

REDES E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ITÁLIA

LIÇÕES APRENDIDAS E CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

Navegador SUS



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde

Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

REDES E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ITÁLIA

Lições aprendidas e contribuições para o debate

Coordenador: Renato Tasca

NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS
sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 4.

Brasília-DF

2011

© 2011 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Os títulos que integram a série NAVEGADORSUS estão disponíveis para download em new.paho.org/bra/apsredes.

Tiragem: 1.ª edição – 2011 – 2000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil
<http://www.paho.org/bra>

Coordenação:

Renato Tasca

Elaboração:

Renato Tasca
Newton Lemos
Elisandréa Sguario Kemper

Apoio técnico:

Alessandro Moraes
Adriana Trevisan

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

As idéias, conceitos e comentários contidos nesta obra são fruto do livre exercício de pensamento e expressão de seus autores, podendo não representar, no todo ou em parte, a posição institucional da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e/ou de seus parceiros nesta compilação.

Ficha Catalográfica

Organização Pan-Americana da Saúde

Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália : lições aprendidas e contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
126 p. : il. (NAVEGADORSUS, 4).

ISBN: 978-85-7967-072-5

1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes 4. Sistema Único de Saúde 5. Atenção Primária I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84



SUMÁRIO

Glossário de siglas.....	5
Apresentação.....	7
Agradecimentos.....	9
Prefácio	11
A descentralização da gestão: uma abordagem introdutória aos principais desafios postos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.....	13

CAPÍTULO 1

Descentralização e regionalização do SUS na década de 1990	29
--	----

CAPÍTULO 2

Dilemas da ação coletiva e capital social: para melhor compreender e promover a cooperação solidária no SUS	43
---	----

CAPÍTULO 3

Redes de Atenção à Saúde x Sistemas Fragmentados: definições, dilemas e perspectivas.....	57
---	----

CAPÍTULO 4

Regionalização e Redes de atenção à saúde em Minas Gerais: um estudo de caso.....	69
---	----

Investigando as estratégias para a regionalização na perspectiva do governo estadual: o caso de Minas Gerais	71
--	----

CAPÍTULO 5

Regionalização e Redes na Itália – Lições aprendidas após 30 anos de experiência	97
Regionalização do sistema nacional de saúde: a experiência italiana	99

CAPÍTULO 6

Conclusões e Recomendações	117
Recomendações referentes ao processo da regionalização da saúde	119

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

FESP – Funções Essenciais de Saúde Pública

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PPI – Programação Pactuada e Integrada

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde



APRESENTAÇÃO

Essa obra é fruto de um esforço coletivo para adicionar elementos de reflexão ao processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde no Brasil. Um país de dimensões continentais, com grande diversidade geográfica e um vasto fosso social ainda por ser coberto não pode cuidar de pessoas de forma centralizada e concentrada.

Trata-se de uma federação cujos integrantes possuem competências concorrentes e exclusivas. Por isso, a soma dos esforços sempre será melhor que atitudes isoladas, para se evitar o retrabalho e direcionar o uso dos escassos recursos da saúde para se obter o máximo de efetividade e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A situação de saúde das comunidades está visceralmente ligada ao território, ao espaço físico com o qual interagem. Quanto mais próxima a gestão estiver desses territórios, e quanto mais se puder regionalizar e descentralizar serviços nessa direção (respeitados os princípios de escala, necessidade e qualidade), tanto melhor poder-se-à produzir saúde, em sua definição mais abrangente e longitudinal.

Convidamos a todos para analisarem esse trabalho e o utilizarem como ferramenta cotidiana para a reorganização de suas redes de atenção à saúde.

Os autores

AGRADECIMENTOS

Giovanni Fattore, economista italiano e professor associado da Università Bocconi de Milão, Itália. Atuou como orientador da médica Iracema Benevides em seu mestrado, contribuindo muito com seu conhecimento e experiência sobre o processo de regionalização da saúde na Itália.

Francesco Ripa di Meana, Diretor Geral da ASL de Bolonha. Médico graduado pela Università Cattolica em 1975 e especializado em gestão de saúde pela Università Bocconi de Milão. Trabalhou, de 1986 a 1992, como diretor de projeto da Cooperação Italiana no Brasil, onde coordenou projetos locais de atenção à saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, importante contribuidor na construção dessa obra.

Gestores da SES/MG, que abriram suas portas e contribuíram com seu tempo, conhecimento e informações para o embasamento teórico-prático dessa obra.

Eugênio Vilaça, odontólogo e investigador em saúde, grande mestre e autor da atualidade nos temas de Redes de Atenção e APS, cuja obra representa grande influência indutora positiva no processo de regionalização do estado de Minas Gerais e de outros locais do Brasil.

Flávia Davide LeLOT, cuja boa vontade e cooperação ajudaram no processo de construção da parte gráfica dessa obra.



PREFÁCIO

A construção de Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela Atenção Primária (ou pela Atenção Básica, como alguns preferem chamar) é considerada uma estratégia fundamental para consolidar o SUS e dar sustentabilidade às suas ações, almejando atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM e os outros desafios trazidos pelos novos e complexos cenários globais. Nesse sentido, o processo de regionalização é absolutamente fundamental para construir as condições territoriais requeridas para o funcionamento integrado das redes de atenção à saúde no nível loco-regional.

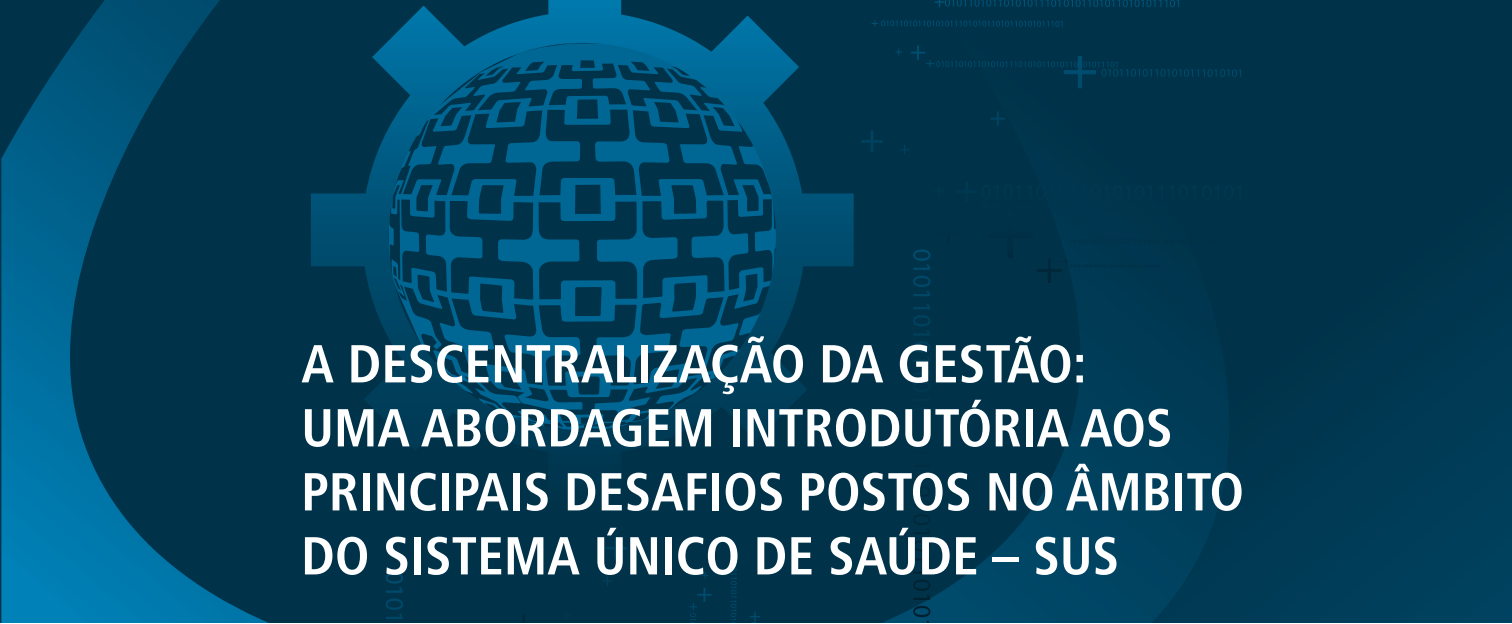
A regionalização é o tema central desta nova publicação da série técnica Navegador SUS, que colocamos à disposição dos gestores e de todos os atores envolvidos no processo de desenvolvimento do SUS. Esse trabalho, que foi realizado com a parceria do Ministério da Saúde, Conass e Conasems, pretende trazer algumas reflexões sobre o processo de regionalização em saúde, a partir das lições aprendidas no Brasil e na Itália.

Este texto, escrito a várias mãos, traz o ponto de vista original de pessoas com diferentes formações, papéis institucionais, experiências e vivências, sendo, portanto, o veículo de uma visão ampla e diversificada sobre os avanços e as oportunidades do processo de regionalização em saúde.

As contribuições aqui registradas são relevantes não apenas no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil, mas também contemplam os desafios enfrentados por outros países com sistemas de saúde de cobertura universal, centrado nas pessoas e baseados na descentralização e equidade.

Convido todos a desfrutarem ao máximo esta importante fonte de conhecimento aplicada à prática.

Diego Victoria Mejia
Representante da OPAS/OMS no Brasil



A DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO: UMA ABORDAGEM INTRODUTÓRIA AOS PRINCIPAIS DESAFIOS POSTOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Lúcia Queiroz

As concepções relativas aos temas da descentralização e da regionalização trazidas pelo conjunto de formuladores e equipes técnicas que assumiram, em 2003, a condução político-institucional do Ministério da Saúde, induziram inovações relevantes nos formatos normativos até então adotados pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2003). Essas concepções, ao serem pautadas pelo gestor federal nos fóruns de pactuação intergestores setoriais e, após serem submetidas às etapas de negociação com as entidades representativas dos gestores estaduais e municipais, vieram a se traduzir, posteriormente, em portarias ministeriais (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b), que se somaram ao aparato legal do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990) e estão, desde então, norteando os rumos e as diretrizes da gestão descentralizada do sistema.

Assim, após quase uma década desse momento de inflexão na orientação normativa da descentralização da gestão do sistema, é oportuno que as avaliações que sejam feitas desse movimento de mudança contemplem não apenas os acertos que delas decorreram, mas também abordem os desafios remanescentes, no que tange à construção de um sistema de saúde descentralizado e regionalizado.

E nisso consiste a proposta desse capítulo introdutório ao tema da descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde: trazer elementos de análise sobre três grandes desafios que persistem para o avanço e consolidação da regionalização e da gestão descentralizada do sistema.

O Primeiro desafio: o de assegurar a revalorização das funções e das responsabilidades de planejamento na condução da gestão do Sistema Único de Saúde

A premissa que orientou a escolha desse desafio é a de que a sustentabilidade de capacidades gestoras descentralizadas é fortemente condicionada pela implantação e consolidação de culturas institucionais voltadas para boas práticas de planejamento público.

De fato, como é amplamente reconhecido pelos formuladores e analistas de políticas públicas e se constitui como prática estabelecida em sociedades que atingiram patamares elevados de responsabilização institucional dos agentes públicos, a boa gestão do Estado e o planejamento público são elementos indissociáveis (ABRUCIO, 2002).

O mesmo reconhecimento sobre o valor do planejamento existe nos sistemas nacionais ou públicos de saúde que inspiraram (e continuam inspirando) a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Nesse sentido, a estruturação descentralizada do Sistema Único de Saúde pressupõe que a atuação gestora setorial, nas três esferas do Estado brasileiro, seja precedida de análises consistentes dos problemas sanitários, fundamentadas em informações obtidas a partir de bancos de dados confiáveis, que possam orientar o desenho das ações a serem implantadas, vinculando-as aos recursos que deverão ser mobilizados e permitindo sua avaliação, mediante a elaboração posterior de relatórios de gestão e de prestação de contas por resultados. Esses movimentos, com algumas variações, compõem as etapas que constituem o ciclo clássico de planejamento na grande maioria dos países cujas economias e sociedades têm implantado práticas de *accountability* mais avançadas do que a nossa no âmbito político-institucional.

Contudo, apesar de haver amplo consenso em torno do tema e parecer implícita a relevância do planejamento para a implantação de um sistema com as características e a complexidade do Sistema Único de Saúde, essa associação entre as práticas e os instrumentos de planejamento e os de gestão não tem

se constituído, até o presente, como um dos produtos das mudanças que vêm norteando, nos anos recentes, a descentralização do sistema.

Apesar da inflexão verificada nos instrumentos e práticas que tem balizado a condução da descentralização nos últimos anos, o exercício da função gestora pública do Sistema Único de Saúde ainda se caracteriza pelo predomínio da dissociação entre a condução dos processos de planejamento e dos processos de gestão – e esse fato pôde ser observado, de modo concreto, nos movimentos inicialmente feitos para formalização das adesões municipais e estaduais ao pacto.

Assim, em significativa parcela dos casos acompanhados pelas equipes que exercem a cooperação técnica do Ministério da Saúde junto aos estados e municípios, a elaboração dos denominados Termos de Compromisso de Gestão Estaduais e Municipais (BRASIL, 2006b) não explicitava suas conexões com os conteúdos dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde – dissociação essa que também, é importante assinalar, ocorreu no âmbito federal. Dessa situação dicotômica decorreram inúmeras dificuldades para a compreensão existente acerca do que poderia representar, no espaço loco-regional, as mudanças propostas no novo marco normativo para a qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde. E, em várias situações, o paralelismo entre os dois processos se manteve, transcendendo o momento da adesão e permanecendo durante os demais momentos de pactuação e de planejamento, conduzidos no âmbito das instituições gestoras dos três níveis do Sistema Único de Saúde.

Tal constatação motivou a organização de iniciativas visando sua superação, destacadamente no âmbito da cooperação técnica prestada pelo Ministério da Saúde junto às Secretarias Estaduais e Municipais. Essa cooperação teve como foco a qualificação dos processos de adesão conduzidos pelos estados e municípios e, posteriormente, encaminhados à Comissão Intergestores Tripartite, enfatizando que fossem observadas, na construção das metas e na definição das responsabilidades gestoras, o devido alinhamento com os instrumentos de planejamento vigentes.

Esses esforços não obtiveram os resultados esperados em todos os estados. As melhores conduções ocorreram naqueles estados que, por contarem com experiências anteriores de planejamento mais consolidadas, puderam se reorganizar mais facilmente, logrando a aproximação entre as áreas e práticas da gestão e do planejamento.

O fato de que nem todas as unidades da Federação tenham vinculado as práticas de planejamento e as de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde, mantendo a fragmentação que se esperava superar, provocou a Comissão Intergestores Tripartite no sentido de formular e aprovar a Portaria GM/MS 2.751/2009 (BRASIL, 2009b). Essa Portaria "*Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde*" e tem como objetivo principal o de atingir uma situação na qual as instituições gestoras das três esferas do Sistema Único de Saúde conduzam a negociação da pactuação unificada de prioridades, objetivos e metas, bem como a elaboração e revisão dos Termos de Compromisso de Gestão, formalizados por ocasião das adesões estaduais e municipais ao pacto, em estreita vinculação com os conteúdos explicitados nos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde: os Planos de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d).

Cabe registrar ainda que o foco dessa Portaria volta-se para a organização desses dois processos, com o objetivo de alterar uma cultura institucional de paralelismo entre áreas de planejamento e as áreas de gestão da saúde, que necessita ser rompida, de modo que a integração entre essas duas áreas possa ser assimilada pelos dirigentes do Sistema Único de Saúde e suas equipes gestoras.

Contudo, como essa abordagem se refere aos desafios que remanescem, cabe finalizar acrescentando que, embora a Portaria GM/MS 2.751/2009 tenha significado uma iniciativa importante para o resgate das funções gestoras e apesar da força do argumento que fundamentou seu movimento de elaboração, não há meios infalíveis que assegurem sua integral implantação no médio e longo prazo. Como ocorre com qualquer instrumento normativo, sua implantação per-

manece como um desafio que, no momento presente, depende dos movimentos que serão feitos pelas equipes gestoras e técnicas do Sistema Único de Saúde.

O segundo desafio para a consolidação da regionalização é o de definir qual o papel que poderá vir a ser exercido pelos Colegiados de Gestão Regional – os CGR como fóruns permanentes de pactuação intergestores

Os Colegiados de Gestão Regional – CGR integram o conjunto de propostas recentes para a consolidação da descentralização e tem representado uma oportunidade concreta de implantação de espaços capazes de oferecer modalidades inovadoras de integração entre os gestores do Sistema Único de Saúde no âmbito regional (BRASIL, 2009).

Os CGR foram formulados com o objetivo de ampliar o acesso dos gestores a novos espaços de pactuação e de negociação e podem vir a se constituir, pela capilaridade que agregam ao processo decisório atual, como espaços fundamentais para fortalecer a colaboração entre os gestores. Há, desse modo, a expectativa de que possam contribuir para que haja a substituição de práticas de gestão setorial isoladas e fragmentadas, resultantes, muitas vezes, de racionalidades que expressam o interesse pessoal de alguns atores, por mecanismos que valorizem a organização dos agentes públicos e legitimem a ação coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Conforme a orientação adotada pelo conjunto dos gestores do SUS (BRASIL, 2009), os Colegiados de Gestão Regional devem ser implantados a partir dos desenhos regionais propostos nos Planos Diretores de Regionalização – PDR de cada estado (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006). Esse fato, assim como o aprendizado previamente existente no que tange ao funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites, tem influenciado as diferentes condições de implantação desses espaços de governança regional, produzindo experiências de caráter diverso, segundo o estágio em que se encontram a coordenação e a condução da descentralização em cada um dos estados da Federação.

Desse modo, em alguns estados, os Planos Diretores de Regionalização, que haviam sido inicialmente propostos pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002), foram mantidos como parte da documentação normativa que norteia a adesão ao pacto, sem que tenham, contudo, sido assimiladas, por algumas equipes gestoras, as mudanças necessárias ao redimensionamento desse instrumento de planejamento, sob a égide do pacto.

Há, de fato, situações nas quais os Planos Diretores de Regionalização, elaborados e aprovados após o advento das Portarias do pacto, mantiveram conceitos que haviam sido trazidos pela norma anterior, a exemplo de Planos Diretores de Regionalização que citam denominações como módulos assistenciais, municípios satélites, Elenco dos Procedimentos da Média Complexidade – EPM-1, dentre outros (BRASIL, 2002).

Há ainda casos nos quais a Comissão Intergestores Tripartite foi informada sobre a relação das regiões identificadas no estado, devidamente aprovadas na Comissão Intergestores Bipartite, sem que essa definição tenha sido precedida pela necessária revisão e atualização do Plano Diretor de Regionalização estadual, nem de análises, de caráter intergestor, sobre os impactos do desenho regional, que até então era adotado, para a gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde nesses estados.

Também, nesses casos, verifica-se que a implantação dos Colegiados de Gestão Regional apresenta grandes possibilidades de ocorrer de modo oposto à situação que se esperava com a sua instituição, pois implica que houve o desencadeamento do funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional sem uma atualização do recorte regional do estado e sem a devida condução de análises capazes de embasar o planejamento e a gestão regional, como seria esperado.

Nesse contexto, mesmo que esses Colegiados de Gestão Regional tenham sido definidos sob o aspecto documental e tenham sido formalizados junto à Comissão Intergestores Tripartite, para cumprirem a etapa prevista para a captação dos recursos de custeio, previstos a título de cooperação financeira do ente federal (BRASIL, 2007), não estão se configurando como espaços de governança regional,

dado que não preenchem um requisito mínimo para isso: não correspondem aos arranjos regionais reconhecidos pelo conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde nesses estados, pelo fato de que não foram objeto de debate prévio e de assimilação entre eles.

Assim, há a premência de que se corrijam os equívocos ocorridos, no sentido de que seja assegurado o alinhamento necessário entre as propostas contidas nos Planos Diretores de Regionalização e os conteúdos dos demais instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde, como os Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Sem dúvida, um dos atuais desafios para a consolidação do processo de regionalização consiste em integrar, de fato, as áreas, práticas e instrumentos de planejamento à gestão e ao funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional. Essa associação é fundamental para que se configurem as condições necessárias aos CGR, de modo que se constituam como o *locus* inovador da gestão descentralizada, cujo papel consistirá em ser o fórum permanente de negociação e pactuação gestora no âmbito regional.

Há, ainda, outras situações, que desafiam o potencial inovador dos Colegiados de Gestão Regional. De fato, outro desafio relativo ao funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional vem sendo observado naqueles estados cujas Comissões Intergestores Bipartites – CIBs, até o presente momento, não se consolidaram como o espaço privilegiado para a tomada de decisões entre os gestores. Nesses estados, as CIBs não chegaram a contribuir para o exercício do poder que lhes é conferido pelos princípios da descentralização e da autonomia dos entes federados, previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988), resultando que não atingiram o patamar de aprendizado institucional obtido pela maioria.

Assim, decorridos mais de 15 anos de implantação das primeiras Comissões Intergestores Bipartites, há um conjunto de estados que, de modo recorrente, interrompem a estabilidade de suas atividades – são interrupções que ocorrem, majoritariamente, por impasses gerados nas negociações ou são causadas por manobras protelatórias, que impõem retardos ao agendamento de debates de

propostas, por contrariarem os interesses imediatos de alguma das partes, provocando o encaminhamento para a Comissão Intergestores Tripartite de decisões cujas condições para pactuação e negociação se encontram presentes no âmbito estadual. Embora esses estados se constituam como um grupo residual, cabe registrar e conferir visibilidade ao problema, de modo que seu enfrentamento possa ser assumido pelo conjunto dos gestores, visto que essas situações costumam ter repercussões que culminam por desafiar o funcionamento de todo o sistema.

Em contraponto, cabe registrar que é alvissareiro o registro de que, em grande parte, os estados atualizaram seus recortes regionais e revisaram o Plano Diretor de Regionalização a partir das experiências anteriormente acumuladas, num contexto de valorização das ações de planejamento. Nesses estados, a implantação dos Colegiados de Gestão Regional tem encontrado, como resultante, condições bem mais favoráveis de implantação e de funcionamento, por serem mais adequadas e compatíveis com o exercício do papel que lhes cabe no planejamento e na pactuação regionais.

Nesses casos, a observação tem demonstrado que, após a tomada das decisões prévias necessárias sobre a composição desses fóruns regionais e os assuntos regimentais, bem como naquelas relativas às definições da agenda, vários Colegiados de Gestão Regional já estão assumindo funções de pactuação e de negociação complementares às que foram desempenhadas pelas Comissões Intergestores Bipartites no decorrer da última década, valorizando a governança colegiada do sistema.

