação e melhoria nos serviços ofertados.

Gabardo et al. (2017) abordam que as competências do gestor de saúde estendendo-se desde a gestão de custos garantindo a qualidade do serviço prestado até a gestão de conflitos, reunindo conhecimentos e informações gerando interesses das partes envolvidas nos processos de mudanças decorrente da globalização, e possíveis transformações nas organizações.

Machado et al. (2016) concluíram que os problemas mais amplos da gestão em saúde no Brasil estão associados aos desafios do trabalho em urgências e às opções dos governos, inclusive a terceirização das UPA (Unidades de Pronto Atendimento).

Reis, Cesse e Carvalho (2010) evidenciaram em seus estudos que, para os gestores de saúde, mesmo sendo provisório, o consenso estabelecido pode ser um referencial para a realização de pesquisas, podendo servir como um instrumento de orientação dos processos-chave que devem ser implementados, bem como a

realização de investigações avaliativas a respeito da implantação dos processos de regionalização, possibilitando uma melhor comparabilidade entre os estudos.

Todos esses estudos demonstraram que o papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde – RAS consiste em assumir a formulação e pactuação das Redes de Atenção à Saúde, devendo participar de forma ativa junto ao Estado, reinventando diferentes arranjos, visando a melhoria dos serviços ofertados, e em uma busca por relações horizontais na gestão do Sistema Único de Saúde.

## 5. DISCUSSÃO

A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, estabeleceu a universalização do acesso, promoveu a descentralização através da regionalização territorial, a hierarquização e a integração do cuidado com a formação de redes assistenciais de atenção à saúde como diretrizes fundamentais. Essas redes regionalizadas e integradas têm como objetivos assegurar a oferta de assistência ambulatorial, hospitalar, suporte diagnóstico e de assistência farmacêutica de forma universal e equânime (MENDES, 2011; REIS et al., 2017; RIBEIRO, 2015; SILVA, 2011).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Leis Orgânica da Saúde – alinha-se a respeito das situações para o progresso, proteção e recuperação da saúde, planejamento e funcionamento dos serviços correspondentes, apresentando de maneira incontestável os princípios a serem alcançados do SUS, suas habilidades e funções, como as serventias da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990).

A consolidação do SUS no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a universalização do acesso, promoveu a descentralização por meio da regionalização territorial, a hierarquização e a integração do cuidado, firmando as redes assistenciais de atenção à saúde como diretrizes fundamentais (BRASIL - Lei 8.080, 1990a; Lei 8.142, 1990b).

Segundo Reis, Cesse e Carvalho (2010), quando adotada a estratégia de descentralização da saúde na primeira década de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), esta proporcionou avanços com a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios.

Para Mendes (2011) é responsabilidade de o sistema respeitar as necessidades de saúde da população, promovendo os cuidados com a implementação das intervenções sanitárias. Por meio de um processo complexo, conhecendo o território, cadastrando as famílias, identificando os riscos sócios sanitários, poderá se estabelecer os fatores de risco e condições de saúde.

O SUS baseia-se em três fundamentos: a universalidade, a integralidade e a equidade, conforme a Lei nº 8080, 7 de setembro de 1990, mencionada no art. 7º,

evoluída pela Constituição Federal, diz respeito aos serviços públicos e privados das redes de saúde.

Sendo assim, os princípios são: Universalidade: a garantia do direito ao acesso e assistência à saúde a qualquer cidadão, sem discriminação; Integralidade: garante ao indivíduo um atendimento integral, ou seja, ações relacionadas à prevenção, promoção e reabilitação, sendo oferecidas pelo sistema de saúde. Equidade: promove a igualdade na assistência de saúde para todos, sem privilégios, exceto em caso em que haja risco de morte, portanto, sendo uma prioridade no atendimento.

O princípio da equidade busca o desenvolvimento de estratégias que favoreça a participação e a emancipação social, expressas na Constituição, bem como na luta histórica pelo direito a saúde no país.

As ações de integralidade, intersectorialidade e os mais variados níveis de atendimentos são desafios para a construção do SUS, e neste sentido, é importante criar estratégias que colaboram para viabilização da implementação de redes de atenção à saúde que proporcione resolutividade nas desigualdades presentes no acesso e na utilização dos serviços, para que assim, haja uma atenção à saúde mais integral, permitindo a integração de serviços, instituições e práticas no território.

Magalhães (2014) diz que o processo de regionalização das redes levou a necessidade de articulação de modo a suprir o municipal, iniciando assim o movimento de rompimento das estruturas formais que dizem respeito às responsabilidades administrativas, evidenciando ser preciso uma gestão regional compartilhada das RAS. Desta forma, foi possível uma maior racionalidade sistêmica no uso dos recursos, de modo a contribuir para a redução dos custos dos serviços.

