

A REGIONALIZAÇÃO: DESDOBRAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO?

Regionalization: a consequence of decentralization?

Ivan Charles Fonseca Chebli¹, Marcélia Guimarães Paiva², Auta Iselina Stephan-Souza³

RESUMO

Este texto aborda o arcabouço jurídico normativo da regionalização em saúde como diretriz do Sistema Único de Saúde e atende a um dos objetivos da pesquisa Estudo da Organização e Regionalização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Resgata os eventos que asseguram o processo de regionalização desde o início dos anos 80 até o presente com o Pacto pela Saúde. A questão principal do estudo é a busca do fortalecimento das condições do acesso aos serviços de saúde, respeitando os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, a fim de desenvolver sistemas eficientes.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização. Sistemas de Saúde. Descentralização.

INTRODUÇÃO

A abertura política ocorrida no Brasil, no final dos anos 70, associada à crise econômica e à crise política com o questionamento público da legitimidade do regime militar, provocou um recrudescimento dos movimentos populares, tanto de trabalhadores como de entidades representativas de interesses corporativos, dentre outros atores sociais, na defesa de reformas econômicas democráticas e que pudessem contribuir para enfrentar o grave quadro social que se configurava. Por fim, em 1985, em eleição indireta via Colégio Eleitoral, foi escolhido um presidente civil para a república brasileira, encerrando o longo período de autoritarismo militar.

ABSTRACT

This text concerns the normative legal framework in health, as a guideline from the Unified Health System (SUS) and meets one of the goals of the study: Regionalization and Organization of Medium and High-Complexity Care in the Southeast Macro-region of Minas Gerais. It reviews the events that assured the regionalization process from the early 80's to the present moment, with the Pact for Health. The main issue of this study is the search for the strengthening of access to health services, respecting the concepts of scale economy and care quality, in order to develop efficient systems.

KEYWORDS: Regional Health Planning. Health Systems. Decentralization.

O discurso reformista do novo governo mobilizava o país ao se comprometer com a superação da crise econômica e social. Na saúde, a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, permitiu que, pela primeira vez, houvesse a participação de entidades organizadas da sociedade civil, além de outros segmentos, como prestadores de serviços de saúde públicos e privados, representantes do governo e trabalhadores da saúde. As pré-conferências realizadas em todos os estados do país mobilizaram milhares de brasileiros e os relatórios finais destas etapas estaduais contribuíram para subsidiar o debate nacional no campo da saúde.

O temário da 8ª Conferência foi dividido em três eixos principais: 1) saúde como dever do Estado e direito do

¹ Ivan Charles Fonseca Chebli, Odontólogo e técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora

² Marcélia Guimarães Paiva, Analista de Sistemas da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Especialista em Pesquisa e Planejamento em Saúde Coletiva. E-mail: marcelia.guimaraes@ufjf.edu.br

³ Auta Iselina Stephan-Souza, Professora dos Mestrados em Saúde Coletiva e Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05

cidadão; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3) financiamento setorial.¹ Para Nascimento², algumas dessas propostas tinham longa trajetória de discussão no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. A definição desse temário representou uma opção pela:

[...] discussão das diretrizes da política da saúde global, que orientasse, na continuidade do debate, as discussões sobre os temas específicos. Estes, em número de 22, teriam o seu debate nacional realizado posteriormente, enfatizando a implementação da política setorial proposta naquelas ações que lhes são próprias.²

Estas propostas foram consolidadas na Constituição Federal de 1988³, marcando uma ruptura no que se relacionava à saúde, pois, na Constituição de 1967, o direito à saúde não era um direito social como passou a figurar no texto da atual. O texto da Constituição Federal de 1988 tratou ainda de traçar as diretrizes gerais de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) descritas no Artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.^{3:35}

Portanto, a descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde, entendida como um processo social que busca o deslocamento de parte do poder central hegemônico para as periferias das instituições e dos centros administrativos, assim como desloca parte substancial do controle central para os estados subnacionais, passa a ser um dos eixos estruturantes do SUS.⁴ No novo texto constitucional, a descentralização, como uma das diretrizes organizativas do SUS, remete a responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde a cada esfera de governo, devendo os entes federados (União, Estados e Municípios) compartilhar as novas tarefas de uma gestão em rede regionalizada e hierarquizada sob bases territoriais.