Além disso, por ampliar a participação dos gestores municipais nos espaços de negociação e pactuação, os Colegiados de Gestão Regional vêm demonstrando o potencial de se constituírem como uma oportunidade preciosa de aprofundamento das questões debatidas entre as representações gestoras nas Comissões Intergestores Bipartites, elevando as possibilidades de acerto das políticas setoriais no que tange às especificidades loco-regionais e às suas implicações na tomada de decisão pelos gestores.

Desse modo, nas situações consideradas mais próximas do que seria o “modelo ideal”, o desafio atual consiste em assegurar que a implantação dos Colegiados de Gestão Regional contribua, de modo complementar, para a qualificação dos espaços de pactuação e de negociação já existentes no âmbito do SUS, como as Comissões Intergestores Bipartites e a Comissão Intergestores Tripartite.

Trata-se de uma oportunidade valiosa para a busca de superação de dificuldades que possam existir no exercício do poder de negociação e decisão no espaço regional e de que sejam evitadas disputas entre as decisões tomadas por essas duas modalidades de fóruns gestores.

O terceiro desafio para a consolidação da descentralização e da regionalização do Sistema Único de Saúde é o de assegurar as competências gestoras necessárias, nas três esferas, para a condução dos processos de avaliação de resultados sanitários e de gestão.

A necessidade de organização de pactuações unificadas de prioridades, objetivos, indicadores e metas foi introduzida na agenda setorial, em 2003 (BRASIL, 2003), a partir das experiências acumuladas nos governos anteriores e das propostas trazidas pelo governo que se iniciava, objetivando a renovação das práticas de pactuação e de avaliação do sistema de saúde, num contexto de mudanças de condução da descentralização no Sistema Único de Saúde.

Decorridos quatro anos de sua instituição, a pactuação unificada tem demonstrado que pode se configurar como uma oportunidade de, concretamente, agregar as representações da sociedade civil, das instituições gestoras e dos órgãos de controle interno e externo, no debate sobre os resultados que o Sistema Único de Saúde tem alcançado para a manutenção da saúde e da qualidade de vida da população.

Iniciada a partir de 2007, a operacionalização desse processo de pactuação foi alterada, desde a publicação da Portaria GM/MS 2.751/2009 (BRASIL 2009b), com o objetivo de que ocorra em articulação, direta e estreita, com os instrumentos que compõem o ciclo de planejamento do Sistema Único de Saúde – o

Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão – sendo sua negociação e pactuação efetuadas nas instâncias colegiadas do sistema – os Colegiados de Gestão Regional, a Comissão Intergestores Bipartite e os Conselhos de Saúde.

Desde então, sob o aspecto normativo, as prioridades, os objetivos e as metas pactuados em cada esfera de gestão do SUS passaram a se constituir como objeto de monitoramento e avaliação do planejamento.

A avaliação unificada do pacto tem sido anual, ocorrendo em dois momentos e consistindo numa avaliação de caráter técnico, orientada a partir da análise dos dados obtidos no monitoramento das prioridades, objetivos e metas, e uma outra avaliação, de caráter político, que tem acontecido em reuniões plenárias da Comissão Intergestores Tripartite, com a participação das representações dos gestores das três esferas. Para esse monitoramento, são utilizados os indicadores definidos em pactuação tripartite e, no biênio 2010/2011, as prioridades, objetivos e metas para os Pactos pela Vida e de Gestão foram mensuradas por 40 indicadores, cujo monitoramento e avaliação foi definido pela Portaria GM/MS 2.669/2009 (BRASIL, 2009a).

Assim, a avaliação de resultados no âmbito setorial tem se apresentado como uma possibilidade plausível de se constituir como um momento voltado para a reorientação e para a tomada de decisões importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde, pelo potencial que tem na redefinição da atuação gestora e na renovação de instrumentos e práticas, tanto para a esfera federal quanto para a estadual e municipal.

Sua implantação, entretanto, tem enfrentado desafios de caráter técnico e político-institucional. Os desafios de caráter técnico abrangem tanto as dificuldades de elaboração adequada dos indicadores e metas quanto os problemas para a realização do seu monitoramento, conforme previsto no modelo de avaliação sistêmica em vigor. Embora, nos últimos quatro anos, tenha havido avanços na formulação dos indicadores adotados por parte das áreas envolvidas nesse processo, esses ainda são insuficientes para refletirem a complexidade do

sistema e remanescem vários indicadores que apresentam problemas por não se correlacionarem com as prioridades e objetivos propostos ou por não disporem de fontes estáveis e acessíveis, apenas para citar as inadequações mais comuns.

Os desafios de caráter político-institucional estão relacionados ao distanciamento que persiste, no âmbito institucional, entre as áreas de planejamento das instituições gestoras do SUS e aquelas denominadas de “gestão ou gerência dos programas”. De fato, desde que os primeiros movimentos voltados para a pactuação de metas foram propostos, ainda na década de noventa, salvo honrosas exceções, as áreas de planejamento setorial, que costumam valorizar seu engajamento em atividades relativas à orçamentação e ao financiamento institucional, não têm se envolvido com a elaboração de indicadores e o acompanhamento do comportamento das metas propostas na pactuação.

Desse modo, o distanciamento entre as atividades de planejamento e a pactuação unificada tem representado um óbice importante para a sua legitimidade enquanto instrumento de gestão, dado que sua relevância fará sentido à medida que for realmente assegurada sua interface com o ciclo de planejamento do Sistema Único de Saúde, devendo esse enfrentamento demandar esforços combinados e permanentes das equipes gestoras que conduzem o sistema nos três níveis.

Comentários finais

À guisa de finalização desse ensaio, vale ressaltar que a superação dos desafios que estão postos para a qualificação da gestão descentralizada é tarefa que deverá, sempre, ser assumida pelos dirigentes das três esferas gestoras, igualmente, e de modo negociado e articulado.

Cabe aos três entes procurar assegurar as inovações necessárias ao exercício de suas atribuições de coordenação e de gestão setorial, reinventando suas práticas e adotando novas modalidades de atuação no âmbito do setor saúde. Essa atuação, de modo articulado, é o que possibilitará que sejam implantadas as práticas gestoras necessárias à superação dos muitos desafios que persistem

para a consolidação da regionalização e da descentralização que o Sistema Único de Saúde preconiza.

REFERÊNCIAS

1. ABRUCIO, F. L. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. 63 pg. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Secretaria de Gestão, mimeo, 2002
2. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
3. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080 de 19 set. 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* 1990, 20 set.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política de Descentralização do SUS: conquistas, limites e desafios em um contexto de mudanças*. Relatório de evento realizado em 15 e 16 de julho de 2003. (mimeo). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. (Série Pactos pela Saúde, v.3). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intra-estadual: orientações para organização e funcionamento*. (Série Pactos pela Saúde, v.10). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. Brasil. Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006, 23 fev. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
9. Brasil. Portaria GM/MS n.699 de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União* 2006, 03 abr. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
10. Brasil. Portaria GM/MS n.3085, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União* 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
11. Brasil. Portaria GM/MS n.3332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial da União* 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

12. BRASIL. Portaria GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União 2007*, 31 jan. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
13. BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. *Diário Oficial da União 2009*, 06 nov. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
14. BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.751 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. *Diário Oficial da União 2009*, 12 nov. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.



DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS NA DÉCADA DE 1990

Flávio Goulart

A descentralização das políticas públicas e das funções estatais em geral tem longa história no Brasil, passando por períodos de maior ou menor intensidade e avanço. De maneira geral, após a Constituição Federal de 1988, uma tendência descentralizadora passou a fazer parte da maioria das políticas públicas sociais no Brasil, com reflexos palpáveis na distribuição dos recursos federais aos demais membros da Federação.

A ênfase na descentralização do texto constitucional de 1988 é bastante expressiva, traduzindo-se não só por ação legislativa concorrente entre os níveis de governo, como por delegações de competências e atribuições aos estados e municípios. Inúmeras ações desses níveis de governo são ampliadas em relação aos textos constitucionais anteriores, com maiores responsabilidades e prerrogativas atribuídas aos mesmos. Assim, no período pós-constitucional, aumenta o poder legiferante dos estados e dos municípios em aspectos tão variados como saúde, educação, preservação da natureza, patrimônio artístico e cultural. Novas competências são estabelecidas em assuntos de interesse local também na tributação, na aplicação de receitas, na organização do território. Na área social as mudanças são altamente expressivas, estabelecendo novas responsabilidades e também prerrogativas diversas em relação à saúde, à educação, ao meio ambiente, à assistência social.

Sem dúvida, são desideratos ambiciosos, retratos de uma era de reconquista democrática e também de fortes expectativas, legitimadas pelas transformações políticas, econômicas e culturais da época. Porém, devem ser registradas as mudanças de índole epidemiológica, demográfica, tecnológica, além daquelas culturais, ligadas à própria percepção de direitos por parte dos cidadãos, que

constituem um panorama fluido, não só no Brasil como no mundo e que muito se transformou desde o ano em que a CF foi promulgada.

A história das políticas de saúde no Brasil é bem conhecida e, em linhas gerais, como já foi dito, segue um padrão de alternância entre centralismo (predominante até os anos 90) e descentralização, instaurada formalmente com a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) (BRASIL, 1990) que vieram em sua esteira.

No caso específico da saúde, surgem como marcos peculiares a emissão das chamadas NOB – Normas Operacionais Básicas, em 1992, 1993 e 1996, seguidas da NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 2001-02 (BRASIL, 2002). O espírito dessas normas, emitidas mediante portarias do Ministério da Saúde, foi o de conduzir a implantação do arcabouço desenhado no texto constitucional e nas já referidas Leis Orgânicas da Saúde, já que tais documentos não chegavam a ter caráter autoaplicativo, carecendo de detalhamentos operacionais. Seus focos principais eram a descentralização das ações e serviços, o financiamento, a organização de serviços e o relacionamento geral entre as esferas de gestão.

Descentralização na década de 1990

A descentralização nos sistemas de saúde, é bom lembrar, representa um fenômeno presente na maior parte dos países, embora com compreensões e práticas distintas, e pode ser considerada como fenômeno típico da década de 1990 (GUIMARÃES E GIOVANELLA, 2004). No Brasil, a descentralização teve como objetivo melhorar as respostas dos sistemas de saúde e é um processo ainda em curso. Sua complexidade deriva de que, no SUS, ocorre transferência expressiva de poderes e recursos da União para os outros níveis de governo. Não seriam poucos os avanços obtidos com tal processo, em que pese a distância que ainda resta em relação ao objeto longínquo que é um sistema de saúde federativo, no qual a cooperação seja o elemento fundamental das relações intergovernamentais, combinando autonomia, iniciativas locais e solidariedade entre níveis de governo.

O modelo de descentralização da saúde no Brasil entre 1990 (ano em que efetivamente foram dados os primeiros passos da implementação dos dispositivos constitucionais) e 2002, mediante as normas operacionais referidas, pode ter representado uma real prioridade em termos políticos, um processo político-administrativo sem precedentes na saúde e mesmo em outras áreas, embora sob forte regulação federal. As políticas correspondentes teriam resultado da confluência de duas grandes agendas, a da reforma sanitária propriamente dita e a da reforma do Estado, nem sempre congruentes entre si. Na primeira vertente, os traços marcantes são: descentralização associada à noção de sistema e de novas relações entre entes de governo, serviços e instituições em geral, além do valor agregado de democratização. Na agenda da reforma de Estado a descentralização é tomada também como valor, mas com conotações diferentes, do tipo transferência de encargos e racionalização de custos, sem focalizar necessariamente o processo democrático¹, conforme a abordagem de Machado (2007).

Parece ocorrer, sem dúvida, uma linha de continuidade entre as diversas políticas implementadas desde os anos 80 (AIS e SUDS), nas quais a descentralização de um modo ou de outro esteve implicada. Nesses movimentos iniciais e nos que ocorreram após 1990 ocorre, de fato, uma progressiva transferência de ações e serviços estatais da esfera central para as mais periféricas, mantendo-se, entretanto, o controle da esfera central. A principal mudança dos anos 90 consistiria em uma descentralização restrita ao plano administrativo, portanto parcial e incompleta, configurando uma *essencialidade conservadora*, no dizer de Elias (2001), dado o controle político e financeiro exercido pelo poder central². Daí decorreriam as formas de financiamento vigentes, características das políticas de saúde tradicionais, como o pagamento por procedimento e produtividade, que a descentralização em curso no Brasil não interrompeu, e em alguns casos até reforçou. Mas não se pode negar que houve também mudanças notórias e inegáveis no sistema de saúde, tais como melhoria da racionalidade administrativa e financeira, ampliação da extensão e da cobertura dos serviços, maior integração entre os serviços públicos de saúde, socialização da temática da saúde, bem como pela ampliação da participação social.

Desafios da descentralização do SUS na década de 1990

A descentralização da saúde brasileira sem dúvida levanta tensões e contradições derivadas dos diferentes interesses dos municípios, dos estados e da União. Entre os fatores restritivos estão:

1. o descompasso entre atribuições e recursos;
2. o aumento da competição entre estados e municípios por recursos cada vez mais escassos;
3. as dificuldades históricas do modelo centrado nas práticas curativas e de alto custo, com baixo foco na promoção da saúde;
4. perfil dos municípios brasileiros caracterizado por dispersão, baixa população, qualificação precária, baixo dinamismo econômico;
5. insuficiente articulação com outras políticas públicas de desenvolvimento econômico e social.

Isso faz com que a ideia do SUS na Constituição de 1988 constitua, na visão de alguns autores, entre eles Silva (2001), ainda uma imagem-objeto a ser perseguida, no que diz respeito principalmente à redução das desigualdades no acesso e na qualidade da atenção.

As normas operacionais do SUS

As Normas Operacionais da Saúde (NOB), ainda presentes no imaginário dos gestores de saúde no Brasil, nasceram sob o signo da transitoriedade, ganhando certa coloração ideológica correspondente ao período em que vieram à luz. Assim, as NOB de 91 e 92 foram associadas ao governo Collor e a um momento centralizador da política de saúde, ainda capitaneado pelo antigo Inamps. A NOB de 1993, principalmente na visão de seus formuladores, veio com a marca de um renascimento na saúde, com o recém-empossado governo de Itamar Franco tentando recuperar a credibilidade e a ética nas práticas administrativas públicas; seu lema, muito adequadamente foi *a ousadia de cumprir a lei*. A defesa do documento de 1996, feita por seus autores, procura mostrar marcas de avanço conceitual, sob a égide de um novo governo que procurava se impor sob signos de modernização administrativa e reforma do Estado. Na sua sequência, veio a

NOAS de 2001-02, com pretensas marcas de continuidade e aprofundamento desejáveis na NOB anterior. O novo governo entronizado em 2003 encontrou a NOAS pronta, mas apenas semiaplicada. Não criou nova norma operacional, mas também não deu seguimento ao aprofundamento, à revisão e ao detalhamento que a NOAS ainda exigia. Ao invés disso, o Governo Lula optou pelo lançamento de uma *nova* política, o *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006).

Assim como afirma Viana (2001), cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas por aquela que lhe sucedeu, mediante tentativas de ajustá-las a uma racionalidade sistêmica, que incluiria financiamento dentro dos princípios federativos e de acordo com determinados modelos de saúde e de assistência regionalizados.

Entre os aspectos positivos da era das NOB, aponta-se como fato marcante a transição dos modelos de descentralização, de uma forma tutelada e convenial até a descentralização com regionalização, na interpretação de Machado (2006), com resgate do papel dos estados e partilha definida das funções dos entes federativos, sem abrir mão da forte regulação federal.

As NOB podem não ter expressado apenas estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização, mas que abriram também espaços de negociação e de pactuação de interesses na área da saúde, originando novos ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores e centros de poder na arena política, conforme analisa Viana (2001).

Conclui-se que a descentralização da saúde sob a égide das NOB foi caracterizada por forte indução federal, com adesão dos municípios baseada em critérios nacionais, mas que sem dúvida serviu como estímulo para o fortalecimento institucional dos municípios envolvidos.

Ao analisar-se a implantação inicial da NOAS, destaca-se na mesma a característica de ser um instrumento de indução do planejamento estadual, favorecendo o papel coordenador de tal instância federativa. Considera-se ainda que um pré-requisito importante para o sucesso da norma teria sido a existência de regiões

de saúde efetivamente qualificadas, o que implicaria em municípios igualmente qualificados para se habilitarem, o que não teria ocorrido de forma completa – na interpretação de Oliveira (2003). A NOAS seria então um instrumento adequado para a descentralização, embora necessitando de aperfeiçoamento mediante uso.

O fato é que entre os avanços permitidos pelo modelo de descentralização adotado nos anos 90 está, sem dúvida, a ampliação da municipalização da gestão, bem como da explicitação das funções estaduais. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais, dentro do contexto de um modelo federativo peculiar e com um sistema tributário relativamente centralizado. Além disso, a ampliação dos mecanismos de transferência fundo a fundo, a criação do PAB e a introdução de incentivos financeiros aumentaram a autonomia do gasto para a maioria dos municípios e estados, conforme analisam Levcovitz, Lima & Machado (2001).

Outros possíveis saldos positivos do processo de implantação da NOAS foram o fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação na pauta dos gestores do SUS e a ampliação do emprego da Programação Pactuada Integrada (PPI). Solla (2006), autor que também coordenou o processo de descentralização no MS entre 2003 e 2004, lembra, entretanto, do descompasso existente entre a descentralização da assistência e das vigilâncias em saúde.

Análise crítica do processo de descentralização nos anos 1990

Entre as visões não exatamente otimistas, Carvalho (2001), que foi diretor de descentralização e depois secretário da SAS no período 1993-1995, aponta, por exemplo, que as NOB não se ativeram a realizar a mera operacionalização do que vinha expresso nas leis; antes, desobedeceram-nas explicitamente e acabaram por retardar o cumprimento das mesmas. Faz exceção à NOB 93, de cuja elaboração, aliás, participou, considerando-a como instrumento que tentou resgatar o cumprimento da lei, de forma gradual, até se chegar ao cumprimento pleno da mesma. Já a NOB de 1996 teria tentado avançar, mas correu riscos conceituais e práticos e nem chegou a acontecer de fato, sendo na prática substituída por

uma norma oculta, que ele denomina de “NOB 98”, não existente de direito, mas de fato, dados os acréscimos que se fez à NOB 96, perpetrando o que esse autor denomina “mais uma flagrante desobediência às leis”. A NOAS, segundo ele, apenas coroou o processo burocrático recentralizador, com hegemonia agora absoluta do Ministério da Saúde, embora tenha havido apenas uma discreta divisão do poder com os estados, que até então se julgavam à margem do SUS.

Igualmente crítica ao processo, mas partindo de um autor ligado à pesquisa em saúde coletiva, é a posição de Cohn (2001). Para ela, o pacto federativo que vigora no país, repousa *no berço nada esplêndido* de um modelo econômico que sufoca o equilíbrio orçamentário das esferas de governo, particularmente das estaduais e municipais, dificultando que assumam mais responsabilidades e tarefas na provisão das ações de atenção à saúde. Em tal contexto, a minuciosa regulamentação normativa federal, associada à participação não devidamente equilibrada dos outros gestores, fizeram com que os repasses de recursos se dessem de forma estrangulada, provocando um crescente fracionamento setorial e intrassetorial e enfraquecendo as políticas.

Em tal contexto, aspecto destacado criticamente tem sido o da verdadeira pletora de instrumentos de regulação e indução emanados pelo governo federal ao longo de todo o processo de implementação do SUS, o que é denominado de *portarização*, termo cunhado por Machado (2007).

Nesse percurso, há quem chame a atenção para algumas ambiguidades, conflitos e contradições relativos no papel do Estado brasileiro a partir dos anos 90. Cordeiro (2001), por exemplo, aponta a perda de sua capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento, antes focalizando o ajuste fiscal, permeado pelas pressões da globalização do capital.

Alguns outros conflitos potenciais e reais do processo de descentralização brasileiro devem ser registrados, por exemplo, a ênfase municipalista evidente das NOB iniciais, que se chocava com uma racionalidade de base regional; o excesso e a complexidade das regras, por um lado, e as lacunas normativas, de outro; a ausência de uma política consequente de investimentos no setor; a desconside-

ração da diversidade macro e meso-regional e das especificidades das regiões metropolitanas na formulação da política; a insuficiente articulação com outras políticas públicas de desenvolvimento econômico e social (MACHADO, 2007).

Analisando também o processo de implementação do SUS em termos globais, Fleury (2007) destaca a combinação de instrumentos de gestão descentralizada com mecanismos políticos de participação, o que seria, segundo a autora, essencial para a construção de um sistema democrático, embora ainda não suficientemente radicalizada de forma a ser levada até o interior dos serviços e mesmo até o conjunto do Estado. Para se avançar nisso seria necessário, mais que uma gestão eficiente, a reconstrução de alianças entre as forças democráticas para além dos limites estreitos dos SUS.

A necessidade de um acompanhamento mais intenso e mais qualificado do SUS, mediante estabelecimento de etapas e metas passíveis de serem cumpridas, mesmo levando-se em conta o denso e complexo labirinto normativo vigente, além da não superação da imposição de modelos baseados na oferta, em conflito permanente com as necessidades da população, constitui aspecto extremamente problemático no processo de descentralização em curso no país, como aponta Santos (2007). O próprio processo de descentralização não escapa às contradições decorrentes da existência de uma política implícita apenas nas entrelinhas *versus* a outra explícita, traduzida nas linhas constitucionais e da legislação complementar.

Descentralização e cultura de gestão

Costa (2003), também um observador externo aos órgãos de gestão, aponta algumas ponderações críticas sobre o processo de implantação do SUS como um todo e da descentralização. Segundo ele, alguns entraves são notórios, como, por exemplo, a insuficiência de capacidade técnica e política dos governos locais, o desvio de recursos transferidos para setores estranhos à saúde, a pulverização de recursos, além da relativa ausência de uma cultura de gestão. Isso acarretaria diversas interrogações e incertezas, entre elas, uma capacidade reduzida de

controle pelos cidadãos (*accountability*), o formalismo, a baixa autonomia das organizações públicas; as condutas oportunistas dos dirigentes e políticos.

Não restam dúvidas de que existem sintomas tanto de crescimento quanto de degradação no SUS, em particular na descentralização. O SUS é também percebido como uma reforma incompleta, de implantação heterogênea e desigual, no qual mecanismos institucionais de responsabilização, desde os entes federados até os serviços e as equipes de saúde, são incipientes. Essa é a posição de Campos (2007) que defende a necessidade de uma autêntica *revolução cultural* na saúde, com real mudança nos padrões de gestão, pois não se poderia conceber autonomia dos entes federados sem responsabilidades definidas de forma correspondente.

Descentralização no SUS e prestação de serviços

Parece claro que o processo normativo relativo à descentralização, nos anos 90 em diante, alterou de fato as relações de poder na saúde, incrementando a disputa política dentro do setor. Uma parte do problema é que os gestores estaduais estariam muitas vezes mais preocupados com a assistência às pessoas do que com as responsabilidades de coordenação e gestão, que lhes seriam típicas. O fato é que a oferta de serviços ainda é um forte eixo orientador do sistema e, nesse contexto, estados com tradição na prestação de serviços teriam mais dificuldade de assumir suas tarefas de coordenação da descentralização.