Shimizu (2013) relata que a estruturação das Redes de Atenção à Saúde é uma alternativa potente para diminuir a fragmentação do sistema, conforme apresentado em alguns países que consolidaram os sistemas de saúde integrados, favorecendo o acesso, a continuidade, a integralidade e a racionalização dos recursos. Contudo, considera-se que as propostas de organização de redes têm diferentes conformações e significados e exigem a análise da natureza dos sistemas, seus valores e princípios.

De acordo com Lamothe (2015), as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que busca ampliar a atenção por meio do acesso e longitudinalidade do cuidado, tem como objetivo a conquista da integralidade. As RAS são desenhadas de maneira a

centralizar na APS a coordenação do cuidado e a ordenação das redes, buscando fornecer continuidade de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente.

A implementação e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde se destacam por relações de força e poder, disputas políticas, onde o maior impedimento está na dificuldade que há em se perceber o território de saúde como um lugar de responsabilidade de todos. O compromisso do Estado em universalizar o acesso à saúde possibilita à população assistência de forma equânime e integral, devendo estar em pauta no cenário da sociedade brasileira como um direito social irrevogável. No qual, a sociedade brasileira não concorda com a possibilidade de sistema de saúde que tenha caráter privado ou de intervenção mínima estatal. Busca-se a qualificação do SUS e fortalecimento da RAS para garantia da integralidade preconizada por lei e por longa luta da sociedade brasileira.

Para Costa e Silva (2019) os principais desafios na implementação das redes de atenção à saúde estão relacionados com a insuficiência no planejamento em saúde, o subfinanciamento do SUS, o clientelismo e a desfragmentação. A construção de uma rede para ser bem-sucedida depende do compromisso dos políticos envolvidos, e da busca de uma governança com relações horizontalizadas, com respeito, a mudança nos processos de trabalho e no modo de fazer gestão, pois, as maiores dificuldades encontradas são operacionais e não teóricas. Enquanto os atores envolvidos com as políticas de saúde não se conscientizarem, vendo o território de saúde como um ambiente comum a todos os municípios envolvidos, e como um espaço para discussão e melhorias, as redes de saúde estarão sempre expostas à fragmentação.

Finger et al. (2021) abordam que, apesar das diretrizes para gestão partilhada e acesso abrangente no âmbito do SUS, lacunas se manifestam na sua implementação, especialmente por gestores de saúde em municípios menores, em capacidade, que vivenciam dificuldades diárias nas tomadas de decisões e a uma rede limitada de serviços.

O fortalecimento das gestões municipais para qualificar a produção universal, integral, equânime do SUS, que defende a vida, que é plural, torna-se, neste contexto, um desafio na consolidação da regionalização e governança do SUS. O gestor municipal assume então o papel prioritário na formulação e pactuação das RAS, à medida que, participa ativamente junto ao estado, fortalecendo as regiões de

saúde e a capacidade de gestão municipal, reinventando práticas e construindo novos arranjos de gestão do SUS.

Maia Jr (2014) enfatiza que o Gestor de Saúde possui o papel de cumprimento, formulação e reestruturação de políticas de saúde, como decretado na Reforma Sanitária, na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gabardo et al. (2017) evidenciaram que o gestor de saúde (GS) tem um cargo social importante, dependente tanto de sua técnica, como de seu modo de fazer política, sendo a autoridade sanitária de fato e indicado pelo chefe do executivo.

De acordo com Romero, Delduque (2013), ao gestor cabe, no SUS, garantir a cooperação e controle mútuo entre União, Estados e Municípios. Para Angelo (2011), a meta do gestor é cumprir o plano instalado e também implantar novos modelos de qualidade, satisfazendo os atendidos e, assim, melhorando a imagem da instituição.

Costa (2013) afirma que é preciso um olhar profissional sobre conflitos existentes na gestão é de enorme importância. Inclusive, considera-se a gestão de conflitos dentre as mais relevantes, entre a tomada de decisão. Dessa forma, o bom relacionamento da equipe e, por consequência, sua satisfação profissional, trata-se de um fator decisivo para excelência do serviço, e a boa articulação de tais fatores é de competência técnica e social do GS.

Já Paiva et al. (2018) sugerem que gestor precisa assumir responsabilidades, desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, bem como pela integração entre equipes, pelo acompanhamento das atividades e ao monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além de mediar possíveis conflitos que possam existir.

E por fim, Feltrin et al (2020) apontam que, no processo de elaboração e implementação das RAS, os gestores são essenciais. É fundamental a vivência e a visão do gestor no processo de desenho e construção de uma RAS em seu território. O gestor deve participar das pactuações e acompanhamento dos serviços que a integram, pois é fundamental para a qualidade do cuidado produzido e ofertado.

## 6. CONCLUSÃO

O estudo revisou a produção científica de literatura acadêmica contida na Biblioteca Virtual de Saúde no que tange o Papel do gestor na Rede de Atenção à Saúde- RAS. Os artigos analisados destacaram que a conformação das Redes ainda é um grande desafio, e requer forte investimento do Estado, com uma política que as impulse e apoie.