Estavam dadas, assim, as bases jurídico-normativas para a efetiva implantação do SUS que foi, a partir daí, sendo concretizada de maneira progressiva, regulada em pactos federativos que se materializaram através das Normas Operacionais Básicas (NOBs) publicadas como Portarias Ministeriais a partir de 1991.

Para além dos aspectos jurídico-normativos, o processo de descentralização no Brasil deve ser analisado no bojo da redemocratização do país, a partir dos anos 1980. O esgotamento do modelo autoritário expressou-se em quatro dimensões: a crise fiscal, a crise do aparelho de Estado, a crise política e a crise do modo de intervenção do Estado na economia.

Para Silva e Mendes⁵, é neste contexto que a descentralização adquire força e o movimento municipalista consegue inscrever na Constituição Federal de 1988 um novo pacto federalista, no qual todos os entes federados (União, Estados e Municípios) possuem autonomia tributária, política e administrativa, com competências constitucionais e infraconstitucionais estabelecidas.

Assim, a distribuição de poder, recursos e responsabilidades entre os entes federados e o forte viés municipalista imposto pelos constituintes geraram “[...] o fenômeno do federalismo municipal, caracterizado pelo status de membros da Federação concedido aos municípios pela repartição de recursos da União e Estados para os municípios”^{5:19}.

O avanço do processo de descentralização/municipalização e gestão descentralizada, ao longo dos anos 90, propiciou a organização e a articulação da rede de serviços:

[...] mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação e a organização de consórcios intermunicipais ou ainda por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios.⁶

Precedida de ampla discussão envolvendo os órgãos colegiados de gestão e o Conselho Nacional de Saúde, em 26 de janeiro de 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), visando superar os problemas e obstáculos que a NOB 01/96 identificou no período de sua implementação⁶ e reforçar a importância da regionalização.

A NOAS 01/2001 reconhece a diretriz organizativa de regionalização como uma estratégia fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção e, ainda, que a “experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde”⁶.

Além disso, a complexa realidade federativa brasileira e a heterogeneidade econômico-social e sanitária das unidades federadas tornam improvável:

[...] que o espaço político-administrativo de um município corresponda a uma rede regionalizada e resolutive de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.⁶

A NOAS 01/2001 estabelece ainda que a solução dos problemas de organização dos territórios sanitários não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integridade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o consequente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos⁶. Desta forma, visando promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, a NOAS 01/2001 concebeu que:

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.⁶

As estratégias adotadas para consolidar a regionalização da saúde, visando transferir o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, foram: 1) a elaboração do Plano Diretor de Regionalização e as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis, sob coordenação das Secretarias de Estado de Saúde (SES); 2) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; 3) a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

A NOAS 01/2001 estabeleceu ainda que os Planos Diretores de Regionalização (PDRs) dos Estados deveriam ser concebidos para garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados à atenção básica e também as responsabilidades mínimas de cada município, como: assistência pré-natal, parto e puerpério, dentre outras.

Os PDRs deveriam garantir, ainda, o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante os pactos entre gestores na garantia das referências intermunicipais. A NOAS 01/2001 estabelece também o Plano Diretor de Investimento como mecanismo para atender às prioridades identificadas nos PDRs para conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde e novas modalidades de habilitação de estados e municípios.

A constituição de territórios sanitários delimitados e funcionais foi estabelecida por uma subdivisão do território em Macrorregiões, Regiões de Saúde, Microrregiões e Módulos Assistenciais de acordo com as especificidades de cada unidade da federação. Essa concepção hierárquica, para Mendes⁷:

[...] decorre de uma visão do sistema de serviços de saúde como uma estrutura piramidal, organizado por níveis de atenção hierarquizados em complexidades relativas, indo da atenção primária à saúde, que seria a menos complexa, até a atenção terciária à saúde, que seria a mais complexa.^{7:33}

Outros problemas identificados dificultam a implementação da NOAS 01/2001, como os conflitos entre municípios e estados na definição do comando único em cada esfera de governo; a necessidade de habilitar os municípios sede de módulo assistencial em Gestão Plena com a assunção das responsabilidades, atribuições inerentes à Gestão Plena e da fragilidade das SES na regulação das referências intermunicipais.