Subfinanciamento, foco na atenção e seus efeitos na descentralização

O que se percebe, de maneira geral, é que possíveis avanços conquistados no SUS através das várias normas operacionais, mesmo com os agentes políticos interessados na sua preservação, estão sob risco de serem tragados, a partir do mundo extra-setorial, pela contração de investimentos públicos e cisão irreversível do sistema de saúde conforme já advertiam, desde o início da década presente, Noronha e Soares (2001). Da mesma forma, a sub-remuneração dos profissionais e a precariedade das relações trabalhistas vigentes têm diminuído a adesão dos mesmos ao SUS.

Observação comum a diversos dos autores aqui relacionados é a excessiva concentração do processo normativo da descentralização em aspectos ligados à assistência médica individual e curativa, deixando de lado outras práticas de cunho coletivo, preventivo e promocional em saúde. Teixeira (2002), por exemplo, analisando a questão no âmbito municipal e microrregional, ressalta a necessidade de ser envolvido mais intensamente as autoridades locais em um movimento nacional de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Propostas e tendências para a descentralização do SUS nos anos 2000

Fica a dúvida se não seria melhor conduzir a política de descentralização de forma mais modesta e realista, mediante pactos ou até mesmo, em determinadas circunstâncias, de declarações de intenções mais pontuais, de forma a se instalar um processo de negociação que seja fundamentado, ao mesmo tempo, em normas (leves) e jurisprudências firmadas, com as últimas assumindo gradativamente maior importância. Assim, o foco poderia estar em se concentrar e manter a atenção nos processos criativos fundamentados na negociação entre os gestores da mesma esfera, de esferas diferentes, entre setores diferentes, envolvendo Estado e sociedade. São desafios lançados por Goulart (2001) desde o início da década de 2000, ao defender o que denomina de um *jeito pós-NOB*, criativo e dinâmico, clamando, em síntese, por um sistema de saúde fundado em pactos, em jurisprudência descentralizada e em negociação entre gestores, com menos normatização rígida burocrática e complexa. Rejeita, assim, o que chama de *um SUS esculpido a golpes de portaria*.

Atualizando a discussão, a partir de 2003 o Ministério da Saúde, diante das pressões dos demais gestores, mas também, certamente, procurando introduzir no cenário da saúde a marca de um governo recém-iniciado, começa a discutir mais intensamente a ideia de pactuação, em anteposição ao processo normativo *duro* até então vigente. Entre as mudanças que ocorreram, destaca-se o fim do processo cartorial de habilitação e sua substituição pela formalização de termos de compromisso de gestão que passariam a definir a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada esfera de governo, com a criação de novos mecanismos de indução e incentivo para a adesão ao *Pacto de Gestão*, lançado em

2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Além disso, com o objetivo de reduzir a plethora de rubricas diferentes para repasses de recursos federais estados e municípios foram criados cinco blocos de financiamento: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080/1990; Lei 8143/1990. Senado Federal. 1990.
2. CAMPOS, GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc. saúde coletiva*. v.12, n.2, 2007
3. CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001.
4. COHN, A. Questionando o consenso sanitário. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001.
5. CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001.
6. COSTA, NR La descentralización del sistema público de salud en Brasil: balance y perspectiva. In NEGRI, B.; GIOVANNI, GD. *Brasil – Radiografía de la Salud*. Campinas: Unicamp/Instituto de Economia. 2003.
7. ELIAS, PEM. Afinal, de qual descentralização falamos? *Ciênc. saúde coletiva*.v.6, n.2, 2001.
8. FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciênc. saúde coletiva*. v.12, n.2, 2007.
9. GOULART, FAA Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOB. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001
10. GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. v16 (4), October 31, 2004.
11. LEVCOVITZ, E; LIMA, LD; MACHADO, CV. Política de saúde nos anos 90: relações inter-governamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001
12. MACHADO, CV *Direito Universal e Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2007.
13. MACHADO, CV Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições *Rev Panam Salud Publica*. v.20, no.1, 2006.

14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 399/GM DE 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
15. NORONHA, JC; SOARES LT: A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001
16. OLIVEIRA, MHB Pactos de gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In PIERANTONI, CR; VIANNA, CMM (org). *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. IMS/UERJ, 2003.
17. SANTOS, NR Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*. v.12, n.2, 2007.
18. SILVA, LMV. Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001.
19. SOLLA, JJP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.30, n.2, 2006.
20. TEIXEIRA, CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*. v.18, supl, 2002.
21. VIANA, ALD. Descentralização: uma política (ainda) em debate. *Ciênc. saúde coletiva*. v.6, n.2, 2001



CAPÍTULO 2

DILEMAS DA AÇÃO COLETIVA E CAPITAL SOCIAL: PARA MELHOR COMPREENDER E PROMOVER A COOPERAÇÃO SOLIDÁRIA NO SUS

Iracema Benevides

Cooperação e solidariedade como princípios subjacentes ao SUS

Os processos de descentralização, regionalização e construção de redes no SUS devem ser analisados à luz do modelo federativo do governo brasileiro, constituindo-se um caso com muitas particularidades. O federalismo suscita questões que são específicas à sua dinâmica interna de funcionamento. A principal característica desse modelo é a existência de uma dupla condição de autonomia e interdependência entre o governo federal e as unidades que compõem a Federação. Assim como o Brasil, os Estados Unidos, Austrália, Alemanha e Canadá – todos países de grandes dimensões geográficas – possuem um modelo federalista, embora cada um com suas características particulares.

Um aspecto fundamental a ser considerado é que o federalismo propõe dois tipos principais de relação e de divisão de competências entre os governos internos: o modelo cooperativo e o modelo competitivo. O federalismo brasileiro é classificado como o tipo cooperativo e intragovernamental, significando que a Constituição pressupõe a cooperação e a partilha solidária do poder entre as esferas de governo para o seu melhor funcionamento (BRASIL, 2006).

Entretanto, no campo das políticas, princípios e conceitos filosóficos não são aplicados à prática simplesmente a partir da redação de documentos, por mais inspirados, unânimes e esclarecedores que eles sejam. Igualmente não podem ser aplicados como decorrência natural da publicação de normas, portarias e decretos. É necessário considerar ainda que conceitos como solidariedade e

cooperação podem ter diferentes interpretações dependendo das inclinações ideológicas dos envolvidos e muitos são os caminhos para o alcance desses ideais. Outro aspecto a ser ressaltado é que a política de saúde é uma arena complexa em que os princípios ideológicos são um capital valioso, mas facilmente esquecidos frente à necessidade de gerar resultados palpáveis sobre as condições de vida da população. Portanto, embora a Constituição defina a solidariedade e a cooperação como princípios fundamentais do SUS, com base no federalismo brasileiro, sua incorporação ao cotidiano dos gestores enquanto norteadores das práticas de gestão está ainda em construção, consistindo em um jogo social cujo resultado depende de muitas variáveis.

Nesse sentido, é válido aprofundar o debate sobre alguns temas do campo da sociologia, da ciência política e da economia, como é o caso dos dilemas da Ação Coletiva e do Capital Social, com vistas a oferecer subsídios para uma maior compreensão sobre os fatores facilitadores e inibidores para o alcance de relações cooperativas mais estáveis e favoráveis entre gestores, organizações e instituições que constituem o SUS.

Da Constituição ao Pacto pela Saúde: duas décadas de debates e embates

Após a Constituição Federal de 1988 os municípios passaram a ser membros da Federação, tendo sido iniciada a transferência de poder, autonomia, financiamento e atribuições para esse âmbito nas mais diversas políticas. Entre as novas responsabilidades, os municípios passaram a responder pela organização e prestação de serviços de saúde para sua população. Iniciou-se então um longo período de luta política e institucional entre os gestores para definição das atribuições, limites, recursos e competências de cada esfera de governo sobre a saúde do território compartilhado.

Conforme plenamente discutido e argumentado no Capítulo 1 dessa publicação, a descentralização foi inicialmente mediada pela publicação de portarias e normativas restritivas, parciais e verticalizadas, sendo amplamente criticada por intelectuais, sanitaristas e gestores como inconstitucional, burocrática, centralizadora e indutora de fragmentação. Expressões tais como “municipalização

autárquica” e “federalismo predatório” designam alguns efeitos do período inicial de descentralização do SUS. (LEVCOVITZ, 2001; MENDES, 2001; GOULART, 1996 e 2001; ARRETCHE, 2003; PESTANA e MENDES, 2004 entre outros).

A prática da pactuação e negociação entre gestores fortaleceu-se à medida que esses e seus colegiados (Conass e Conasems) adquiriram maior experiência e poder. Mas foi somente duas décadas após a Constituinte que a compreensão sobre o sistema de saúde brasileiro como um pacto federativo chegou à agenda política nacional e foi textualmente colocada na ordem do dia. Com a publicação da Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, que apresenta o Pacto pela Saúde, a descentralização é abordada na perspectiva da construção de consensos em relação aos objetivos e metas da política de saúde entre os gestores das três esferas de governo, considerando a cooperação e a solidariedade como princípios operacionais do SUS:

Princípios operacionais na descentralização

Para preservar o equilíbrio e a interdependência entre as três esferas de gestão, fundamentais à integração nacional e à redução das desigualdades territoriais, atribuiu-se a elas responsabilidades comuns e o compartilhamento dos recursos públicos destinados à execução descentralizada das ações governamentais. Essa concepção federativa inovadora precisa, entretanto, ser estruturada e aperfeiçoada por mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais às ações intergovernamentais, que permanecem dependentes de iniciativas setoriais. O setor Saúde tem o mérito do pioneirismo na adoção de uma série de estratégias voltadas à organização de uma rede pública integrada e resolutiva, conformada no Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia em um modelo de gestão compartilhada entre as três esferas de governo (BRASIL, 2009).

O lançamento do Pacto da Saúde foi considerado por Viana (2008) como o início de um novo ciclo de descentralização e de regionalização no SUS. Entre outras inovações, o Pacto criou os Colegiados de Gestão Regional (CGR), entidades com o objetivo de reforçar a descentralização e a regionalização, além de garantir uma abordagem participativa na negociação sobre as questões regionais. Os CGR funcionam como uma mesa de negociação permanente entre gestores

municipais e do Estado, com a atribuição de organizar a cooperação para a prestação de saúde no território, respeitando a diversidade e necessidades locais.

No seu contexto atual, o SUS pode ser compreendido como uma grande mesa de interlocução, negociação e pactuação, que acontece em espaços como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e os diferentes Grupos de Trabalho do Ministério da Saúde, constituídos em conjunto com o Conass e o Conasems. Esses são os espaços cotidianos de proposição, amadurecimento e consolidação da política de saúde brasileira.

Teorias sobre a construção de relações cooperativas

Quais são os fatores e as situações que favorecem a cooperação entre os indivíduos, as instituições e, por extensão, entre as esferas de governo? Que aspectos das políticas públicas podem induzir escolhas em prol da comunidade, acima do autointeresse e oportunismo? Que medidas favorecem a cooperação e a solidariedade para alcance de um bem comum? Como propiciar a cooperação entre os indivíduos e instituições? Determinadas regras favorecem ou inibem a cooperação? Qual o papel da confiança nas relações de cooperativas entre indivíduos, gestores e instituições?

As dificuldades existentes nas relações de cooperação entre os indivíduos para alcance de um bem comum vêm instigando estudiosos há muito tempo. No século XVIII o filósofo David Hume analisou o tema, conforme descrito por Putnan (1993), por meio da parábola sobre os dois agricultores vizinhos que estão com os campos repletos de milho maduro e que acabam por ter um grande prejuízo por não conseguirem associar-se e otimizar a colheita. Como não existe confiança mútua, eles permanecem isolados e perdem a possibilidade de obter um benefício maior. Um século antes, Thomas Hobbes havia proposto que a única solução possível para a superação do impasse e alcance da cooperação para o bem comum seria a existência de um governo forte (o Leviatã), capaz de atuar na mediação da relação entre os atores e, se necessário, alcançar resultados pela coerção. Bastos (2009) destaca que reflexões sobre os aspectos cooperativos na

sociedade ocuparam espaço significativo nas obras de Durkheim, Marx, Torquerville e Simmel. (PUTNAN, 1993; BASTOS, 2009).

Essas questões têm sido debatidas por filósofos, economistas, sociólogos, cientistas políticos e diversos outros teóricos em busca de respostas que possam elucidar sobre os aspectos que reforçam a cooperação entre atores sociais com vistas ao fortalecimento da economia, dos bens públicos e do sucesso na implementação de programas e políticas públicas. Algumas correntes de pensamento são mais pragmáticas, como é o caso das teorias baseadas no conceito de Escolha Racional, enquanto outras são mais otimistas, como é o caso das abordagens sobre o Capital Social. Estudos empíricos foram desenvolvidos em ambas as direções, permitindo compreender os fatores que propiciam o aprimoramento das relações de cooperação e da própria gestão do SUS.

Escolha racional e teoria dos jogos

Segundo o referencial de escolha racional (*rational choice*), os indivíduos tendem a fazer escolhas que maximizem seus ganhos individuais. Nesse sentido, a atitude de cooperação e a escolha pelos bens comuns podem ser estratégias interessantes e atraentes quando implicam benefícios maiores e mais duradouros. Entre os instrumentais que possibilitam o aprofundamento do debate sobre o tema da escolha racional está a “teoria dos jogos”, que propõe situações hipotéticas ou reais (jogos) nas quais os atores sociais são colocados frente a desafios envolvendo escolhas individuais e coletivas. Surgida inicialmente como um ramo da matemática aplicada, nas últimas décadas a teoria dos jogos foi utilizada, debatida e remodelada por diversos outros ramos do conhecimento, predominantemente pela economia e pelas ciências sociais, para interpretar as relações políticas e sociais (FIANI, 2004).

Um exemplo muito conhecido desses jogos e que introduz o debate sobre o escopo da ação coletiva é o “dilema dos prisioneiros” no qual dois cúmplices que cometeram um delito foram capturados e mantidos isolados. A ambos foram oferecidas as seguintes possibilidades: delatar o companheiro e ganhar a liberdade completa ou ficar em silêncio. Caso ambos confessem, cada um paga

apenas 5 anos de prisão. Se delatado pelo amigo, o prisioneiro pagará 10 anos de prisão. A situação é caracterizada como um dilema porque apesar de o benefício da delação (ou deserção) ser maior, ele implica um risco muito alto e configura um equilíbrio instável na relação entre os cúmplices. Uma das soluções possíveis para um equilíbrio estável é que ambos os prisioneiros confessem e paguem uma pena não tão alta, mas que levaria a um equilíbrio estável entre eles. Desse tema surgiram derivações como o “Equilíbrio de Nash” (do matemático John Nash, cuja vida foi registrada no filme “uma mente brilhante”) e “Eficiência de Pareto”, do economista Vilfredo Pareto (FIANI, 2004).

O dilema da ação coletiva

Transpondo o dilema dos prisioneiros para o contexto das modernas e complexas relações sociais, surge o dilema da ação coletiva, que estuda as estratégias, limites e obstáculos que os grupos enfrentam no sentido de garantirem o provimento de bens que beneficiem toda a comunidade. Mancur Olson foi o responsável pela renovação do debate sobre esse tema na década de 1960.

Alguns estudiosos consideram a posição de Olson bastante pessimista, pois ele identifica que as situações favoráveis à superação do dilema da ação coletiva são muito restritas. Elas dependeriam, por exemplo, do tamanho da comunidade – comunidades menores tendem a cooperar mais facilmente ao passo que a ação coletiva dificilmente seria alcançada em comunidades muito grandes; e da existência de regras claras de punição e desestímulo ao “caroneiro”, isso é, aquele indivíduo que não contribui para o bem comum, mas usufrui igualmente dos seus benefícios. Ainda segundo Olson, a possibilidade de interação repetida entre os mesmos indivíduos pode aumentar a probabilidade de uma cooperação sustentada no tempo, como forma de equilíbrio social (BANDIERA, 2005).

Mais recentemente, nos anos 1990 e 2000, Elinor Ostrom preocupou-se em compreender os motivos pelos quais certas instituições obtiveram êxito na ação coletiva e outras não. Seus estudos apontaram uma série de fatores que afetam favoravelmente a escolha individual em favor do coletivo tais como a clara definição dos limites da instituição, a participação das partes interessadas

na definição das regras, a adoção de sanções gradativas para os transgressores e a existência de mecanismos pouco onerosos para a solução de conflitos. Outros aspectos relacionados à superação da lógica egoística seriam a autonomia dos grupos envolvidos, níveis mais elevados de informação, consciência a respeito dos bens públicos, a possibilidade de comunicação entre os atores sociais antes das decisões e a perspectiva de longo prazo das relações. Para Ostrom (2004) e alguns outros autores, a necessidade de punição representa uma falha nos mecanismos de cooperação.

As contribuições do capital social para os dilemas da ação coletiva

O conceito de Capital Social foi proposto e debatido por vários cientistas sociais e recebeu especial destaque nos últimos anos da década de 1990, ganhando espaço no ambiente acadêmico dominante. Conforme descrito por Robert Putnan (1996, *apud* MONASTERIO, 2000) o capital social é constituído pelas *“características da organização social como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas”*.

De acordo com Putnan, um dos principais sistematizadores do conceito de capital social, sociedades que valorizam práticas de confiança interpessoal são capazes de alcançar mais facilmente bens comuns e tendem à prosperidade. Por outro lado, a cooperação voluntária, baseada na confiança só é possível nas sociedades que possuem capital social. Em outras palavras, o capital social reforça e promove a cooperação espontânea, gerando um círculo virtuoso.

O trabalho de Putnan é o resultado de 20 anos de uma pesquisa multidisciplinar sobre a descentralização, ocorrida nos anos 1970, na Itália, utilizando uma grande quantidade de métodos e técnicas no acompanhamento minucioso de alguns parâmetros, associado à busca por argumentos explicativos para os resultados encontrados. O principal objetivo do estudo foi analisar o impacto da descentralização na redução das desigualdades sociais e econômicas entre as regiões. A Itália foi um dos primeiros países europeus a implementar um amplo processo de descentralização e inovação na administração pública. Os princípios

norteadores para o processo foram a crença de que um Estado descentralizado é mais eficiente, responsável, transparente e capaz de maximizar os investimentos. No entanto, essa escolha não resultou em um saldo positivo quanto ao alcance da equidade e redução das desigualdades entre as regiões. Pelo contrário, as diferenças econômicas e sociais entre a parte norte do país – rico e próspero – e a parte sul – pobre e subdesenvolvida aumentou com a descentralização.

Putnan observou que o norte da Itália, uma região mais próspera e economicamente mais desenvolvida, foi capaz de se beneficiar mais com a descentralização que a região sul, que é menos desenvolvida. Nas regiões mais pobres do país foi constatada a tendência à manutenção de algumas características do antigo governo centralizado tais como corrupção, clientelismo, ineficiência e falta de qualificação dos trabalhadores do setor público, o que teria gerado redução dos benefícios da descentralização. Pesquisas sobre possíveis causas explicativas focalizaram aspectos da cultura e do ambiente social, tais como a cultura cívica, a cultura política, as tradições e outros aspectos. A partir dessa investigação, concluiu-se que o contexto cívico influencia o desempenho das instituições, significando que sociedades mais fortes produzem instituições mais fortes:

Os estoques de capital social, como confiança, normas e sistemas de participação, tendem a ser cumulativos e a reforçar-se mutuamente. Os círculos virtuosos redundam em equilíbrios sociais com elevados níveis de cooperação, confiança recíproca, civismo e bem-estar coletivo. (...) Por outro lado, a inexistência dessas características na comunidade também é algo que tende a reforçar-se. A deserção, a desconfiança, a omissão, a exploração, o isolamento, a desordem e a estagnação intensificam-se reciprocamente num miasma sufocante de círculos viciosos (PUTNAN, 1993).

Numa abordagem mais centrada nos indivíduos, James Coleman investiga o capital social nas redes sociais e resgata estudos de outros cientistas políticos para os quais os atores sociais estão imersos em redes de relações e que suas escolhas são condicionadas por todas essas conexões. Assim, para Coleman, todas as relações e interações sociais potencialmente contribuem para o aumento da confiança e conseqüentemente, do capital social (MONASTERIO, 2000).

Em síntese, uma das principais constatações de Putnan é que o capital social favorece a cooperação espontânea e que a confiança é o seu componente central. A confiança seria um produto das tradições cívicas e das relações de reciprocidade na vida social. As diversas oportunidades de interação entre os atores sociais possibilitariam meios para aumentar a confiança e possibilitar colaborações futuras, oferecendo mecanismos para a superação da lógica da ação coletiva baseada no interesse pessoal. Como sintetizado por Bastos (2009), os níveis de solidariedade e confiança interpessoais e a existência de organizações sociais são elementos colaborativos para o desempenho das instituições políticas, mas é necessário compreender que o Estado pode ser um fomentador do capital social, especialmente quando intervém sobre a qualidade das suas instituições ou sobre a redução das desigualdades sociais.

SUS, Pacto pela Saúde, regionalização e redes de atenção à saúde na ótica da ação coletiva e do capital social

Ainda são poucos os estudos e as análises das relações entre gestores do SUS sob a ótica dos referenciais da ação coletiva e do capital social. Machado (2008), analisando especificamente a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) pelos municípios de Minas Gerais, questionou as reais possibilidades de cooperação e solidariedade propostas pelo Pacto pela Saúde. Em seu ensaio, enfatizou como os agentes podem perder o interesse na ação coletiva quando percebem a falta de credibilidade nos compromissos políticos, a existência de assimetria informacional e ausência de regras claras para a auto-restrição.

Menicucci *et al.* (2008) desenvolveram um estudo empírico amplo e muito inovador acerca das relações cooperativas no SUS, analisando a implementação de alguns instrumentos de gestão tais como a PPI, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o próprio Pacto pela Saúde em regionais de saúde de Minas Gerais. Os resultados obtidos permitem afirmar que as normativas estabelecidas para a gestão do SUS e o desenho institucional proposto para a regionalização são capazes de resolver os dilemas da ação coletiva, especialmente porque propiciam a co-existência de autonomia, interdependência e relações horizontais

(não hierarquizada) entre os municípios, tendo o importante papel de mediação e coordenação sendo desenvolvido pelo Estado (e também pela União).

Em seu estudo inovador sobre capital social e SUS em duas cidades do RS, Bastos (2009) postula que, a partir do processo de redemocratização e, em especial com a criação do SUS no contexto da Constituição de 1988, o Estado passou a ser uma importante esfera de promoção da cidadania, oportunizando o acúmulo de capital social. Um dos mecanismos indutores e promotores das relações de solidariedade e confiança seriam os conselhos de saúde, que proporcionariam espaços privilegiados de reflexão e trocas de experiências (BASTOS, 2009).