Com relação aos achados sobre a atribuição e competências dos gestores, os resultados apontaram que o gestor tem que assumir responsabilidades desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, perpassando pela integração entre equipes, pelo acompanhamento das atividades e ao monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir. As decisões devem se basear em um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de levantamento de dados, produção de informação, desenvolvimento de propostas e soluções balizando assim a tomada de decisões.

Os principais desafios na implementação das redes de atenção à saúde tangem a insuficiência no planejamento em saúde, o subfinanciamento do SUS, clientelismo e a desfragmentação da RAS. Logo, percebeu-se que são muitos os desafios a serem enfrentados pelos gestores de saúde na busca da implementação e funcionalidade das Redes de Atenção à Saúde objetivando a construção de um SUS mais equânime e universal.



## REFERÊNCIAS

ANGELO M. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. RAS, v.13, n.52, p. 157-164, 2011.

BOMFIM R. A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. RAS, v.15, n.60, p.127-32, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) Acesso em 14/05/2021.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm), e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em 18/05/2021.

BRASIL, Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso: 25/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf) Acesso em 16/05/2021.

BRASIL. Lei n. 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 União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055- 18059.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de setembro 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção 1, p. 25694-25695.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 1). Brasília, DF, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf) Acesso em: 20/05/2021.

COSTA J.; SOUSA S.; FEITOSA F.; FEITOSA M.; ASSIS E.; PEIXOTO CP. Gestão de conflitos: estratégias adotadas em unidade básica de saúde. Revista Administração em Saúde, v.15, n.61, p. 134-140, 2013.

COSTA RS. & SILVA EAL. Redes de Atenção à Saúde: Desafio dos Gestores para sua Implementação e Funcionamento. Gestores. Revista Integrativa em Inovação Tecnológica nas Ciências da Saúde, vol. 3, Dossiê Gestão em Saúde, p.41-55, 2019.

FELTRIN AFS. et al. O papel das redes de atenção à saúde no SUS sob a ótica dos gestores de uma região de saúde. Cuid Enferm, v.14, p. 35-40. 2020.

FINGER D. et al. Redes de Atenção a Saúde: A Percepção dos Gestores Municipais Revista de Enfermagem Atenção à Saúde, v.10, n.1, e202105, 2021.

GABARDO JMB. et al. Competência profissional dos gestores de serviços de saúde: Uma Revisão Sistemática. Revista UNINGÁ, v. 53, n.1, p.108-112, 2017.

LAMOTHE L, SYLVAIN C, SIT V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. Sante Publique, v. 27(1 Suppl):S129-35, 2015.

MACHADO CV et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.2, e00170614, 2016.

MAGALHÃES Jr. HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade / Health Care Networks: towards the integrality. Divulg. Saúde debate, v. 52, p.15-37, 2014.

MAIA Jr A. Secretários municipais de saúde: o SUS pela ponta da corda. Bauru. Tese (Doutorado), São Paulo, USP, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-03062015-092151/pt-br.php> Acesso em 21/06/2021.

MASCARENHAS AE.; BARBOSA A. Produção científica brasileira em gestão de pessoas no período 2000- 2010. RAE, v.53, n.1, p.35-45, 2013.

MATTA GC. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília/DF: Organização Pan americana da Saúde, Brasília-DF 2011. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso: 10/ 08/2021.

OUVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, v.22, n.4, p.1193-1207, 2017.

PAIM JS. O que é o SUS – e-book interativo. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/7c8be03b3265260429cc282a39d14d89/> Acesso em: 22/06/2021

PAIVA RA et al. O papel do de serviços de saúde: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais, v.28 (Supl 5): e-S280523, 2018.

PEREIRA AL et al. O SUS no seu Município: garantindo saúde para todos. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. Saúde soc., v.24, n.2, p.403-412, 2015.

REIS, Ademar Arthur Choro et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

REIS, Yluska Almeida Coelho; CESSE, Eduarda Ângela Pessoa; CARVALHO, Eduardo Freese. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v.10 (Supl. 1): S157-S172, 2010

ROMERO LE; DELDUQUE M. A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil. Saúde Soc., v.22, n. 4, p.1167-1179, 2013.

SANT'ANNA AS, SANTOS JN, DINIZ DM; BENEVIDES TN; DULTRA MPM. Competências individuais e modernidade organizacional: um estudo comparativo entre profissionais de organizações mineiras e baianas. Gestão & Produção, v. 23, n.2, 308-319, 2016.

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

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. Revista do CONASEMS, jan. 2008. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf> Acesso em: 22/06/2021.

SHIMIZ HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n4, p. 1101-1122, 2013.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf> Acesso em: 27/06/2021.

VIANA ALD; LIMA LD; OLIVEIRA RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n. 3, p.493-507, 2002.