Esses motivos levaram o Ministério da Saúde a reeditar a NOAS com algumas alterações sob a forma de um novo anexo da Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002⁸, a NOAS 01/2002 que contemplou reivindicações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) relacionadas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e ao fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais à explicitação de mecanismos de acompanhamento dos recursos federais, referentes ao atendimento da população não residente referenciada pela programação estadual para os polos.⁸

Entretanto, as alterações da segunda versão da Norma Operacional de Assistência à Saúde não surtiram os efeitos desejados e, para Mendes⁷, as Normas Operacionais, inclusive a NOAS 01/2002, “[...] acolheram e consolidaram o foco na oferta, quando vincularam a habilitação dos

municípios à existência física dos equipamentos de saúde em seu território”^{7:33}.

Ainda, o caráter excessivamente burocrático e cartorial das Normas Operacionais “[...] recolhe elementos do hibridismo cultural regulatório e apresenta texto extenso e complexo. O resultado final são páginas e páginas de normatização detalhada, profusão de neologismos e uma enorme burocratização”^{7:33}. Viana, Lima e Oliveira⁴, por sua vez, entendem que, apesar dos constrangimentos criados pelas demandas da política econômica, determinantes do subfinanciamento do SUS, a política de descentralização contou com forte indução estratégica pela formulação e implementação das Normas Operacionais que garantiram a criação e o fortalecimento de espaços de gestão compartilhada e de pactuação de interesse, além de neutralizar as “[...] coalizões antirreforma e aprofundar instrumentos reguladores com alto grau de consenso”^{4:499}. Entretanto, afirmam também que:

[...] as Normas Operacionais formam um conjunto contínuo, posto que, de certa forma, cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subsequente, numa tentativa ascendente de se adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento (federativo e dos prestadores). São justamente as contradições existentes nesta tríade que conformam, tencionam e desatualizam cada Norma Operacional em operação.^{4:499}

Não obstante a complexidade normativa da Portaria GM/MS nº 373, de 2002 (NOAS 01/2002)⁸, o processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão previstas por essa Portaria continuou a ser encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) até o ano de 2005, embora a Portaria GM/MS nº 2.023, de 23 de setembro de 2004⁹, que definiu que “[...] os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica [...]”⁹, tenha, em seu art. 2º, determinado a suspensão do processo de habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), conforme a NOB 01/96, e em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA), conforme a NOAS 01/2002.⁹

A mesma Portaria estabeleceu ainda como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena do Sistema Municipal, observados os requisitos exigidos pela NOAS 01/2002 para essa modalidade de gestão.

Desta forma, as novas habilitações de municípios reduziram-se bruscamente, pois a condição de Gestão Ple-

na do Sistema Municipal exigia a assunção, por parte dos municípios, do cumprimento de novas responsabilidades e atribuições vinculadas às atividades regulatórias, que a grande maioria dos municípios não possuía e não detinha capacidade institucional de desenvolver.

Até julho de 2003, haviam sido habilitados 542 municípios em GPABA e 120 em GPSM e, em dezembro de 2004, 5.560 municípios e 27 estados recebiam recursos fundo a fundo por estarem habilitados em alguma condição de gestão previstas da NOB 01/93, NOB 01/96, NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002.

Para Silva e Mendes^{5:22}, “[...] o processo de descentralização do SUS, através da devolução municipalizada, com forte centralização do financiamento na União, e sem a participação primordial dos estados [...]”, a partir da NOB 01/96, consolidou o paradigma da municipalização autárquica.