Considerando seu potencial na oferta de importantes subsídios na orientação das melhores estratégias para o alcance de resultados que sejam equilibrados e mútuos, todos esses conceitos necessitam ser mais bem traduzidos e apropriados pelo campo da saúde coletiva, da gestão pública em geral e das relações entre gestores federativos no SUS. Em nossa opinião, os resultados empíricos e as reflexões trazidas pelos estudos sobre os dilemas da ação coletiva e capital social poderiam ser facilmente transpostos para as diversas esferas das relações intergestores do SUS, em especial da realidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

REFERÊNCIAS

1. ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.8, n.2, 2003
2. ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: *Políticas Públicas no Brasil*. Org. Hochman, G. Arretche, M. Marques, E. Fundação Oswaldo Cruz, 2007.
3. BANDIERA, O.; BARANKAY, I.; RASUL, I. Cooperation in Collective Action, 2005. The Economic Learning and Social Evolution (ELSE). Acessível em: <http://else.econ.ucl.ac.uk/papers/uploaded/207.pdf>
4. BASTOS, F A; SANTOS, E; TOVO, M F. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saude soc.*, v. 18, n. 2, p. 177-188, 2009.
5. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. SUS: avanços e desafios. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Conass, 2006.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série PACTOS PELA SAÚDE. Coletânea 2006. Volume 3. Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para sua implementação no SUS. Editora Ministério da Saúde. Brasília, 2009.
7. FIANI, R. Teoria dos Jogos. Editora Campus, São Paulo, 2004
8. GOULART, F.A.A. Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil. 1996. Ed. Abrasco-Conasems. Rio-Brasília, 1996.
9. GOULART, F.A.A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOB. *Ciênc. saúde coletiva* v.6 n.2 Rio de Janeiro, 2001
10. Levcovitz, E.; Lima, L. D.; Machado, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*, vol 6, nº 2, p. 269-291, 2001
11. MACHADO, J.A. Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa?” Paper do 32º Encontro Anual da ANPOCS, 2008.
12. MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Volumes 1 e 2 – Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.
13. MENICUCCI, T. *Et al.* Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção: relatório final. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2008
14. MONASTERIO, L. Capital Social e Economia: antecedentes e perspectivas. V Encontro de Economia Política em Fortaleza, 2000 – sep.org.br; congresso da Sociedade Brasileira de Economia e Política. Acessível em (<http://monasterio.blogspot.com/>)

15. OSTROM, E. Collective Action and property rights for sustainable development: understanding collective action. In: Foccus 11, February, 2004. Acessível em: www.ifpri.org
16. PESTANA, M.; MENDES, E.V. Pacto de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.
17. PUTNAN, R. D. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton University Press, 1993
18. VIANA, A. L.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D. de; IOZZI, F. L.; ALBUQUERQUE, M. V. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, p. 92-106, 2008.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE X SISTEMAS FRAGMENTADOS: DEFINIÇÕES, DILEMAS E PERSPECTIVAS

Iracema Benevides

A fragmentação dos sistemas de saúde

Apesar da multiplicidade de formas, modelos e arranjos que um sistema de saúde possa apresentar, ele deve ser capaz de promover, restaurar e manter a saúde das pessoas. Esse é o seu objetivo principal, sua *raison d'être*. (WHO, 2000). Vários outros objetivos mais específicos surgem desse, dependendo do contexto, do estágio de amadurecimento e do modelo de atuação preponderante.

Quanto às funções de um sistema de saúde, a Organização Mundial da Saúde define três grandes blocos: 1) gestão; 2) financiamento; 3) atenção à saúde. Considerada uma função transversal a essas, a capacidade de responder às necessidades das pessoas a que serve (*responsiveness*) é considerada um objetivo social extremamente importante. Significa que deve ser prestada assistência adequada e oportuna, nas melhores condições e localização, além de ser garantida a proteção das pessoas quanto aos riscos para a saúde e evitada a possibilidade de ruína financeira devido a doenças (OPS, 2010).

Embora os conceitos sobre organização, funções e funcionamento desejáveis para os sistemas de saúde tenham evoluído muito, observa-se que muitos aspectos não estão ainda incorporados à realidade e novos desafios surgem a cada momento, somando-se aos antigos. Os usuários têm, na atualidade, maior participação na discussão e proposição de questões relacionadas à política de saúde e demandam por serviços que venham a atender de maneira mais personalizada às suas preferências individuais e de grupo. Por outro lado, observa-se um crescente aumento na procura por cuidados de saúde devido ao envelhe-

cimento da população, ao aumento das doenças crônicas e degenerativas e a problemas decorrentes do contexto social, como a violência ou os acidentes de trânsito. Observa-se também um contínuo aumento da demanda pela assimilação de novas tecnologias e tratamentos, desafiando a capacidade dos gestores de garantirem boas respostas para todos.

Dessa forma, a baixa capacidade de resposta e o fraco desempenho dos sistemas de saúde é um tema permanente na agenda de todos os países e a fragmentação é apontada como a principal razão para isso.

De acordo com a OPS (2010), a fragmentação pode ser entendida como:

- serviços que não oferecem toda a gama de possibilidades que deveriam: promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, reabilitação e serviços de cuidados paliativos;
- serviços dos diferentes níveis de cuidados que não estão coordenados entre si;
- serviços que não garantem a continuidade do cuidado;
- serviços que não atendem às necessidades das pessoas.

Em um sistema de saúde fragmentado não existe coordenação entre os diferentes níveis e locais de atendimento podendo ser observados problemas tais como duplicação de serviços e infraestrutura, capacidade produtiva não utilizada e cuidados prestados em locais não apropriados, como frequentemente acontece com os hospitais.

Segundo a OPAS (2010), as principais causas da fragmentação dos serviços de saúde na revisão de literatura e nas consultas aos países-membros estão sumarizadas no quadro a seguir:

- Segmentação institucional do sistema de saúde.
- Descentralização dos serviços de saúde que gere fragmentação dos níveis de atenção à saúde.
- Predominância de programas focalizando doenças, riscos e populações específicas (programas verticais) que não estão integrados ao sistema de saúde.
- A separação extrema de serviços de saúde pública e dos serviços de atenção às pessoas.
- Modelo de atenção centrado na doença, no cuidado com episódios agudos e na atenção hospitalar.
- Fragilidades na capacidade de gestão e liderança e do sistema de saúde.
- Problemas com a quantidade, qualidade e distribuição dos recursos.
- Fragilidades na definição dos papéis, dos níveis de competência, dos mecanismos de contratação e disparidades nos salários dos trabalhadores de saúde.
- A multiplicidade de instituições e mecanismos de pagamento de serviços.
- Comportamentos da população e dos prestadores de serviços que são contrários à integração.;
- Obstáculos jurídicos e administrativos.
- Práticas de financiamento de algumas agências de cooperação internacionais ou doadores que promovem programas verticais.

Redes de Atenção à Saúde

O vocábulo “rede” possui muitos significados, especialmente na língua portuguesa, abrangendo aplicações na vida doméstica, laboral e na esfera acadêmica: rede de pesca, rede de proteção, rede de salvamento, rede elétrica, rede para descanso, rede de amigos, rede social, rede de computadores, rede profissional. Redes, redes e mais redes. Uma expressão com muitas facetas, mas todas baseadas em uma imagem comum: a de pontos interligados. No mundo pós-moderno e globalizado tudo parece acontecer “em rede”, ou seja, em conexão.

Especialmente no campo do conhecimento acadêmico o termo tem recebido novos significados e definições, considerando sua crescente utilização em áreas

como a informática, a psicologia social, sociologia, administração pública e privada e, finalmente, também na área das políticas públicas (FLEURY e OUVERNEY, 2007).

Alguns autores apontam vantagens para a organização de redes¹:

- Capacidade de aprendizagem. As redes englobam várias fontes de conhecimento e promovem a difusão de informações que permitem maior intercâmbio entre os participantes, tornam-se igualmente lócus da inovação.
- Legitimidade e status. As redes possibilitam o desenvolvimento de conexões entre pessoas e organizações, reduzindo a incerteza; associação em rede permite que os participantes compartilhem status.
- Benefícios econômicos. As relações de intercâmbio em redes permitem a obtenção de economias de escala, redução de custos e melhoria na prestação de bens e serviços.

O conceito de “redes” aplicado à área da saúde é recente e foi proposto como uma solução para os problemas decorrentes da fragmentação de serviços isolados. Segundo Mendes (2009), a expressão começou a ser aplicada nos Estados Unidos na primeira metade da década de 1990, sendo mais tarde introduzida na Europa e no Canadá, alcançando posteriormente alguns países em desenvolvimento.

No campo da saúde “rede” e “sistema” são conceitos próximos, mas possuem significados diversos. Um sistema de saúde pode ou não estar organizado em rede. A palavra sistema tem origem no termo grego *synístanai* que significa reunião de partes diferentes ou um conjunto de elementos interconectados, formando um todo. Quando aplicado à área da saúde, o conceito ganha maior amplitude e significado. De acordo com o clássico relatório da Organização Mundial da Saúde do ano 2000:

1 Poldony e Page, 2000 (Apud Fleury e Ouverney, 2007)

“Sistemas de saúde consistem de todas as pessoas e ações cujo propósito fundamental seja melhorar a saúde (de um determinado grupo ou população²). Eles podem ser integrados e dirigidos centralmente, mas frequentemente não o são” (WHO, 2000).

Evidências apontam, entretanto, que quando os sistemas de saúde atuam em rede, ou seja, de maneira integrada, articulada e coordenada, eles têm o potencial de aumentar o acesso aos cuidados de saúde, reduzir as consequências da fragmentação, melhorar a eficiência, reduzir os custos de produção e atender melhor às necessidades e expectativas das pessoas e suas comunidades. (MENDES, 2009; OPS, 2010).

Redes de Atenção à Saúde baseadas na APS

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora do sistema de saúde é uma tendência mundial motivada por uma série de fatores. Sistemas de Saúde orientados pela APS apresentam melhores indicadores de saúde, além de serem mais eficazes, mais econômicos e menos iatrogênicos (WHO, 2008; STARFIELD, 2002; STARFIELD, 2005).

Starfield (2005) defende que um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária à Saúde, ou seja, capaz de prestar cuidados de maneira oportuna, continuada e com a densidade tecnológica adequada, consegue lidar com os problemas contemporâneos de maneira mais equilibrada e oferece melhores resultados. Entretanto, conseguir implantar tal modelo de sistema permanece ainda um dos principais desafios dos sistemas de saúde.

Em 2009, a OPAS lançou a Resolução CD 49 / R 22 sobre as Redes Integradas de Atenção à Saúde baseadas em Atenção Primária, definidas como “uma rede de organizações que oferecem, ou faz arranjos para fornecer, serviços de saúde equitativos e de cuidado integral a uma população específica, sendo responsáveis

2 Complementação da autora

por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população que serve” (OPAS, 2009). Assim, as redes integradas de atenção à saúde devem possuir os atributos constantes do quadro seguinte:

- Definição clara quanto ao território de abrangência e à população coberta, além de amplo conhecimento sobre suas necessidades de saúde, com a prestação dos serviços de saúde é orientada por esses fatores;
- Ampla rede de estabelecimentos de saúde que oferecem serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gerenciamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, e integra programas centrados nas doenças, riscos e populações específicas, articulando ações coletivas e individuais;
- APS oferecida de maneira universal e multidisciplinar, atuando como porta de entrada e organizadora do sistema, integrando e coordenando os cuidados de saúde, além de responder à maioria das necessidades de saúde da população;
- Prestação de serviços especializados no lugar mais adequado, de preferência em regime ambulatorial;
- Existência de mecanismos de coordenação dos cuidados de saúde ao longo da rede de serviços de saúde;
- Cuidados de saúde centrados nos indivíduos, na família e na comunidade, levando em consideração as características culturais de gênero e do grau de diversidade da população;
- Presença de sistema unificado de governança para toda a rede;
- Ampla participação social;
- Ação intersetorial e abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde e da equidade em saúde;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Número suficiente de recursos humanos competentes e comprometidos, que são valorizadas pela rede;
- Sistema de informação integrado que vincula os dados de todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, local de residência, origem étnica, e outras variáveis relevantes;
- Gestão baseada em resultados;
- Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos da rede.

O desenvolvimento da APS no Brasil

A partir de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), inicia-se um processo dinâmico de proposição, implantação e implementação de um modelo

específico de Atenção Primária para o contexto brasileiro. Em seus primeiros documentos sobre o PSF, o Ministério da Saúde define-o como *“um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária”* (BRASIL, 1994).

Uma característica observada na trajetória do PSF é que, no momento do seu surgimento em 1994, foi tomado por muitos sanitaristas e gestores como um modelo alternativo sendo até bastante criticado pela academia. Por outro lado, também cativou muitas lideranças intelectuais do campo da saúde sendo defendido como uma proposta muito inovadora e criativa para a organização da Atenção Primária no país (GOULART, 2007). Atualmente agrega consensos e é considerada uma política de estado, tendo apresentado crescimento contínuo e implementação em todas as gestões federais desde a sua criação.

A partir de 1998, com a implementação dos incentivos financeiros previstos na NOB 1996, o novo modelo de APS ampliou-se de forma acelerada no país, tendo se consolidado como principal estratégia de prestação de um conjunto de serviços dirigidos às famílias e comunidades brasileiras. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como vem sendo denominada institucionalmente nos últimos anos, pode ser considerada uma das políticas de saúde de maior êxito já observadas na história brasileira. Em julho de 2008, ano em que se comemorou 15 anos de existência, contabilizou-se mais de 28.000 equipes de Saúde da Família distribuídas em mais de 90% dos municípios brasileiros, envolvendo um contingente de mais de meio milhão de trabalhadores. Em março de 2011, esse número alcançou o patamar de 31.900 equipes, apontando um ritmo contínuo de crescimento³.

O modelo proposto tem demonstrado ser apropriado e eficaz nos mais diferentes contextos do país, tanto para os municípios pequenos como para os grandes centros urbanos. Alguns estudos apontam sua superioridade em relação

3 www.saude.gov.br/dab

ao modelo convencional, destacando suas vantagens em relação ao vínculo e o seguimento longitudinal da clientela (MACINCKO *et al*, 2006; FACCHINI *et al*, 2006). Indubitavelmente, a Saúde da Família representou um enorme salto em direção à ampliação do acesso aos serviços de saúde para muitos brasileiros e vem buscando superar desafios relacionados à qualificação da atenção prestada e de seus profissionais, além de outros desafios mais específicos da gestão e do financiamento. Por outro lado, diversos nós críticos também têm sido apontados, dentre eles a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde, sua fixação nos serviços e a integração da APS com os demais níveis de atenção do sistema (CONILL, 2002; GIOVANELLA, 2009).

Perspectivas para as redes de saúde no SUS

De acordo com Fleury e Ouverney (2007), as redes permitem a obtenção de resultados que superam as outras formas de coordenação baseadas na burocracia centralizadora. Embora as redes exijam mudanças importantes a serem feitas no fluxo de poder e no processo de decisão, a nova composição permite o acúmulo de uma grande quantidade de recursos (financeiros, econômicos, políticos, relacionados ao conhecimento e outros) em uma estrutura relativamente estável e flexível. Além disso, a circulação de idéias, informações e competências é maior quando as pessoas trabalham em rede.

Desde a criação do SUS, significativa teorização foi desenvolvida em torno da expressão “regionalização e rede hierarquizada de ações e serviços”, presente no texto constitucional, e o termo “regionalização cooperativa” foi criado para expressar um cenário ideal em que os níveis governamentais harmoniosamente compartilhassem as responsabilidades pelos cuidados de saúde da população, formando uma rede integrada cuja base fosse o conceito de saúde como um direito humano fundamental e um dever irrevogável do Estado.

A NOAS 2001 constitui o primeiro marco normativo que incentivou claramente a regionalização como estratégia para melhorar o acesso às ações e serviços de saúde no território. Apesar dos atrativos representados pelo fortalecimento do papel dos gestores na proposta de regionalização, essa normativa recebeu

poucas adesões por parte dos estados e municípios. Paradoxalmente, a NOAS foi criticada em relação à ausência de respostas para as questões da descentralização, tendo as falhas sido atribuídas ao seu elevado nível de burocracia. No entanto, representou um importante mecanismo para melhorar a capacidade de planejamento regional através da proposição do Plano Diretor de Regionalização – PDR e da manutenção da Programação Pactuada Integrada – PPI.

No contexto político-normativo do Pacto pela Saúde, os documentos institucionais publicados a partir de 2006 trazem um conceito de regionalização bastante audacioso, qualificado pelas expressões cooperação e a solidariedade:

(...) A definição das responsabilidades dos entes federados implica conformar uma rede solidária, por meio de arranjos político-institucionais criativos e de relações contratuais sólidas, viabilizando o exercício conjunto de competências e de funções que exigem cooperação, planos integrados e gestão compartilhada de serviços de abrangência regional. Isso impõe a definição de mecanismos, nacionalmente pactuados, de modo a permitir que a gestão do SUS tenha flexibilidade e abra espaço à inovação e à sustentabilidade de projetos regionais (BRASIL, 2009).

Com o Pacto pela Saúde, a regionalização solidária e cooperativa é colocada como um compromisso a ser garantido pelos gestores das três esferas, com vistas ao fortalecimento e à melhoria da qualidade dos serviços prestados, entre outros benefícios. Uma série de novos instrumentos de gestão são criados, mas o Plano Diretor de Regionalização e a Pactuação Programada Integrada, com as devidas inovações e modificações, continuam a ser aqueles de viabilização mais concreta em termos de redes e regionalização.

Para Mendes (2009), a governança das redes envolve três dimensões: o desenho institucional, o sistema de gestão e o financiamento do sistema. No que diz respeito ao desenho, a governança deve ser sistêmica e influenciar toda a rede no processo de decisão estratégica, senso de responsabilidade para com as pessoas relacionadas com a rede que deveria existir e, finalmente, a coordenação entre as unidades, a fim de garantir a consistência e a coerência da missão, visão e objetivos estratégicos é essencial. Assim, é importante ressaltar que o quadro

normativo do Pacto pela Saúde é apenas um dos fatores que contribuem para a implantação bem-sucedida das redes e da regionalização. Estudos e debates têm apontado que o governo estadual constitui um elemento fundamental na condução do processo, desde a proposição do desenho das redes até a viabilização de recursos para sua implementação e qualificação, passando pela necessária atuação como mediador do processo.

No cenário federativo atual, destaca-se a experiência de construção de redes de atenção à saúde do estado de Minas Gerais, que será abordada em detalhes no estudo de caso relatado no Capítulo 4. Como antecedentes, é importante resgatar a contribuição prática formada pelas experiências dos “Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde”, que inicialmente foram implantados no Estado do Ceará estendendo-se para localidades de Minas Gerais e Espírito Santo nos anos 1980 e 1990. Esses microssistemas foram baseados no conceito de solidariedade e cooperação, tendo o Estado funcionando como um mediador.

No âmbito nacional, a formação de redes de atenção à saúde tem sido intensamente debatida pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems nos últimos anos, com o apoio da OPAS Brasil. Esforços de integração de ações no território vêm sendo feitos por várias áreas, destacando-se, de maneira especial, as iniciativas desenvolvidas pela Vigilância em Saúde e pela Atenção Básica. Entretanto, a iniciativa mais marcante nesse processo e que abre a possibilidade de perspectivas futuras positivas é a publicação da Portaria GM nº 4.272, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde do SUS. Em seu anexo, a portaria define conceitos, objetivos e atributos para a rede de atenção do SUS que estão extremamente alinhados com os referenciais definidos pela OPS e apresentados nesse capítulo. Em suas diretrizes para a implantação, a APS é destacada como organizadora do cuidado, devendo ser fortalecida e qualificada por meio de uma série de ações específicas. (BRASIL, 2010). Portarias por si só não mudam a realidade, mas sua publicação é o primeiro passo para a implantação das políticas que podem vir a transformar o cenário de fragmentação do SUS, influenciando e atuando sobre todas as esferas de gestão.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Programa Saúde da Família Saúde Dentro de Casa. Departamento de Operações/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1994.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção do SUS. Brasília, 2010.
3. CONILL, E. M., 2002. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento):191-202.
4. Giovanella, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 14(3):783-794, maio-jun. 2009.
5. Goulart, F.A.A. Saúde da Família: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007
6. Facchini, L.A.; Piccini, R.X; Tomasi, E.; Thumé, E; Teixeira, V.A.; Silveira, D.S. *Et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. Acessível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300020.
7. Fleury, S.; Ouverney, A.M. Gestão de Redes. 1ª edição. Rio de Janeiro. FGV, 2007
8. Macinko, J. Guanais, F. & F. Souza. (2006). An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. Journal of Epidemiology and Community Health 60:13-19.
9. Mendes, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte. Autêntica, 2009
10. OPAS/PAHO – Pan American Health Organization. Provisional agenda for the 49th Directing Council (CD 49/16). Integrated Health Services Delivery Network Based on Primary Health Care. Washington – DC, August, 2009
11. OPAS/PAHO – Pan American Health Organization. Resolution CD 49/R 22. Integrated Health Services Delivery Network Based on Primary Health Care. Washington – DC, October, 2009
12. OPS. Organización Panamericana de La Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Série: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C., 2010
13. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília – UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

14. Starfield, B.; Shi, L. and Macincko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502)
15. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
16. World Health Organization (WHO). *Primary Health Care: now more than ever*. WHO Report 2008. Geneva, World Health Organization, 2008. Accessed in: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf



CAPÍTULO 4

REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MINAS GERAIS: UM ESTUDO DE CASO

INVESTIGANDO AS ESTRATÉGIAS PARA A REGIONALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DO GOVERNO ESTADUAL: O CASO DE MINAS GERAIS

Iracema Benevides

Minas Gerais no cenário do Pacto pela Saúde

O estado de Minas Gerais tem desenvolvido significativas mudanças em seu processo de administração pública, fruto de uma visão que contempla o profissionalismo e gestão acoplada a indicadores de valorização de desempenho. Tal ótica foi conseqüentemente incorporada pela gestão da saúde no estado, que conferiu importante destaque ao processo de formulação de planos estaduais e pactos que viabilizassem o cumprimento da visão estratégica da SES/MG, entendida como ser “uma instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o estado onde se viva mais e melhor.”

Para além de seus limites geográficos, dispôs-se também o estado em integrar os pactos nacionais que viabilizassem o desenvolvimento do SUS. Conforme exposto anteriormente, Minas Gerais participou ativamente no processo de discussão e pactuação das normas operacionais (NOB e NOAS) do SUS, e também do atual Pacto pela Saúde. No cenário nacional, Minas encontra-se com o seguinte perfil em relação ao andamento na adesão ao pacto:

Acompanhamento da Constituição dos Colegiados de Gestão Regional

Estados	Adesão estadual homologada na CIT	Total de municípios no estado	Adesão municipal Pactuação na CIB		Regiões de Saúde	
			Total	%	Número	Ano
AC	11 DEZ. 2008	22	9	41%	3	2009
AL	26 ABR. 2007	102	96	94%	5	2007
AM	30 OUT. 2008	62	4	6%	7	2010
AP	09 NOV. 2006	16	6	38%	3	2008
BA	21 JUN. 2007	417	243	58%	28	2008
CE	14 DEZ. 2006	184	184	100%	22	2008
DF	25 OUT. 2007				7	2007
ES	14 FEV. 2008	78	71	91%	8	2007
GO	22 MAR. 2007	246	228	93%	16	2007
MA	14 DEZ. 2006	217	138	64%	32	2007
MG	25 OUT. 2007	853	807	95%	76	2010
MS	22 MAR. 2007	78	78	100%	3	2007
MT	25 OUT. 2007	141	130	92%	14	2010
PA	14 FEV. 2008	143	132	92%	23	2011
PB	28 AGO. 0208	223	149	67%	25	2008
PE	27 NOV. 0208	185	111	60%	11	2008
PI	26 MAR. 2009	224	41	18%	11	2009
PR	13 DEZ. 0207	399	399	100%	22	2006
RJ	25 OUT. 2007	92	48	52%	9	2009
RN	25 OUT. 2007	167	167	100%	8	2009
RO	13 DEZ. 2007	52	52	100%	6	2006
RR	25 OUT. 0207	15	9	60%	1	2004
RS	30 AGO. 2007	496	53	11%	19	2007
SC	29 MAI. 2008	293	293	100%	21	2009
SE	31 JUL. 2008	75	75	100%	7	2009
SP	13 DEZ. 2007	645	644	99%	64	2008
TO	27 JUN. 2006	139	69	50%	15	2009
TOTAL	27	5564	4236	76%	466	

Fonte: SGEPIMS Abril 2011 – Elaborado com informações dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) disponíveis no DAGD, da ST/CIT e DATASUS

Podemos observar que, após três anos e meio de sua adesão ao Pacto Nacional, Minas Gerais já conta com 95% de seus municípios formalmente incluídos no processo – mesmo considerando-se a particularidade de ser o estado da Federação com o maior número de municípios (853) e as dificuldades operacionais que a isso se sobrepõem. Também observa-se que Minas Gerais é o estado cujo desenho de descentralização e regionalização formalizou o maior número de regiões de saúde, 76 no total.

Esses dados, além de seu peso e significado numérico, refletem o compromisso estadual em compartilhar processos de cooperação solidária e promoção da equidade em seu território.

O papel do estado na regionalização solidária e cooperativa

O êxito do processo de regionalização no Brasil vem dependendo, necessariamente, de uma conjunção de fatores compartilhados pelas três esferas de gestão, além de aspectos inerentes ao contexto socioeconômico-político de cada região ou território em particular e das possibilidades oferecidas pelo quadro normativo. Entre todos esses fatores, o âmbito estadual desempenha um papel essencial de agente propulsor, organizador, mediador, catalizador e modulador, responsável pela condução e coordenação direta das ações junto aos municípios que compõem as regiões (PESTANA & MENDES, 2004).

Do ponto de vista teórico, supõe-se que se a Unidade Federativa desempenhar bem esse papel, grande parte da equação já estaria solucionada. Por outro lado, o âmbito estadual poderá tornar-se um verdadeiro nó crítico no avanço da regionalização caso não encontre meios para cumprir adequadamente com suas responsabilidades.

Caso fosse possível reduzir grosseiramente a regionalização a uma equação matemática, poderia ser proposta uma fórmula muito simples, considerando os elementos descritos a seguir:

- A) Gestor federal e as normas vigentes para regionalização no pacto federativo
- B) Estado e sua capacidade de desempenhar o papel esperado na regionalização
- C) Municípios, Cosems, CIBs, CGRs, características do território, etc.

$$A + B + C = \text{regionalização}$$

Com certeza tal fórmula não se aplica à complexa realidade do SUS, mas pode ilustrar de maneira esquemática o papel fundamental do estado para a concretização da regionalização no seu território. O presente capítulo dedica-se centralmente ao elemento “B”, ou seja, o estado e sua capacidade política, técnica e gerencial de desempenhar seu papel na equação. Mas também discute aspectos do elemento “A”, ou seja, da evolução dos marcos político-normativos para a regionalização e da análise de sua adequação.

A escolha de Minas Gerais para o estudo de caso

O estado de Minas Gerais é aqui tomado como referência por quatro fatores principais relacionados à sua política de saúde:

- Maturidade na implementação do SUS e da regionalização: existem diversas referências na literatura que confirmam a trajetória pioneira de Minas Gerais na construção da política de saúde, tendo sido palco de importantes eventos da reforma sanitária e de experiências inovadoras de gestão e atenção à saúde. O processo de regionalização em Minas foi desenvolvido de maneira paralela ao próprio desenvolvimento do SUS, tornando-se uma experiência já consolidada ainda que com movimentos de renovação e aperfeiçoamento;
- Centralidade do tema investigado na política de saúde: a regionalização é definida como um dos três projetos estruturadores do Plano Estadual de Saúde. Existe uma proposição conceitual e operacional clara de um modelo de gestão para a interação entre os municípios e o Estado no território de-

nominado “regionalização cooperativa”. Esse referencial orienta o modelo de governança na rede compartilhada de serviços de saúde;

- Definição clara do modelo de Atenção à Saúde: No Plano Estadual de Saúde é descrito em detalhes o modelo lógico para o desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e sua integração às redes no território. A APS forma a base do sistema e as redes temáticas estruturam-se a partir dessa, de maneira integrada ao PDR;
- Tempo de execução: o projeto para a saúde encontrava-se no seu segundo período consecutivo de governo (o primeiro foi 2003-2007). Nesse sentido estava sendo implementada a segunda rodada do que foi caracterizado como a principal marca do governo 2003 – 2010, o “choque de gestão”- um conjunto de estratégias para qualificar todos os setores para a gestão do Estado, não apenas na saúde.

O que é Plano Diretor de Regionalização (PDR)?

O Plano Diretor de Regionalização foi proposto originalmente na Norma Operacional da Atenção à Saúde, de 2001 (NOAS, 2001), sendo posteriormente remodelado e definido no Pacto pela Saúde como o instrumento formal de planejamento e coordenação do processo de regionalização. O PDR deve expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, considerando suas diferentes formas e evidenciando os arranjos regionais que conformam as macrorregiões e microrregiões de saúde, as ações e os serviços presentes no território, a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), a situação e a localização das redes de atenção e sua articulação com a Programação Pactuada Integrada. O PDR deverá ser aprovado no conselho estadual de saúde e na Comissão Intergestores Bipartite dos estados.

O triângulo de Matus como marco teórico para a análise do papel do estado na política

A regionalização é considerada uma atribuição direta do nível estadual definida pelo SUS e a sua implementação depende de maneira significativa do desempenho do Estado na gestão da saúde no seu território. Matus (1997) propõe um

modelo conceitual para análise da qualidade do governo, formulando que esse consiste em uma função resultante da integração de três atributos:

- a) Projeto de governo – conjunto de proposições elaboradas pelos governos para atingir seus objetivos.
- b) Capacidade de governo – montante dos recursos disponíveis e capacidade de gestão.
- c) Governabilidade – condições necessárias para a implementação da política definida.

Segundo essa perspectiva, o sucesso e a sustentabilidade de um governo são intrinsecamente relacionados à força de cada uma dessas dimensões e das relações sinérgicas entre elas. A “capacidade de governo” está relacionada ao capital intelectual acumulado pelo estado e representado por seus gestores, técnicos e gerentes, englobando a capacidade, a formação técnico-científica, a experiência e a habilidade para formular, coordenar e implantar as políticas tanto do ponto de vista prático quanto do teórico. A “governabilidade” depende de vários fatores incluindo o capital político e significa o poder de mobilização, convencimento e de receber apoio político que o governo possui. A dimensão “projeto de governo” expressa a combinação do capital político e intelectual em uma proposta, nesse caso, a política da saúde.

A análise do papel da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais na condução da regionalização foi orientada pelo uso de uma matriz avaliativa com dimensões e critérios definidos como relevantes para a implementação da política pelo gestor estadual, com base nos conceitos de Champagne e Denis (1997), utilizando para o modelo lógico as categorias de Governo proposto por Matus (1997). Na matriz avaliativa adaptada para esse estudo, essas três dimensões representam o nível de “Governo”, conforme proposto por Viera da Silva *et al* (2005):

Matriz avaliativa para análise das dimensões de Governo segundo Matus, adaptada para o estudo da regionalização em Minas Gerais (síntese)

Contexto Político				
Dimensão	Sub-dimensão	Critério	Forma de obtenção da evidência	
1.1	Projeto de Governo	Plano de Governo	A saúde é uma prioridade do governo	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
			Existe coerência entre os problemas de saúde e o plano de saúde	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
			A regionalização é uma prioridade no plano de saúde	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
			Existem estratégias definidas para a regionalização	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
	Financiamento da Saúde	Investimento conforme a EC 29	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos	
1.2	Capacidade de governo	Perfil da direção	Existência de liderança/quadro político na direção do setor saúde	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
			Formação acadêmica dos dirigentes	
			Concepções a respeito do sistema de saúde	
		Assessoria técnica	Capacidade e número de técnicos qualificados	
	Política de recursos humanos	Estratégias para a qualificação dos recursos humanos e progressão na carreira pública		
1.3	Governabilidade	Apoio político dos municípios	Adesão dos municípios às políticas	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
		Apoio das regiões de saúde	Adesão dos técnicos das regionais estão motivados e envolvidos com os projetos	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
		Caráter participativo	Participação de órgãos colegiados na política	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
		Adesão interna	Os técnicos de nível central estão motivados e envolvidos com os projetos	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos
		Apoio de <i>stakeholders</i> externos	Apoio do Conselho Estadual de Saúde	Entrevistas, análise de documentos e relatórios técnicos

Contexto: o estado de Minas Gerais

O estado de Minas Gerais (MG) está situado na região Sudeste do Brasil e tem uma população estimada de cerca de 20 milhões habitantes, distribuídos em aproximadamente 600.000 km². É o segundo estado mais populoso do país e ocupa o quarto lugar em extensão territorial.

Em termos de desenvolvimento econômico, MG é um dos estados mais fortes da Federação, apresentando o terceiro maior PIB, acompanhando a situação dos demais estados da região. As origens da economia mineira remontam ainda à época colonial, quando foi protagonista do ciclo do ouro. No século XIX, destacou-se com a cultura cafeeira e com a pecuária, tendo posteriormente ingressado na era da industrialização com grande força.

Apesar de ter um dos maiores PIB do país, há fortes diferenças regionais no que se refere à distribuição da riqueza. As regiões norte e nordeste do estado apresentam várias áreas com IDH muito baixo, como será visto em detalhes adiante. Em relação ao porte, dos 853 municípios, 226 estão classificados no grupo que tem menos de 5.000 habitantes e 265 estão no grupo entre 5.000 e 10.000 habitantes, totalizando 57% dos municípios. Quanto à distribuição da população nas cidades, mais de 42% vive nos 26 municípios que possuem mais de 100.000 habitantes (Tabela 07).

Estudos sobre a regionalização e a dinâmica das relações interfederativas em Minas Gerais no período 2003 – 2009 apontam um cenário bastante desafiador para a questão federativa devido ao elevado número de pequenos municípios e às significativas diferenças sociais e econômicas entre as suas regiões. Esses fatores tendem a criar forças de poder nem sempre sinérgicas, torna as relações entre as esferas de governo mais complexas e aumenta a possibilidade de divergência de opiniões, dificultando o consenso. (MENICUCCI, 2008; PEREIRA, 2009)

Análise do projeto de governo para a saúde

- Saúde como uma prioridade do governo

Embora a SES-MG tenha apresentado iniciativas pioneiras e de protagonismo na organização e gestão do sistema de saúde nos anos 70 e 80, na década de 90 sua atuação refletiu o processo de fragmentação e distanciamento dos entes estaduais do SUS gerado pelas Normas Operacionais Básicas, como discutido nos capítulos iniciais dessa publicação. Minas foi palco de importantes efeitos do processo de descentralização com ênfase no âmbito municipal, conhecido como municipalização autárquica (PESTANA e MENDES, 2004).

Nos anos 2000, modificações importantes foram feitas na Política de Saúde em Minas Gerais refletindo aperfeiçoamentos introduzidos na administração pública em todo o governo. A gestão estadual iniciada em 2003 passou a trabalhar com objetivos voltados para eficiência e resultados em todas as áreas de trabalho, incluindo a secretaria de saúde. O movimento conhecido como “Choque de Gestão” nos documentos oficiais propõe uma ampla reforma governamental baseada em princípios da moderna gestão pública.

Toda a política do Estado passa a ser desenvolvida de acordo com um Plano Estratégico denominado PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, que compreende, em sua versão mais recente, o período de 2007 a 2023. A partir do Plano Estratégico foi elaborado um diagrama de fluxos e efeitos denominado mapa estratégico, que resume todas as áreas e suas relações. O plano é orientado para objetivos ambiciosos e tem como objetivo final a concretização do slogan: “*Minas como o melhor estado para se viver*”.

A saúde foi contemplada no plano e no mapa estratégico do governo na forma de um componente inserido na “área de resultados”, chamado “*Vida Saudável*” e pelo qual a Secretaria Estadual de Saúde tornou-se a principal responsável pelos resultados. Para monitoramento dos resultados do período 2006 – 2010 foram selecionados cinco indicadores relacionados ao acesso à APS, redução da mortalidade materna e infantil, ampliação da longevidade da população adulta,

aumento da eficiência alocativa do sistema de saúde, ampliação do acesso ao saneamento básico.

Um elemento marcante em termos de fortalecimento organizacional da SES foi a definição de um plano/mapa estratégico específico para a SES, no qual estão definidos a visão, a missão e os valores da Secretaria.

- **Coerência entre a situação de saúde, os problemas identificados e Plano Estadual de Saúde (PES)**

O Plano Estadual de Saúde de MG encontra-se organizado em projetos e programas, classificados de acordo com sua relevância e abrangência:

- a) **Projetos Estruturadores** – como o nome indica, são organizadores de toda a política de saúde, considerados prioritários e recebem financiamento específico:
 - Rede Viva – objetiva a redução da mortalidade materna e infantil.
 - Saúde em Casa – objetiva o fortalecimento da APS com base na estratégia Saúde da Família.
 - Regionalização da Atenção à Saúde – objetiva o fortalecimento da regionalização cooperativa, garantindo a implantação das redes de atenção.
- b) **Programas associados**: são sinérgicos aos Projetos Estruturadores e buscam consolidar o alcance da visão de futuro do plano estratégico.
- c) **Programas especiais**: não estão diretamente ligados ao mapa estratégico, mas representam diversas ações ligadas aos demais componentes.

A proposição de cada um dos projetos e programas é baseada em justificativas relacionadas à análise da situação de saúde e às evidências existentes sobre políticas de saúde.

Vários dos documentos da SES-MG apontam que as grandes diferenças socioeconômicas entre as regiões do estado são tomadas como ponto de partida na elaboração da política de saúde com vistas à equidade. Com base em dois índices

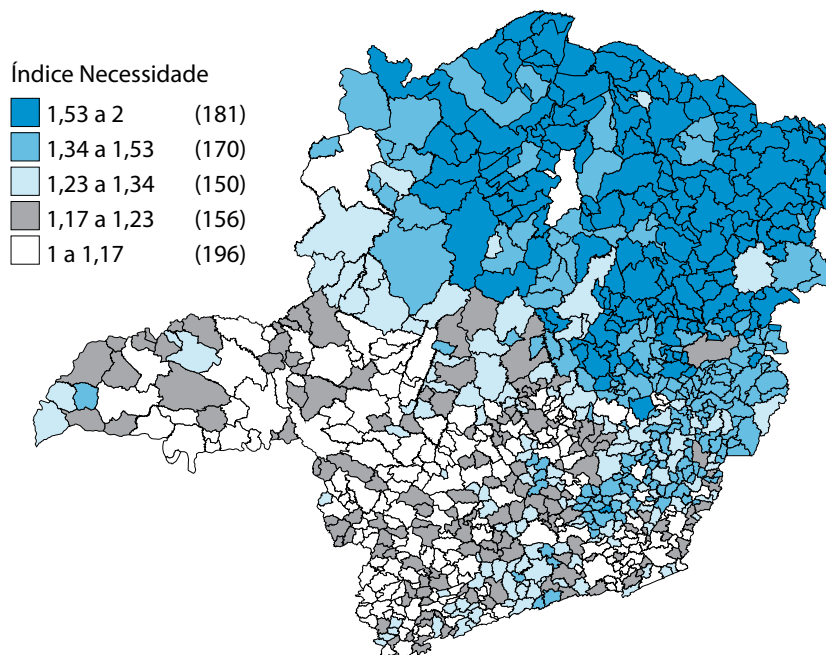
é calculado um Fator de Alocação que orienta o repasse de recursos estaduais, na forma de incentivos definidos, possibilitando que os municípios com maiores necessidades recebam mais recursos⁴. Esses índices são os seguintes:

- Índice de Necessidade de Saúde (INS) – que combina variáveis epidemiológicas e socioeconômicas.
- Índice de Porte Econômico – que considera o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias (ICMS) como indicativo da capacidade dos municípios em gerar renda.

O mapa elaborado a partir da aplicação do Índice de Necessidades de Saúde aos municípios constitui um importante recurso visual na demonstração dessas desigualdades. Observa-se que o estado de Minas Gerais está praticamente dividido ao meio, predominando na região norte a ocorrência dos municípios com maiores necessidades de saúde – que são, em última instância, necessidades sociais e econômicas. Na região sul, central e no triângulo de Minas predominam municípios com melhores condições de saúde e recursos próprios.

4 Os índices citados foram desenvolvidos com o apoio da Fundação João Pinheiro

Municípios mineiros segundo Fator de Alocação. Minas Gerais, 2005.



Fonte: Fundação João Pinheiro, 2003

Dois outros indicadores não muito utilizados no cenário nacional (mas frequentemente utilizados internacionalmente) aparecem como principais orientadores das intervenções na política de saúde, nos documentos da SES-MG: o DALY – “Disability Adjusted Life Years” e YLL “Years of Life Lost” (Anos Potenciais de Vida Perdida – APVP).

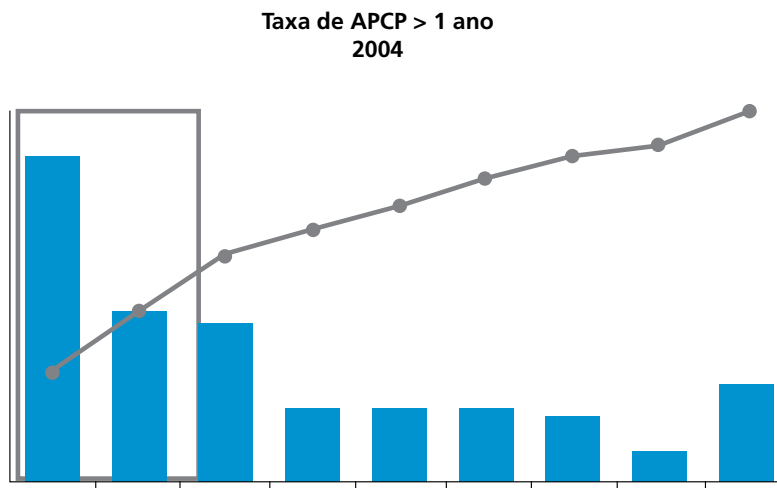
DALY é um indicador que mede a carga de doenças⁵. O conceito central é que as informações de mortalidade são insuficientes para dar um panorama da qualidade de vida. O DALY procura combinar dois indicadores: mortalidade e

5 O conceito de carga de doenças vem sendo crescentemente utilizado no âmbito da saúde coletiva por propiciar a compreensão mais precisa sobre o impacto que as doenças de maior prevalência provocam na vida das pessoas, considerando as perdas funcionais ou o sofrimento ocasionado por determinada patologia.

morbidade. O indicador procura medir tanto o efeito da mortalidade quanto da morbidade. O DALY é calculado como a soma dos anos de vida perdidos devido à morte prematura (YLL – “Years of Life Lost” – Anos de Vida Perdidos) e anos de vida perdidos devido à incapacitação (YLD – “Years Lived with Disability” – Anos Vividos com Incapacitação).

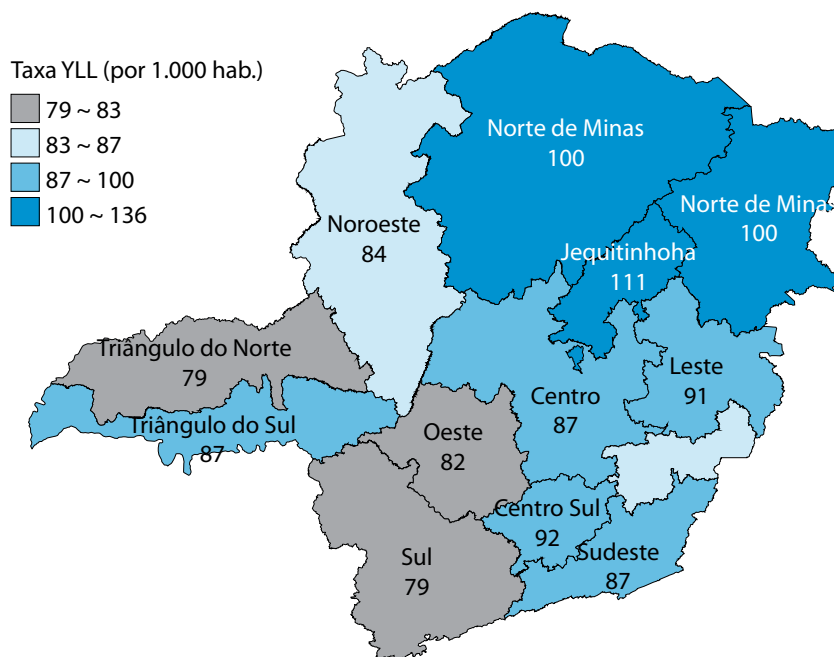
O número de anos perdidos devido à morte prematura para um indivíduo (YLL), componente que mede o efeito da mortalidade no DALY, é essencialmente a esperança de vida desse indivíduo ao nascer.

YLL em Minas Gerais



Fonte: SIM, SINASC, DATASUS, SESMG e INDG, 2008

YLL por macrorregião em Minas Gerais



FONTE: SESMG e ENSP: Estudo sobre a carga de doenças em Minas Gerais, 2009

A SES realiza também o acompanhamento permanente do conjunto de indicadores do Pacto pela Saúde, diferenciados por macro e microrregiões. São utilizados aplicativos e recursos digitais que facilitam o monitoramento detalhado por microrregião e a comparação dos resultados e metas almejados.

- **A regionalização como uma prioridade no PES**

A regionalização é um dos Projetos Estruturadores da política de saúde em Minas desde 2003, orientando a implementação de todos os demais projetos, sendo o PDR o seu instrumento concreto de viabilização.

O primeiro PDR de Minas Gerais (2001 – 2004) foi aprovado em 2002, atendendo às disposições da NOAS 2001. Nesse projeto inicial, o estado foi dividido

em 95 microrregiões e sete macrorregiões. Alguns documentos oficiais e entrevistas apontam que desde 1999 a SES já havia discutido e elaborado o primeiro projeto das divisões regionais, indicando que a incorporação e valorização desses referenciais ocorreram de maneira precoce, considerando o cenário nacional. Em outro documento, observa-se uma crítica ao plano original como sendo baseado mais na concentração e na oferta de serviços de saúde no território, sem uma regulação forte do Estado.

Em 2003 um novo desenho para o PDR foi aprovado pela CIB incorporando dois conceitos principais, a saber, economia de escala e escopo, além de organização dos serviços em redes de saúde. Nesse novo desenho, o estado foi dividido em 13 macrorregiões de saúde e 75 microrregiões. Em cada macrorregião, são eleitas cidades-polo, de acordo com sua capacidade em prestar atendimento especializado. Atualmente existem 18 cidades-polo em Minas Gerais. Outros elementos que qualificam o novo PDR é o mapeamento dos recursos em saúde, do fluxo da população no território e das condições das estradas ligando as cidades da micro e macrorregião.

A metodologia de construção do PDR em Minas representa um importante ponto de força na política de regionalização, associado à qualidade técnica e à escolha dos elementos estratégicos considerados no desenho das regiões de saúde. A reformulação da segunda versão envolveu o mesmo grupo de técnicos que havia participado da elaboração do PDR inicial e recebeu também as contribuições dos municípios e do conselhos municipais de saúde, em um amplo processo participativo que durou mais de ano.

- **Estratégias definidas para fortalecer a regionalização**

Foram identificadas três estratégias específicas da SES-MG para consolidar a regionalização nas macro e microrregiões do estado: i) a organização das redes de atenção à saúde baseadas em APS; ii) o projeto de fortalecimento e qualificação dos hospitais (Pro-Hosp); e iii) a constituição de um sistema de regulação forte e efetivo.

– Redes de Atenção à Saúde baseadas em APS

As redes de atenção à saúde constituem, sem dúvida, o elemento mais original, mais inovador e promissor para alcance das metas globais desejadas para o SUS no estado. A organização das redes em Minas Gerais é definida com base no PDR e visa garantir a autonomia de cada macrorregião em relação à atenção à saúde. O modelo das redes está detalhado em vários documentos, apresentado um forte componente de racionalidade técnico-científica.

O modelo envolve vários conceitos como economia de escala, disponibilidade de recursos e pontos de atenção no território. A base das redes é a formada pela APS com ênfase na estratégia Saúde da Família (Saúde em Casa) e envolve a articulação de linhas específicas de cuidados de saúde (materno-infantil, hipertensão e diabetes, pessoas idosas, urgência e emergência, etc.) em graus crescentes de complexidade (no sentido de densidade tecnológica). O fluxo das redes tem sempre início na Unidade Básica de Saúde e “sobe” para o nível secundário ou terciário de diagnóstico e tratamento, se necessário.

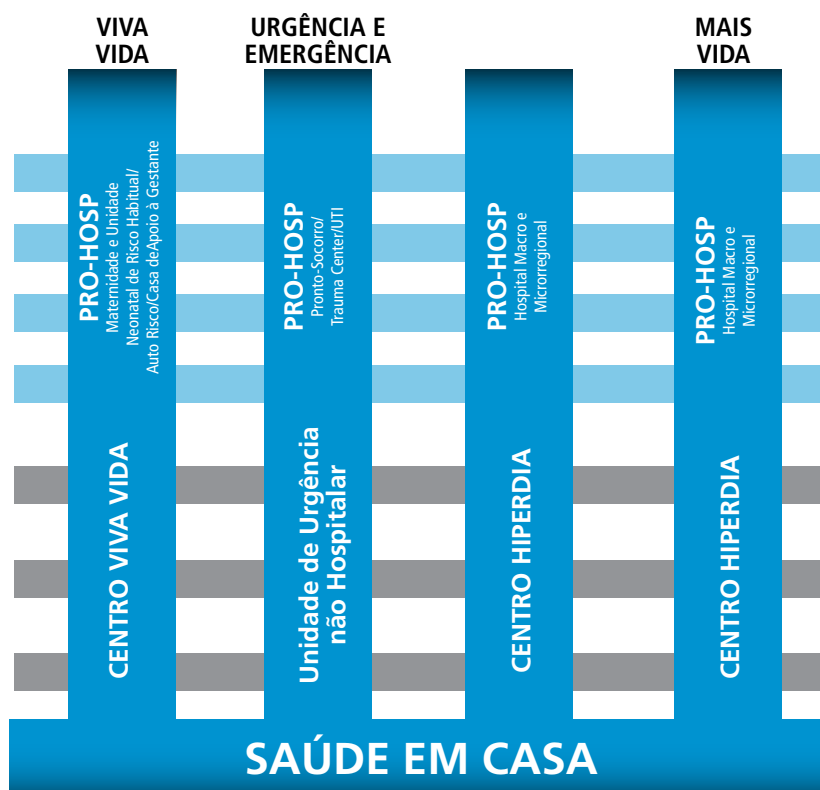
Minas Gerais tem o maior número de equipes de Saúde da Família no país (4.223 equipes na competência março/2011) correspondendo a 13,5% de todas as equipes de SF no âmbito nacional. No estado, a cobertura do programa chega a quase 67,5% com base na população estimada⁶. O programa proposto pelo governo federal é ampliado em Minas Gerais através de vários incentivos e de medidas de qualificação de origem própria, entre eles:

- Incentivo financeiro para implantação e manutenção das equipes de SF segundo o Fator de Alocação, que favorece as regiões mais pobres do Estado (ver anexo). Esses incentivos são transmitidos diretamente do fundo do Estadual para Fundo Municipal de Saúde.

6 www.saude.gov.br/dab

- Recursos para a construção e reforma de estruturas físicas. Segundo os relatórios de Estado, mais de 180 milhões de reais já foram investidos nas unidades de APS nos últimos cinco anos.
- Implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Corresponde a 10 módulos abordando conceitos e instrumentos para a qualificação da prática das equipes. O processo de capacitação é realizado por instituições formadoras do estado. O Plano tem as características de um acordo sobre a prática clínica e responsabilidade sanitária. No final dos 10 módulos PHC as equipes devem assinar um contrato com o Município com relação aos objetivos e responsabilidades na APS.

Modelo das redes de atenção à saúde em Minas Gerais



Fonte: O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais (MG, 2009)

– Fortalecimento e qualificação da rede hospitalar nas macro e microrregiões

Outra importante estratégia da SES para dar maior concretude à regionalização, considerando a autonomia das micro e macrorregiões é o programa de fortalecimento e qualificação da rede hospitalar do estado – o Pro-Hosp. Alguns estudos apontam que a rede hospitalar no Brasil é composta, em sua maioria por hospitais de pequeno porte e sem capacidade resolutive. Tomando essa situação como um ponto estratégico na política de saúde, a SES-MG desenvolveu um programa focalizando uma reorganização de toda a rede hospitalar do estado, considerando aspectos de infraestrutura, de qualificação das equipes e de novas formas de financiamento, sempre articulando os investimentos com a pactuação de metas e resultados.

Os hospitais beneficiados com o programa foram escolhidos de acordo com vários critérios que se referem à economia de escopo e escala, ao fato de serem públicos ou filantrópicos e especialmente à localização e importância para o micro ou macrorregião. Segundo os documentos, entre 2004 e 2009 foram investidos mais de 400 milhões de reais para o benefício de 130 hospitais.

– Sistema de Regulação

O sistema de regulação desenvolvido em Minas Gerais constitui um modelo de excelência para o restante do país. A experiência consiste em unidades administrativas que são capazes de mapear a oferta de serviços SUS no território e orientar o acesso dos usuários com determinadas demandas, respeitando os pactos e acordos dos gestores na PPI. As unidades de regulação visam garantir acesso ao segundo e terceiro nível de atendimento: urgência, leitos hospitalares, consultas especializadas e métodos de diagnóstico.

O sistema de regulação em Minas Gerais está organizado em uma rede composta por algumas unidades operacionais:

- Unidade de Supervisão e Monitoramento de nível central (SES-MG). Essa unidade tem uma visão global da situação e auxilia na resolução de situações que não podem ser resolvidas na macrorregião.
- Centros de regulação nas 13 macrorregiões, sob coordenação da SES. Essas unidades funcionam 24 horas por dia sob a supervisão de um médico preparado para avaliar as necessidades dos pacientes e a oferta adequada no Território.
- Unidades municipais de regulação (sob a gestão dos Municípios). Em caso de necessidade, essas unidades devem solicitar a disponibilidade dos serviços, por meio de telefone, aos centros de regulação.
- Prestadores de serviços (hospitais, clínicas, etc.). Os centros de regulação têm acesso à lista de prestadores, tipos de leitos e serviços de diagnóstico e tratamento, e também aos pactos estabelecidos na PPI.

• Financiamento da saúde

O Estado de Minas Gerais garante investimentos na saúde na ordem de 12%, como recomendado pela EC 29/00, a despeito da inserção de valores relacionados à infraestrutura sanitária nesse montante.

Análise da capacidade de governo na saúde

A política de Recursos Humanos da SES-MG é descrita de forma detalhada, em vários documentos, principalmente no “Choque de Gestão”⁷. Há uma clara orientação para a gestão por objetivos e resultados, com incentivos financeiros por setor. Observou-se que mais de 70% do pessoal pertence ao quadro próprio da SES e contam com a perspectiva de progressão na carreira. Os gerentes de projeto são qualificados, possuindo formação predominantemente na área da administração pública. Foi comum a observação quanto à utilização de sofisticadas ferramentas de gestão e medidas de desempenho, tais como Balanced Score Card, planejamento estratégico, análise SWOT e diversos outros recursos estratégicos, em suas práticas cotidianas.

7 O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Org. Antônio Jorge de Souza Marques *Et al.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009.

Análise da governabilidade

A política estadual de saúde parece contar com alto índice de adesão interna e externa, como pode ser demonstrado empiricamente. Na opinião dos técnicos e gerentes de projeto, as razões para esse fato estão relacionadas com a qualidade técnica das políticas (baseadas em evidências), que também são bem negociadas em mesas-redondas (CIBs da micro e macrorregiões) e estão integradas à política nacional de saúde.

A rápida mobilização e adesão dos municípios mineiros ao Pacto pela Saúde e a formação dos Colegiados de Gestão Regional podem ser tomados como um indicativo desse apoio externo à SES. Em Minas Gerais foram constituídos exatamente 75 CGR, número exato de microrregiões. Nas entrevistas foi explicado sobre o esforço intencional feito pela SES para integração das CIB micro-regionais com os CRG, alcançando êxito na formação de “mesas-redondas” articuladas.

A participação e comprometimento dos profissionais de nível central com o projeto da SES-MG foram avaliados pela pesquisadora como extremamente elevados. Observou-se importante alinhamento conceitual nos discursos, bem como admiração pelo gestor, entusiasmo pelo trabalho e elevado conhecimento sobre toda a estratégia de saúde.

Síntese dos aspectos marcantes da política de saúde em Minas Gerais

A análise da política de saúde de Minas Gerais, com ênfase nas estratégias de regionalização e utilizando as categorias de governo de Matus, trouxe à luz alguns resultados relevantes, considerados “pontos de força” em cada uma das dimensões analisadas:

- Programa de Governo: Observou-se grande consistência e coerência no projeto para a saúde em Minas Gerais traduzidos por vários achados, descritos a seguir. Existência de um complexo projeto para a saúde no qual a regionalização é considerada condição fundamental para a eficiência do sistema. O modelo de regionalização proposto é o cooperativo e o estado empenha-se

em desenvolver estratégias que viabilizem a cooperação entre os municípios. Esse projeto está fortemente ancorado na política estadual e está em consonância com as diretrizes nacionais para o SUS. A regionalização é efetivada por meio do PDR, que foi desenvolvido ainda em 1999 e redesenhado posteriormente sob a racionalidade da economia de escala e escopo, além de outros critérios. Existe grande investimento de recursos na regionalização por meio de permanente apoio dos técnicos e gestores de nível central, oficinas de formação e capacitação para implantação dos projetos e programas e por meio do financiamento e dos incentivos destinados a esses, cuja implantação obedece ao desenho da regionalização. A carteira de projetos e programas é bastante diversificada e está integrada aos projetos estruturadores. A formação de redes de atenção à saúde baseadas em APS é uma das principais estratégias para o fortalecimento da regionalização.

- Capacidade de Governo: Observou-se, no âmbito central da SES-MG, forte capacidade para a gestão, sendo relevante a existência de um modelo baseado em princípios de Administração Pública. Existe forte reconhecimento interno da capacidade técnica e política da liderança da SES. Um aspecto muito marcante na pesquisa é que a SES trabalha sob a ótica da Gestão por Resultados e cada área técnica deve comprometer-se com alcance de metas, da mesma maneira que a SES compromete-se com o governo central do estado. O mapa estratégico da SES e alcance de resultados pactuados é uma linguagem comum entre os diversos setores. Observa-se uma forte consciência organizacional nos gestores de primeiro escalão e técnicos entrevistados, com alinhamento de atitudes e de discursos em relação aos projetos de governo. Os gerentes e o corpo técnico possuem formação acadêmica adequada e com inserção assegurada por concurso público. Existe clara definição de plano de cargos e carreira. Muitas publicações técnicas elaboradas pelos gestores e equipe de nível central expressam as concepções de modelo de atenção, as políticas e as estratégias para sua implantação com clareza e detalhamento.
- Governabilidade. Foi possível observar evidências diretas e indiretas de que o estado vem alcançando incremento da governabilidade sobre a política de saúde, conseguindo formar uma identidade sólida com os municípios na implantação dos programas e projetos no território. As CIBs e os CGRs

das microrregiões são importantes espaços de renovação e consolidação da aliança entre o gestor estadual e os gestores municipais. A grande adesão dos municípios aos projetos e programas estaduais é um importante indicativo de elevada governabilidade.

A aplicação da matriz avaliativa ao caso de Minas Gerais resultou em uma elevada pontuação pelo estado em todas as três dimensões de análise. Esses resultados foram similares aos encontrados em outros estudos sobre o estado, ainda que com diferentes estratégias metodológicas. Assim, por exemplo, Pereira (2009) definiu seis desafios principais a serem superados pelo gestor estadual para ser capaz de desempenhar seu papel institucional:

- i) a fragmentação do sistema causada pelo processo de descentralização no Brasil;
- ii) maior utilização do planejamento estratégico com base nas necessidades do Território;
- iii) a fragmentação interna causada pelo pequeno número, fraca capacidade e/ou baixa qualificação do pessoal;
- iv) habilidade para articular e promover a integração dos gestores municipais com o Estado;
- v) o Estado deve assumir o papel de liderança e coordenar o processo de regionalização;
- vi) questões específicas relacionadas com a formulação de políticas, financiamento e regulação.

Entre as estratégias utilizadas pela SES-MG o autor confere destaque especial à cuidadosa elaboração do PDR, ao apoio técnico à gestão regional, bem como à constituição das redes de atenção à saúde.

Em relação às fragilidades, limites e obstáculos, pode-se dizer que ainda se faz necessário um esforço permanente da equipe central para manter a “afinação da música” com as regionais da SES principalmente em relação às diferenças entre as regiões administrativas e as assistenciais, nem sempre coincidentes. Outro desafio a superar são os chamados vazios assistenciais. A grande diversidade entre as regiões também representa um grande obstáculo ao avanço dos projetos.

Foram observadas diferenças significativas também no respeito aos pactos entre gestores municipais, principalmente em relação à PPI, indicando que os fatores locais afetam o ritmo, a qualidade e a intensidade da regionalização.

Considerações finais

Em relação ao estudo de caso, observou-se que a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais fez importantes investimentos no fortalecimento dos três polos de governança delineados por Matus, particularmente nos dois últimos períodos de governo. Observou-se elevada concentração de recursos nas três dimensões, que poderiam ser traduzidas como uma tentativa de alcançar e acumular “Inteligência” no Projeto de Governo, na Capacidade de Governo e na Governabilidade.

Observou-se que durante os últimos sete anos uma grande reforma político-administrativa e gerencial foi feita no estado de Minas Gerais, incluindo a área da Saúde. Vários aspectos de inovação organizacional, desenvolvimento de inteligência gerencial, assimilação de novas rotinas e ferramentas, eficiência, agilidade e capacidade de resposta foram observados. Esses aspectos da mudança bem-sucedida fazem do caso de MG um solo fértil também para se estudar as teorias da Gestão Pública.

O caso de MG encontra subsídios para seu melhor entendimento em estudos que analisam a assimilação de inovações relacionadas à cultura organizacional no âmbito da administração pública. Para Longo (2007), a eficácia das reformas dependeria: a) da habilidade da administração no equilíbrio dos *drivers* internos e externos; b) a gestão ser entendida como “gestão da mudança”, já que gerir organizações complexas em um ambiente dinâmico significa, de fato, estar constantemente gerindo a mudança; c) concepção, execução e avaliação serem apenas etapas diferentes do processo integrado de gestão da mudança. Os gestores devem ser capazes de desenvolver e apresentar as estratégias, criar consensos, trabalhando com o desenvolvimento da cultura organizacional e o treinamento de pessoas com foco na organização.

Mas para responder à pergunta natural que surge diante desses achados, sobre o quanto esse modelo de gestão influencia ou influenciou no alcance dos resultados encontrados para o estado atual da regionalização em Minas Gerais, seria necessário conduzir estudos de análise de implantação que permitissem observar os efeitos da intervenção nos vários espaços de sua ocorrência, considerando o contexto histórico, político e econômico. O acompanhamento longitudinal do processo que vem sendo moldado em Minas Gerais, de forte investimento na administração pública e de forte racionalização da política de saúde, poderá oferecer importantes subsídios para os futuros gestores em relação à sua suficiência para responder aos desafios contemporâneos da gestão pública.

A trajetória de erros e acertos durante as primeiras décadas do SUS fortaleceu seus atores, instigando-os a superarem os desafios do modelo federativo por meio da proposição de estratégias de governo, de gestão e de conteúdo das políticas. Nesse aspecto, o caso de Minas Gerais aponta que a esfera estadual desempenha um papel fundamental na implementação do SUS, especialmente no que diz respeito à organização de sistemas de saúde regionalizados e integrados, que possam ser efetivos e superarem a lógica da fragmentação. Assim, o modelo de redes de atenção de Minas Gerais, ainda que em fase inicial de implantação e mais próximo do papel do que da prática, apresenta-se como uma estratégia de concretização da regionalização solidária e tem o potencial de prestar uma atenção à saúde baseada na integralidade e na equidade, podendo servir de inspiração para outras Unidades Federadas.

REFERÊNCIAS

1. Contadriopoulos, A. P.; Champagne, F.; Denis, J.L.; Pineault, R. A avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro; 1997; p.29-47
2. Denis, J. Champagne, F. – Análise da implantação de programas. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. H.Z. (Ed). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 49 – 88.
3. Felisberto, E.; Freese, E.; Alves, C. K. A.; Bezerra, L. C. A.; Samico, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev. bras. saúde matern. infant;9(3):339-357, jul.-set. 2009. tab.

4. Gil, A.C. – Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª Edição. São Paulo, Atlas, 2008.
5. Hartz, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc. saúde coletiva* . 1999 ; 4(2): 341-353.
6. Matus, C. Política, planejamento e governo. 2ª edição. P. 1-28 e p. 297-334. Brasília: IPEA, Tomo I, 1997.
7. Menicucci, T. *Et al.* Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção: relatório final. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2008
8. MINAYO, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004
9. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Planejamento e Coordenação. Plano Diretor de Regionalização – PDR 2001-2004. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.
10. _____. Plano Diretor de Regionalização – PDR 2003 – 2006. Belo Horizonte, 2003.
11. _____. O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Org. Antônio Jorge de Souza Marques *Et al.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009.
12. Pereira, A.M.M. Os Dilemas Federativos e Regionalização na Saúde: O papel do gestor estadual no SUS em Minas Gerais. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009
13. Pestana, M.; Mendes, E.V. Pacto de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.
14. VIEIRA DA SILVA, Lúcia Maria; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Gerluce Alves Pontes da. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados à descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: VIEIRA-DA-SILVA, Lúcia Maria; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz/EDUFBA, 2005, v., p. 207-253.
15. Yin, R.K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre. Bookman, 200



CAPÍTULO 5

REGIONALIZAÇÃO E REDES NA ITÁLIA – LIÇÕES APRENDIDAS APÓS 30 ANOS DE EXPERIÊNCIA

REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA ITALIANA

Renato Tasca, Iracema Benevides

Por que analisar a experiência do Sistema Nacional de Saúde da Itália?

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) italiano tem atualmente um pouco mais de três décadas de existência e passou por importantes reformas ao longo desse tempo, para garantir que os princípios fundamentais de sua proposição em 1978 pudessem ser compatíveis com aspectos de racionalização técnica e econômica necessários à sua continuidade.

Os conceitos de financiamento e gestão públicos, universalidade, acessibilidade e atenção integral à saúde dos cidadãos inspiraram fortemente a concepção do SUS na década de 1980, a despeito das significativas diferenças no contexto da reforma sanitária desses países (BERLINGUER *et al*, 1988). Por outro lado, em 1992, foi conduzida uma nova reforma para o enfrentamento de alguns dilemas e efeitos inesperados da regionalização, presentes, de maneira parcial e com diferenças substantivas de contexto, no SUS de hoje.

Ao propor a análise do caso italiano na presente publicação pretende-se apenas ampliar o horizonte dos debates sobre a regionalização e os desafios para a organização do sistema de saúde considerando as “reformas da reforma” experimentadas por aquele país. Não se pretende, de forma nenhuma, sugerir que o Brasil venha a seguir os mesmos passos, pois certamente existem mais diferenças que semelhanças entre esses países no que concerne seus respectivos sistemas de saúde. No entanto, algumas experiências vividas pelo país do velho continente podem ser colocadas como pontos de reflexão para gestores e técnicos brasileiros frente a dilemas que se apresentam na implementação do SUS. As soluções e os problemas serão sempre diferentes para cada país, mas algumas

lições podem se aprendidas “olhando para fora” e buscando compreender como desafios semelhantes foram superados.

Alguns dados básicos sobre o “SISTEMA SANITARIO NAZIONALE” (SSN) DA ITÁLIA

- Contexto geral da Itália

Em relação à história do continente europeu, a Itália ainda é um país jovem: foi constituída como nação em 1861 a partir da agregação de vários pequenos “ex-reinados” e cidades-estados. Atualmente possui um modelo de governo unitário, parlamentarista.

Antes da unificação, os países do norte eram mais pobres e menos desenvolvidos e os países do sul possuíam uma longa tradição de monarquias, com acumulação de riquezas palpáveis mas também de um grande patrimônio cultural e filosófico. O processo de desenvolvimento durante os séculos XIX e XX, caracterizado pela industrialização, configurou uma inversão desse gradiente sul – norte, passando a região norte a liderar sempre mais a economia nacional. Essa polaridade entre as grandes regiões da Itália é tão marcante que serviu de inspiração para os estudos de Robert Putnan sobre o Capital Social, conforme apresentado no Capítulo 2 dessa publicação.

Essas disparidades regionais são muito evidentes quando se comparam a faixa de renda, a distribuição demográfica da população, os gastos com saúde (especialmente com farmácia), a capacidade institucional, os arranjos organizacionais e de financiamento e, finalmente, as condições de saúde da população. Essas grandes diferenças sociais, econômicas e culturais foram, em parte, responsáveis pela crise da saúde no fim dos anos 1980, que veio a motivar a primeira reforma do sistema de saúde italiano proposto em 1978.

Em relação ao contexto geral é importante destacar ainda que durante muitas décadas do século XX, predominaram na sociedade italiana as ideologias não liberais (comunismo – socialismo e catolicismo orientado ao socialismo), que ti-

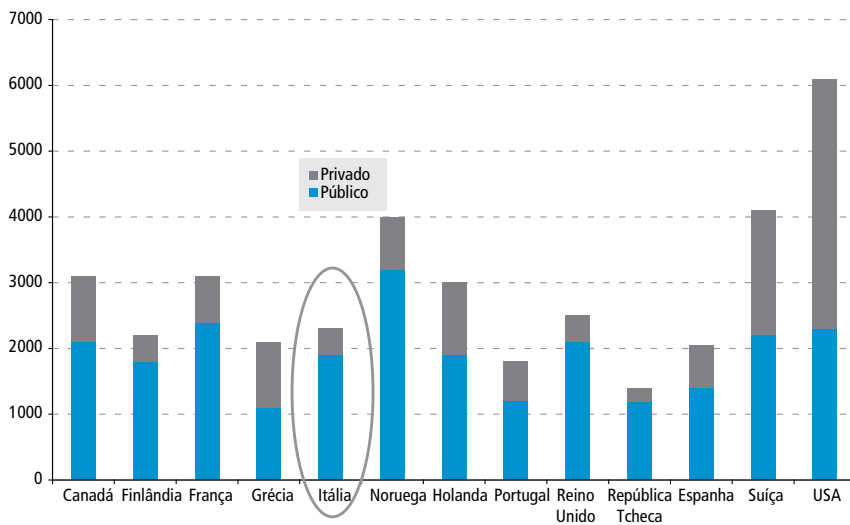
veram grande influência na reivindicação e proposição dos marcos filosóficos da primeira reforma da saúde em 1978, caracterizada pelo crescimento do estado no papel de organizador da vida pública.

- **Financiamento do Sistema Público de Saúde da Itália – Gasto em saúde**

O financiamento é um dos principais desafios para a sustentabilidade dos sistemas de saúde de caráter universal. Considerando os países da OECD⁸, a Itália está entre aqueles que investem um percentual de recursos do seu Produto Interno Bruto (PIB) não muito elevado (8.3%), quando comparado a países como Noruega, Suíça, Canadá e Estados Unidos. Entretanto, ao analisar-se o gradiente de investimento público-privado, a Itália destaca-se como um daqueles países que mais investem no setor público: nesse país, o componente público do gasto em saúde é prevalente (mais de 70% do gasto total, alcançando 6.7% do PIB. O valor anual *per capita* investido em saúde também é bastante elevado: 2.350 dólares – aproximadamente 1.800 euros ou 2.800,00 reais (quadros a seguir). Na área do financiamento da atenção à saúde, esses dados mostram de maneira evidente como na Itália o investimento no setor público é muito significativo, e mantém uma tendência estável durante as três décadas de existência do SSN, com oscilações decorrentes das conjunturas econômicas e das repetidas mudanças de governos. Essa situação de “relativa estabilidade” deve ser considerada uma das condições-chave, que condicionou de forma favorável o desenvolvimento do SSN, estimulando suas reformas e legitimando sua missão perante os contribuintes italianos.

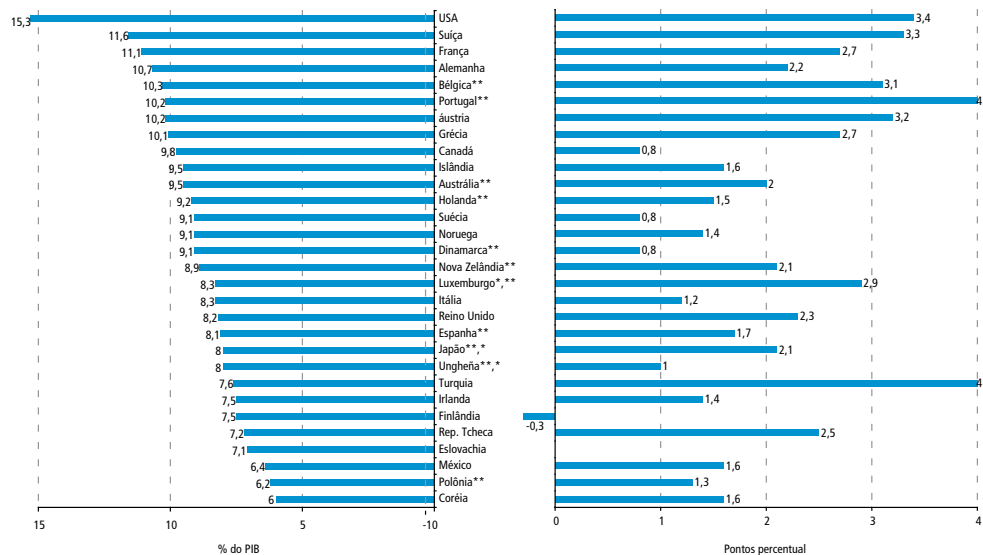
8 Organization for Economic Cooperation and Development que traduzindo para português é Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE)

Quadro 1 O gasto em saúde na Itália (2007)



Fonte: Relatório OASI 2006

Quadro 2 Despesa com saúde em relação ao percentual do PIB em 2005 e sua variação ano 1990-2005

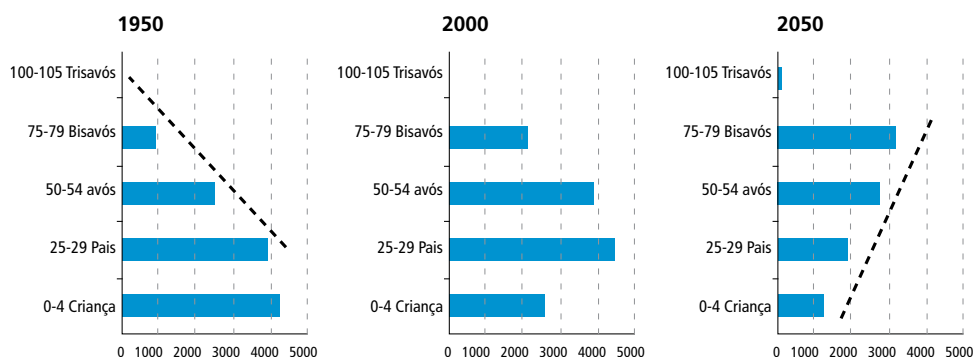


Fonte: Relatório CEIS 2007

Transição Demográfica

A Itália, assim como tantos países desenvolvidos no continente europeu, vive um importante processo de transição demográfica caracterizado pelo aumento da longevidade da população e afinamento da base da pirâmide etária: a cada década existem menos nascimentos e os idosos vivem mais.

Quadro 3 Comparação tamanho das gerações entre 1950 – 2050. Comparação do quantitativo de cinco gerações convivendo – dados e estimativa



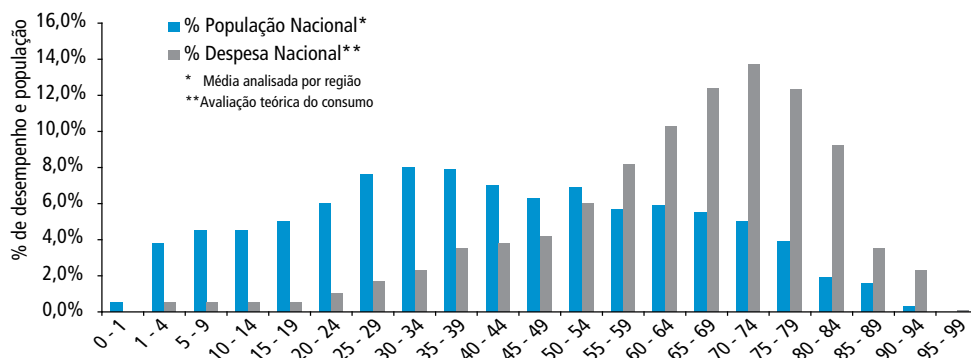
Notas: (1) Valores absolutos em milhares. (2) Para facilitar a compreensão do fenômeno, o autor preferiu mostrar somente algumas faixas etárias.

Fonte: Golini, *Ageing Society: trend demografici e scenari futuri*, Rimini, 11 febbraio 2005, su dati ONU World Population Prospects. The 2002 revision, New York, 2003

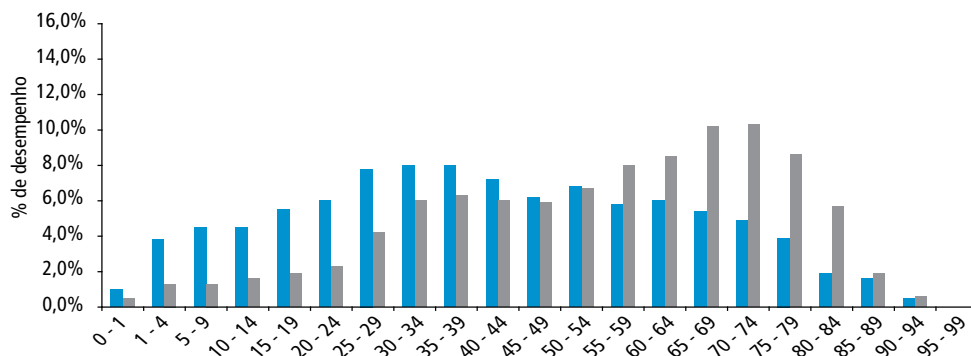
As consequências desse novo perfil demográfico sobre o sistema de saúde são bastante objetivas. A população idosa está mais vulnerável à ocorrência de doenças crônicas e tem maior necessidade de utilização dos serviços de saúde especializados: medicamentos, exames complementares, leitos hospitalares, cirurgias e procedimentos terapêuticos. Os quadros a seguir mostram de forma muito clara o impacto das faixas etárias mais avançadas sobre o consumo de medicamentos e a utilização de serviços ambulatoriais.

Quadros 4 e 5 Consumo de medicamentos e consultas médicas conforme a idade

Distribuição de Benefícios Farmacêuticos Por Faixa Etária - Valores - 2004



Distribuição de serviços ambulatoriais por grupo de idade - Avaliação teórica - 2004



Fonte: Relatório CEIS 2007

Um pouco de história do “SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)”

- Antes da criação do Sistema Nacional de Saúde italiano

O sistema de saúde da Itália, assim como na maioria dos países europeus, desenvolveu-se na primeira parte do século XX, durante o fascismo e logo depois do segundo conflito mundial. Nesta época, o sistema era caracterizado pela prevalência de uma multiplicidade de instituições de assistência ligadas a instituições empregadoras (públicas ou privadas) ou corporativas, que atuavam como “caixas” com mecanismos diferenciados de reembolso dos gastos dos afiliados com assistência médica. O *boom* econômico que a Itália experimentou nos anos sessenta deu um grande impulso ao desenvolvimento desses sistemas, determinando um crescimento rápido da cobertura e importante ampliação da oferta de serviços.

Nesses anos, o sistema de saúde italiano se apresentava como uma estrutura complexa e fragmentada, resultado de uma evolução que não foi planejada, nem conduzida pelo estado. As responsabilidades típicas da saúde pública eram distribuídas entre as diversas esferas de governo (Ministério da Saúde, províncias, municípios), enquanto a assistência era proporcionada por centenas de instituições, de maneira autônoma e independente, causando grandes problemas de fragmentação e segmentação do sistema.

Nos anos setenta, o incremento de cobertura e de serviços tinha gerado uma grande multiplicidade de atores políticos e institucionais envolvidos no sistema de saúde italiano. Devido à falta de coordenação e de modelos eficientes de gestão e financiamento, a grande maioria dessas entidades começou a experimentar seguidos episódios de crise financeira, junto com uma crescente insatisfação dos usuários pela qualidade dos serviços recebidos e a enorme carga burocrática dessas estruturas.

Na realidade, as estruturas administrativas dessas entidades responsáveis pela assistência médica encontravam-se completamente despreparadas para enfrentar o desafio do rápido incremento da cobertura assistencial e do decorrente

aumento de processos administrativos. O sistema atribuía completa autonomia aos médicos e considerava a administração e a gestão apenas como instrumentos criados para atender as exigências dos profissionais de saúde.

- **Dinâmicas sociais e clima político para a reforma**

Desde a perspectiva social, como no resto da Europa, a partir do ano de 1968 começou uma fase caracterizada por uma forte mobilização da sociedade. Amplos segmentos da sociedade (estudantes, mulheres, grupos com necessidades específicas), depois de ficar por muito tempo silenciosos, fizeram ouvir a própria voz à coletividade. A televisão, recentemente inventada, amplificou essas vozes de protesto. As reivindicações para um estado mais focado nos direitos dos cidadãos tornaram-se sempre mais fortes, e desencadearam um aceso debate sobre a reforma do setor da saúde, interpretado como direito dos cidadãos e dever do estado. Assim, em 1978, na Itália o clima político era ideal para a introdução de uma reforma histórica da saúde pública, a segunda “grande reforma” da Europa, depois da britânica. Sem dúvida, a lei de 1978 representa uma das mais importantes conquistas da sociedade italiana do século passado.

- **A “Grande Reforma Sanitária” de 1978 e a criação do “Servizio Sanitario Nazionale (SSN)”**

A reforma de 1978 foi a resposta da sociedade italiana à necessidade de um sistema público de saúde de cobertura universal. Contudo, além das pressões políticas e sociais que caracterizavam a sociedade italiana daquela época, a reforma de 1978 surgiu também da vontade de racionalizar o sistema, que estava fora de controle e incapaz de assegurar a sustentabilidade econômico-financeira. A Reforma foi radical: redefiniu os atores do sistema e redesenhou as funções deles, com o papel central do estado financiador, regulador e (junto com a rede privada conveniada) prestador do sistema público de saúde, que foi definido “Servizio Sanitario Nazionale (SSN)”.

Um dos princípios fundamentais da reforma foi garantir o controle democrático do sistema, realizado mediante a participação das três esferas de governo (estado,

regiões e municípios) nas instâncias de governança do SSN. Segundo a Lei de 1978, o papel do estado é financiar, planejar e programar. Competia às regiões o planejamento e programação regional. Aos municípios (individualmente ou em associação com outros municípios), competia a gestão das Unidades Sanitárias Locais, novas entidades operacionais criadas pela reforma, encarregadas das ações de atenção à saúde, em todas as áreas: promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

O estado destinava os recursos financeiros para as 21 regiões (que corresponderiam às unidades federativas brasileiras). De acordo com o tamanho da população e a série histórica de gastos, as regiões alocavam os recursos nas 673 Unidades Sanitárias Locais constituídas.

A provisão dos serviços de saúde era realizada pelos serviços da rede própria da USL, com apenas poucos serviços ambulatoriais e hospitalares providos por prestadores privados. Os profissionais de saúde eram contratados pelo estado e contavam com plano de carreira considerando cargos e idade. Os clínicos gerais ou “médicos de base” eram responsáveis pela Atenção Primária em Saúde e referindo pacientes para outros níveis do sistema. O SSN baseia-se, ainda hoje, na livre escolha dos pacientes pelo seu médico, que são remunerados “*per capita*”, ou seja, pela lista de pacientes a ele adscritos.

- **A crise dos anos noventa e a necessidade de mudanças**

O novo modelo de atenção à saúde era promissor, mas enfrentava sérios problemas com o descontrole nos gastos públicos e com a ineficiência. Havia um fraco controle nacional sobre os recursos de saúde. As disparidades regionais faziam-se presentes e uma grande diferença na capacidade de gestão e organização dos serviços era observada. Algumas regiões de saúde chegavam ao final do ano sempre em déficit e apresentavam importantes problemas na prestação dos serviços e nos resultados de saúde da população. Todos esses fatores geraram uma grave crise financeira e desencadearam a crise da saúde vivida pelo SSN (FATTORE, 1999 E 2008; FRANCE E TARONI, 2005).

Outros elementos faziam parte desse contexto. Passou existir um alto nível de descontentamento da população com o sistema de saúde implantado. Muitos haviam perdido seus antigos benefícios e não encontravam vantagens no novo modelo. A baixa capacidade de resposta aos problemas da população e a qualidade insuficiente dos serviços gerava uma crescente perda de legitimidade. Outro aspecto a ser ressaltado é que havia excessiva interferência da política local na gestão dos serviços; as entidades municipais encontravam-se despreparadas para a gestão e presenciava-se escassa capacidade de inovação e flexibilidade para enfrentar as mudanças tecnológicas do setor saúde. Associado a esse panorama, ocorriam mudanças significativas no perfil demográfico da população. Todos esses aspectos indicavam a necessidade de novos sistemas de gestão.

- [A Lei 509 de 1992: a reforma do modelo organizacional](#)

Visando garantir estabilidade macrogovernamental e eficiência microeconômica, além da qualidade satisfatória na prestação dos serviços de saúde, em 1992 foi implementada a primeira “reforma da reforma” do SSN italiano por meio da Lei 509/92. As novas disposições previam realocação drástica dos recursos financeiros, redistribuição de funções entre municípios e regiões, redução significativa do número das USL e transformação das remanescentes em empresas públicas. Nos novos arranjos institucionais após 1992, o nível local (município) não atua diretamente na gestão, mas participa na condução política e estratégica, mediante instrumentos específicos (Conferências dos Serviços e Colegiados de Saúde dos Prefeitos). As regiões precisam garantir um nível básico de cuidados aos cidadãos, a partir de uma quantia fixa de recursos destinados pela União. A pactuação entre o nível estadual (Regioni) e o estado central é realizada mediante a Conferência Estado-Regiões.

- [Características da reforma de 1992](#)

Essa reforma caracterizou-se por quatro elementos principais, descritos a seguir:

- Regionalização/descentralização: a nova organização fundamentou-se no conceito de maior autonomia dos governos regionais, que passaram a ter responsabilidade completa sobre o orçamento da saúde. São mantidos ainda alguns mecanismos de compensação financeira entre as regiões, mediados pelo âmbito nacional. As regiões passam a ter também autonomia na definição das políticas regionais de saúde, na gestão e na organização dos serviços de saúde no seu território. A implementação do modelo mais estatizado ou mais privatizado depende da região e da proposta política de governo.
- *Aziendalizzazione*: refere-se à transformação das antigas USL em empresas públicas. Surge assim uma nova entidade organizativa, as “Aziende Sanitarie Locale” (ASL). Também os hospitais públicos foram transformados em “hospitais-empresas”, com independência administrativa das ASL. Ambos são semelhantes aos “trusts” do National Health System (NHS) inglês. É importante esclarecer que esse processo constituiu-se em uma profunda readequação da gestão pública a critérios de maior eficiência na utilização dos recursos, profissionalização da administração, transparência orçamentária e prestação de contas (*accountability*), não podendo ser confundido, em nenhuma hipótese com mecanismos de privatização. A reforma é permeada por critérios claros de racionalidade econômica: cada ASL fica responsável por uma população média de 250.000 pacientes, promovendo a economia de escala.
- *Managerialismo*: refere-se especificamente à profissionalização da gestão das ASL e dos complexos hospitalares de autogestão (*trusts/holdings*). Surgem novos papéis: Gerente geral, diretor de saúde e diretor administrativo, que são indicados pela região. O novo cenário baseia-se na adoção de recursos de gestão empresariais: sistemas de orçamento, contabilidade, gestão de pessoas, treinamento organizacional, definição de objetivos e metas, avaliação do desempenho, etc. Objetiva-se alcançar ampla capacidade de Controle sobre as empresas públicas.
- *Quase-mercado*, no modelo italiano: refere-se à criação de mecanismos internos de competição entre as ASL e também entre os hospitais baseados em dois fatores: livre-escolha pelos pacientes/clientes e “dinheiro segue paciente” (capitação), ou seja, os recursos estatais são direcionados para os locais de tratamento escolhidos pelos usuários, desde os “médicos de base” até os hospitais. Nesse contexto houve estímulo para competição “colabo-

rativa” entre os hospitais e os serviços, incentivando a formação de redes integradas de atenção à saúde. Os hospitais públicos e privados precisam ser acreditados para tornarem-se prestadores públicos e devem disputar igualmente os recursos com base na qualidade dos serviços.

Os quatro elementos principais da Reforma do 1992

1. Descentralização e regionalização
2. Revisão radical do modelo organizacional (“Aziendalizzazione”)
3. Profissionalização da gestão (“Managerialismo”)
4. Incentivos financeiros focados nos resultados (“quase-mercado”)

Algumas reflexões sobre os efeitos da regionalização decorrente da reforma de 1992

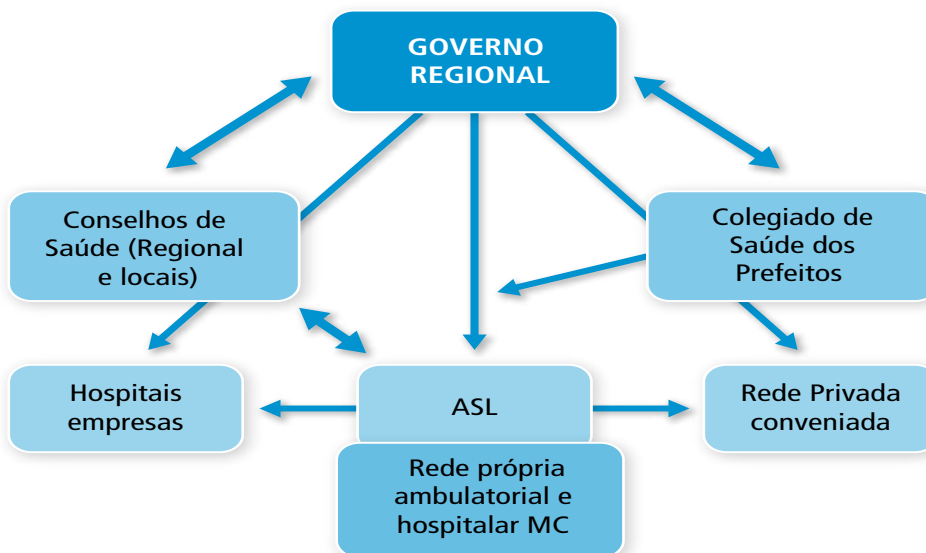
- **Melhor governança: centralidade regional**

Não há dúvida que a estratégia central da reforma de 1992 foi apostar nos Governos Regionais como base para o redesenho do sistema. No marco da nova lei, os governos regionais dispõem de grande autonomia para a gestão e organização dos serviços do sistema público regional de saúde. O gestor regional é responsabilizado também pelo orçamento, sendo autorizado a cobrar impostos regionais em caso de déficit. Da mesma forma, a Região tem plena capacidade de Controle sobre as empresas públicas de saúde (ASL) e os Hospitais-Empresa (HE) da região. Ainda, corresponde ao gestor regional a definição das políticas regionais de saúde, de objetivos e metas a serem alcançadas, o monitoramento e a avaliação do desempenho das ASL e HE. Corresponde ainda ao gestor regional a escolha dos Diretores Gerais das ASL e HE.

Todas essas ferramentas de gestão garantem que a Região exercite uma forte governança do sistema, porém controlada por potentes instrumentos de inclusão dos outros atores institucionais (Colegiados de Saúde dos Prefeitos e Conferências dos Serviços) e da comunidade (Conselhos Sanitários Regional e Locais, com participação de usuários e representações sindicais). Esses instrumentos garantem a transparência institucional e a participação dos atores estratégicos regionais nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação, deixando amplos

espaços de manobra ao gestor estadual para focar o seu trabalho na eficiência e eficácia da rede dos serviços de atenção à saúde.

Figura 1 Modelo de Governança Regional do SSN da Itália (elaboração própria)



- Mais integração com a regionalização

O novo desenho regionalizado contemplado pela reforma de 1992, além de ter impactos positivos para a governança do sistema regional, cria condições favoráveis à integração da rede de serviços. A reformulação do complexo regulador é voltada para atender as exigências de integração requeridas pela nova regionalização. A Atenção Primária (*"medicina di base"*) é confirmada como eixo ordenador do sistema, e as novas lógicas e ferramentas regulatórias (*Centrais Únicas de Marcação*) respondem a modelos organizacionais que atendem as necessidades de apoio do primeiro nível de atenção. O desenho da rede hospitalar começa a ser questionado pelo gestor único regional e adotam-se em diversas regiões medidas drásticas de reorganização da oferta, mudando perfis de hospitais da rede própria e mudando as lógicas de compras de serviços a rede

conveniada. Muitos hospitais de pequeno porte são desativados e destinados a outro uso. Surgem novas soluções gerenciais baseadas na economia de escala e de terceirização de serviços não centrais pela missão institucional (segurança, limpeza, alimentação). As carreiras profissionais são unificadas, criando condições de trabalho mais equilibradas, atraindo profissionais qualificados, montando percursos formativos comuns e reduzindo os conflitos corporativos. A informática entra de maneira significativa e o Sistema Nacional de Informação de Saúde é fortalecido e re-alinhado às novas exigências de gestão.

- **Mais racionalidade com a introdução das “Aziendas” – Empresas Sanitárias Locais (ASL)**

A inovação organizacional que mais caracteriza a reforma de 1992 é a introdução das *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) – Empresas Sanitárias Locais. A introdução desse modelo conseguiu melhorar sensivelmente a eficiência e a eficácia do SSN, preservando os princípios fundamentais da Grande Reforma de 1978. Essas bases filosóficas são evidentes nos princípios das ASL, nos quais aparece também a necessidade de reparar evidentes falhas que o modelo anterior tinha trazido, a maioria delas ligada à gestão, mas também às dimensões relativas ao cuidado.

Os princípios que norteiam as ASL, além de reiterar a centralidade do cidadão, apontam para o fortalecimento da capacidade institucional e da introdução de enfoques gerenciais inovadores, como: maior autonomia e responsabilização dos gestores e dirigentes; qualificação dos recursos humanos; aprimoramento da qualidade das prestações e dos serviços; sustentabilidade dos serviços; adoção de boas práticas de desenvolvimento institucional e inovação gerencial e tecnológica.

- **Características inovadoras das Aziendas Sanitárias**

Diversas são as características inovadoras das *Aziendas Sanitárias*. Em primeiro lugar, trata-se de uma inovação em âmbito normativo, implantando pela primeira vez no setor público de saúde o instrumento das “Empresas públicas”, que na Itália possuem personalidade jurídica, poder decisório, autonomia administrativa e patrimônio próprio, sendo financiadas pela Região respectiva.

Outra grande mudança em relação à situação anterior é a função de comando único do Diretor Geral, nomeado pelo Governo Regional, com elevado perfil técnico, que escolhe diretor de saúde e diretor administrativo de própria confiança.

Da mesma forma, para responder às complexas e articuladas exigências da sociedade, o novo modelo da ASL contempla o uso de instrumentos de prestação de conta e de responsabilização sobre resultados de saúde que aumentam clareza e transparência. A introdução do sistema de financiamento por tabela de diagnóstico – DRG⁹ para Hospitais Empresa e hospitais da rede conveniada disponibilizou um instrumento potente, assim como a acreditação dos prestadores e a contratualização das relações entre eles e o gestor. Essas inovações contribuíram para criar uma cultura institucional orientada aos resultados nas estruturas da rede hospitalar, que permitiu, em alguns casos, potencializar as sinergias e as parcerias com o setor privado.

Finalmente, o modelo empresarial viabilizou a Introdução de instrumentos gerenciais típicos das empresas privadas, que contribuíram pelo menos a tornar o sistema mais racional, mesmo que nem sempre mais eficiente e efetivo.

- **Livre escolha e competição colaborativa: quase-mercado**

A reforma de 1992 foi inovadora também porque concretizou o princípio da centralidade do cidadão, fortalecendo os mecanismos de acesso baseados na livre escolha do usuário, desde a atenção primária até a média e alta complexidade. O cidadão tem, em linhas gerais, plena liberdade de escolha dos serviços onde deseja ser atendido, sem limites territoriais de qualquer tipo. A compensação financeira é assegurada por fluxos inter-regionais gerenciados graças às informações produzidas pelo sistema nacional de informações em saúde.

9 Diagnosis Related Group

O princípio da centralidade dos usuários é preservado também pelo sistema de financiamento das ASL, que recebem *per capita*, com ajustes baseados na vulnerabilidade da população residente.

O cenário atual e os desafios futuros do SSN da Itália

Em 1999, uma nova reforma foi aprovada pelo parlamento, mas ainda não foi totalmente implementada. Apesar dos bons resultados econômicos alcançados pela segunda reforma, persistiram as grandes diferenças entre as Regiões e a necessidade de melhor integração entre as ASL, os hospitais e os serviços sociais. Assim, as disposições legais de 1999 objetivam garantir o caráter de universalidade do sistema, reduzir as desigualdades entre as regiões e ampliar a livre escolha dos usuários.

A regionalização foi fortalecida com uma maior responsabilização pelos gastos com saúde, devendo cada região evitar os déficits de orçamento, complementando o necessário para manter o equilíbrio financeiro com impostos regionais. Nesse sentido, são conduzidas pactuações entre regiões e União para contenção de gastos.

Com o aperfeiçoamento do “*managerialismo*” da reforma anterior, os gestores das “Aziende” e dos hospitais são extremamente cobrados em relação à qualidade dos serviços prestados e à eficiência no processo de alocação dos recursos. Foram impostas restrições à ocupação dos cargos dirigentes no SSN, que não devem possuir outros vínculos ou profissão liberal.

Novos temas e elementos surgem no cenário contemporâneo de gestão da saúde pública italiana. Os gestores passam a incorporar uma nova racionalidade, para além dos critérios econômicos e financeiros: os conceitos de gestão da clínica e de Medicina Baseada em Evidências – EBM passam a orientar sempre mais a definição da alocação dos recursos. Mais recentemente tem-se buscado também maior envolvimento e responsabilização dos médicos nos gastos com saúde, incentivando-se cada vez mais o uso de instrumentos de governança clínica e classificação do risco que possam gerar redução no número de consultas especializadas e procedimentos desnecessários, levando à melhor produtividade.

Permanecem ainda algumas questões e desafios para a 4ª década do SSN italiano. Entre eles, destaca-se a necessidade de aprimoramento na formação dos novos gestores públicos, o uso estratégico de instrumentos e soluções inovadoras de contratualização e terceirização, o aperfeiçoamento da APS por meio da associação dos médicos e demais profissionais de saúde em estruturas mais integradas, o gerenciamento do risco e gestão institucional do erro médico e a necessidade de maior sinergia entre ASL para pesquisa e avaliação das novas tecnologias a serem incorporadas no sistema.

REFERÊNCIAS

1. CERGAS – Centre for Research on Health and Social Care Management. Università Bocconi. Documentos diversos. Milão. Itália, 2010. Acessível em: http://portale.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Centro_CERGASit/Home
2. OASI – Observatory on Italian Health Care Management. CERGAS. Università Bocconi. OASI Annual Report on SSN 2007. Milão. Itália, 2010. Acessível em: http://portale.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Centro_CERGASit/Sanit%C3%A0+in+Italia%3A+dati+e+analisi/OASI++Rapporto+annuale+sul+SSN/
3. BERLINGUER, G; TEIXEIRA, S.M.F; SANTOS, G. A Reforma Sanitária Itália e Brasil, São Paulo, CEBES – HUCITEC, 1988.
4. FATTORE, G.; Cost-containment and reforms in the Italian National Health Service. In: Mossialos E, Le Grand J, editors. Health Care and Cost Containment in the European Union. Pg 513-546. Aldershot: Ashgate, 1999
5. FATTORE, G. Politica, aziende, professionisti, e pazienti: trent'anni di governo del Servizio sanitario nazionale. POLITICHE SANITARIE pp.173-182 Vol.9, 2008
6. FRANCE, G.; TARONI, F. The Evolution of the Health Policy Making in Italy. Journal of Health politics, Policy and Law. Vol. 30, nº 1-2, Pgs. 169- 187; February- April, 2005



CAPÍTULO 6
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÕES REFERENTES AO PROCESSO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Flávio Goulart

As presentes recomendações se baseiam em duas referências primordiais: o Pacto pela Saúde, em seu componente de gestão, como documento orientador da política de saúde contemporânea no país, e as chamadas Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), de acordo com a formulação original da OPAS.

O conceito de FESP tem sua origem no movimento coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001), cujo alcance pode ser resumido como *condições que permitem um melhor desempenho das práticas em saúde pública*, dentro do pressuposto da inclusão tanto de funções como de campos de atividade na saúde pública, já que se as funções forem bem definidas para incluir todas as capacidades requeridas para boas práticas de saúde pública, estaria, então, assegurado o bom funcionamento de cada um dos campos de ação ou áreas de trabalho nessa área.

No Brasil, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – Conass, em parceria com a OPAS e com apoio do Ministério da Saúde, realizou um amplo trabalho de aprofundamento e adaptação do conceito de FESP à situação brasileira (Conass, 2005). O pressuposto foi o de que o fortalecimento da gestão estadual do SUS poderia se dar com base nas FESP, desde que devidamente adaptadas, no que se passou a denominá-las *FESP/SUS*. Tal discussão foi bastante enriquecedora, por levar em conta a realidade brasileira, merecendo especial destaque a criação de uma FESP adicional, de número 11, denominada *Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde*, focalizada em um aspecto marcante do SUS, aliás, considerado *eixo estruturante* do Pacto pela Saúde.

Quanto ao Pacto pela Saúde, suas diretrizes relativas aos processos de descentralização e regionalização são sumarizadas a seguir:

PACTO PELA SAÚDE – CONTEÚDOS REFERENTES À REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

1. GARANTIA DOS PRINCÍPIOS DO SUS

- 1.1. Formular e implementar as políticas, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação
- 1.2. Responder, solidariamente com municípios e União, pela garantia da integralidade da atenção à saúde
- 1.3. Participar do financiamento do SUS de forma tripartite
- 1.4. Coordenar, acompanhar e avaliar a implementação dos Pactos e dos TCG

2. GESTÃO SISTÊMICA

- 2.1. Cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer reconhecimento das necessidades de saúde da população
- 2.2. Desenvolver os processos de planejamento, regulação, monitoramento, avaliação e PPI, tendo como pressuposto a identificação das necessidades de saúde da população
- 2.3. Coordenar o processo de configuração regional das redes de atenção, com participação dos municípios e foco nas relações intermunicipais
- 2.4. Organizar e pactuar com os municípios os processos de referência e contrarreferência, da atenção básica à média e alta complexidade, de conformidade com a PPI

3. APOIO À GESTÃO MUNICIPAL

- 3.1. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que assumam suas responsabilidades
- 3.2. Apoiar técnica, política e financeiramente os municípios na gestão da AB, em função dos cenários epidemiológicos, das necessidades de saúde e da articulação regional, com reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos

- 3.3. Realizar as ações de acompanhamento e avaliação da AB no âmbito do território estadual
- 3.4. Apoiar técnica e financeiramente os municípios na construção e manutenção da infraestrutura relativa à AB

4. GESTÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE

- 4.1. Promover a estruturação da política e das ações e, em conjunto com as demais esferas de governo, garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional
- 4.2. Coordenar e executar as ações da vigilância em saúde, inclusive de média e alta complexidade, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas
- 4.3. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância à saúde nos municípios, comprometendo-se em cooperar para que os mesmos re-assumam sua responsabilidade no menor prazo possível
- 4.4. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica
- 4.5. Supervisionar e coordenar as ações de prevenção e controle de doenças que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios
- 4.6. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, incluídas as de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental
- 4.7. Elaborar, pactuar e implantar a política de Promoção da Saúde, de acordo com as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional
- 4.8. Coordenar, normatizar e gerir a rede de laboratórios de saúde pública
- 4.9. Assumir a gestão e a gerência da hemorrede, além de elaborar as respectivas normas complementares de organização e funcionamento

5. GESTÃO DA REGIONALIZAÇÃO

- 5.1. Contribuir para a constituição e coordenar o processo de regionalização solidária e cooperativa, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais

e assumindo os compromissos pactuados, de acordo com as normas e pactuações vigentes

- 5.2. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando assim o PDR
- 5.3. Disponibilizar, de forma cooperativa, os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida, promovendo a equidade inter-regional
- 5.4. Participar e cumprir as respectivas obrigações técnicas e financeiras relativas aos CGR
- 5.5. Participar da formulação e execução de projetos prioritários, obedecidas as diretrizes do Plano Estadual de Saúde, bem como do PDR e do PDI com foco na região

Constata-se que as duas abordagens podem funcionar de forma complementar. Aquela possibilitada pelas FESP vai, certamente, identificar movimentos técnico-operacionais relativos ao processo de regionalização, com forte detalhamento do que se chamou de macrofunções essenciais em saúde pública, com manifestas preocupações quanto ao desenvolvimento institucional da máquina estadual de gestão em saúde, com vistas ao cumprimento das diretrizes legais relativas à regionalização. Já a utilização dos dispositivos do Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006) permitirá a avaliação dos aspectos mais globais da política de saúde, em particular quanto à garantia dos princípios constitucionais e do cumprimento dos dispositivos do Pacto, com ênfases mais destacadas nas responsabilidades das três esferas de governo (e não apenas na gestão estadual), no desenvolvimento da atenção básica como estratégia de organização do sistema de saúde e no foco em políticas e programas que fazem parte do rol atual de diretrizes de governo.

Mediante tal conjunção de diretrizes entre Pacto e FESP tornou-se possível elaborar duas séries de recomendações referentes ao processo de descentralização e regionalização da saúde, a primeira delas aplicável aos estados e a segunda aos municípios, conforme se verá adiante.

No âmbito estadual, os Gestores de Saúde devem mobilizar recursos políticos, materiais, humanos, simbólicos e financeiros para viabilizar as medidas facilitadoras e propulsoras dos processos de descentralização e regionalização da saúde em sua respectiva esfera, em comum acordo com os gestores municipais, tendo como pressuposto fundamental a identificação e a resposta às necessidades de saúde da população, nos termos dispostos a seguir:

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES DE SAÚDE DOS ESTADOS

1. Desenvolver estudos relativos à organização do território estadual em regiões administrativas em saúde (macro e micro), além de municípios polos e sedes, nos termos do Pacto pela Saúde.
2. Constituir e coordenar o processo de regionalização no estado, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais e assumindo os compromissos pactuados, de acordo com as normas e pactuações vigentes.
3. Coordenar e participar de eventos de organização e qualificação dos CGR no estado ou relativos à transformação de CIB regionais em CGR.
4. Assinar ou atualizar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão e realizar o acompanhamento dos TCG municipais.
5. Promover e coordenar processos de construção do consenso entre o conjunto dos municípios do estado, tendo como objeto a necessidade de mudança ou adaptação do modelo local de atenção à saúde aos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde.
6. Propor e participar de debates no âmbito do Conselho de Saúde e da CIB, bem como para profissionais e trabalhadores de saúde, relativos à regionalização da saúde e mudança de modelo assistencial.
7. Identificar e estabelecer fluxos da demanda populacional relativos à AB, MC e AC no âmbito estadual e interestadual, buscando a definição de redes de referência para equacionamento dos mesmos.
8. Atualizar o Plano Estadual de Saúde de forma a incorporar propostas de mudança/adaptação do modelo de atenção à saúde nos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde, com acompanhamento sistematizado e formal por parte do Gestor Estadual.

9. Realizar discussões e implantar políticas e estratégias relativas ao desenvolvimento organizacional e à capacitação interna para se adequar ao processo de mudança do modelo de atenção nos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde.
10. Promover ações voltadas para o desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, incluindo monitoramento e avaliação, tendo como temas a organização de sistemas de referência e contrarreferência; a regulação, auditoria, controle e avaliação; a implantação de centrais de regulação; o fomento à atenção básica; a organização de redes assistenciais para média e alta complexidade; o atendimento a urgência e emergência; a incorporação do geoprocessamento; o fomento ao planejamento ascendente; as inovações organizacionais no processo de trabalho das equipes de saúde, além de sua capacitação e educação permanentes; a implantação de centrais de regulação do SUS.
11. Coordenar e participar de processos integrados de planejamento, em conjunto com os gestores municipais para elaboração de PDR, PDI e PPI.
12. Divulgar propostas de programação regional junto aos profissionais e trabalhadores de saúde, além de movimentos organizados, com base microrregional.
13. Desenvolver processos de planejamento, regulação, monitoramento, avaliação e PPI, tendo como pressuposto a identificação das necessidades de saúde da população.
14. Apoiar técnica, política e financeiramente os municípios na gestão da AB, além de realizar as ações de acompanhamento e avaliação, em função dos cenários epidemiológicos, das necessidades de saúde e da articulação regional, com reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos, inclusive na construção e manutenção da infraestrutura relativa à mesma.
15. Coordenar processos de monitoramento e avaliação periódica de acesso, cobertura, qualidade e efetividade das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS Estadual.

Quanto aos Gestores Municipais de Saúde, devem esses mobilizar recursos políticos, materiais, humanos, simbólicos e financeiros para viabilizar medidas facilitadoras e propulsoras para sua inclusão nos processos de descentralização

e regionalização da saúde, em comum acordo com o Gestor Estadual, tendo como pressuposto fundamental a identificação e a resposta às necessidades de saúde da respectiva população, de acordo com as diretrizes expostas a seguir:

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS

1. Participar dos CGR de forma direta, assídua e programada.
2. Firmar e acompanhar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão.
3. Promover processos de construção do consenso, interno e externo, acerca da necessidade de mudança ou adaptação do modelo local de atenção à saúde aos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde.
4. Realizar debates no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, bem como para profissionais e trabalhadores de saúde, relativos à regionalização da saúde e mudança de modelo assistencial.
5. Identificar e estabelecer os fluxos da demanda populacional relativos à AB, MC e AC, buscando a definição de redes de referência para equacionamento dos mesmos.
6. Atualizar o Plano Municipal de Saúde de forma a incorporar propostas de mudança/adaptação do modelo de atenção à saúde nos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde.
7. Desenvolver processos de monitoramento e avaliação relativos às responsabilidades municipais no âmbito regional relativas a: atenção básica; organização de redes assistenciais para média e alta complexidade; atendimento a urgência e emergência.
8. Implementar políticas e estratégias de desenvolvimento organizacional e capacitação interna para se adequar ao processo de mudança do modelo de atenção nos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde.
9. Participar e fomentar eventos destinados à construção do consenso e ao debate de alternativas em torno das mudanças do modelo de atenção à saúde, nos termos da regionalização proposta no Pacto pela Saúde, envolvendo os demais gestores municipais no âmbito regional.
10. Desenvolver atividades voltadas para o desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, como, por exemplo, organização de sistemas de referência e

contrarreferência, regulação, auditoria, controle e avaliação e implantação de centrais de regulação

11. Participar e apoiar processos integrados de planejamento, em conjunto com o Gestor Estadual e com os outros municípios da região para elaboração de PDR, PDI e PPI.
12. Divulgar as propostas de programação regional junto aos profissionais e trabalhadores de saúde, além de movimentos organizados, com base microrregional.

REFERÊNCIAS

1. Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão de saúde nos Estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Disponível em http://www.conass.org.br/?id_area=44, Acessado em 23 de janeiro de 2011.
2. OPAS/OMS. Funções Essenciais de Saúde Pública. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/temas.cfm?CodSubTema=69&Area=Conceito>. Acessado em 12 de dezembro de 2010.

ISBN: 978-85-7967-072-5



9 788579 670725

Esse texto apresenta como ideia central o processo de regionalização, observado em seus aspectos históricos de construção desde a Constituição de 1988, das propostas atuais de construção de redes de atenção com base na APS e de uma perspectiva comparada com a experiência da Itália – país esse que passou por diversas reformas sanitárias e acumulou conhecimento e operacionalidade nesse processo.

O estudo desses casos e experiências pode nos orientar quanto aos acertos e dificuldades observados nessa jornada, possibilitando-nos ampliar horizontes e qualificar a discussão que ora se passa no Brasil.

Convidamos todos os gestores e colaboradores do SUS a ler esta obra e contribuir com seus aportes no processo de construção das redes de atenção, a fim de atingirmos o objetivo final que é a melhoria do cuidado integral, contínuo e regionalizado dos nossos cidadãos.



Ministério da
Saúde