A NOAS 01/2002, segundo esses autores, pecou pelo excesso de normatividade, pela desconfiança de seus redatores no processo de descentralização e pela convicção dos mesmos sobre a supremacia dos mecanismos de planejamento e controle descentralizados. Silva e Mendes^{5:30} afirmam que a “[...] NOAS/2002 não é a responsável pela fragmentação dos serviços de saúde [...]”, pois tal fragmentação lhe é anterior, porém, ao manter a concepção de organização do SUS pela gestão da oferta na habilitação, propicia maior fragmentação ainda dos serviços, resultando em “[...] ineficiência e menor qualidade de serviços”^{5:31}.

Para esses autores, a concepção de organização dos territórios supramunicipais (módulos, microrregiões de saúde, macrorregiões) é correta e visaria, exatamente, superar a fragmentação dos serviços e a baixa qualidade decorrente da escala inadequada. Entretanto, para Mendes¹⁰, há problemas por estas razões: o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema, o mau uso dos fundamentos da regionalização, a extrema burocratização e a responsabilização difusa.

Para o Ministério da Saúde, os aspectos nucleares da NOAS 01/2002 não se efetivaram ou só aconteceram parcialmente. Dentre eles, podem ser destacados os seguintes impasses: 1- falta de iniciativa pela qualificação das microrregiões de saúde; 2- pouco interesse dos municípios pela habilitação em GPSM; 3- fragilidade dos espaços de negociação e planejamento regional; 4- excesso de instrumentos normativos: PDR, Plano Diretor de Investimento (PDI), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Termo de Compromisso, etc.; 5- discordância em relação ao papel das esferas de governo; 6- discordância em relação à forma de alocação de recursos.

E, apesar dos esforços institucionais do Ministério da Saúde e de muitas SES em estimular os municípios a se habitarem nas condições de gestão previstas na NOAS 01/2002, este conjunto de obstáculos, segundo Mendes¹⁰, inviabilizaria a efetiva implantação da NOAS 01/2002 no país.

Os Secretários de Estado de Saúde, reunidos no I Seminário do CONASS para a Construção de Consensos, em julho de 2003, definiram as prioridades a serem negociadas com o Ministério da Saúde, contemplando, basicamente, a organização, gestão e financiamento do SUS e:

[...] propuseram a elaboração de uma nova norma voltada para a construção de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS, em substituição à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002). Esta nova norma deve ser elaborada, segundo os Secretários Estaduais, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental [...].^{11:6}

Além disso, propuseram uma “[...] nova modalidade de relações intergestores com base em um Contrato de Gestão [...]”^{11:6}. O documento apresenta ainda as seguintes propostas de regionalização: 1- aprimoramento de instrumentos como PDR, PPI, PDI e também mecanismos de regulação; 2- implementação da PPI Nacional, que regule as questões de referência entre estados; 3- estabelecimento de nova norma baseada nos textos legais vigentes; 4- reafirmação da importância do espaço regional de pactuação, 5- gestão e ornamentação: observação de que o princípio ordenador do Pacto de Gestão deve estar focado no direito do cidadão de acesso universal aos serviços de saúde; 6- evolução do SUS de municipalização autárquica para a regionalização cooperativa, organizando racionalmente o sistema, por meio da cooperação técnica, da implantação das Comissões Intergestores Bipartes (Seus) regionais, sob coordenação da CIB Estadual, reunindo representantes dos estados e municípios.

Tais propostas foram incorporadas à agenda de negociações tripartite na construção de um novo pacto federativo, o que resultou na Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006¹², que instituiu o Pacto pela Saúde.

O Ministério da Saúde entendia que existia um alto grau de consenso entre os gestores sobre a necessidade de adotar novas estratégias no processo de descentralização que promovesse a integralidade e a equidade no acesso. A regionalização, prevista constitucionalmente, representa

uma dessas estratégias, ao induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas.

Mendes⁷ propõe, então, em substituição à municipalização autárquica, a consolidação de um novo paradigma, a regionalização solidária e cooperativa. O novo paradigma pressupõe a cooperação gerenciada por meio da constituição de colegiados de gestão regionais e da utilização compartilhada dos instrumentos de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde no território sanitário comum.

Neste sentido, faz-se necessária a superação da concepção hierarquizada e piramidal da organização dos serviços de saúde prevista pela NOAS 01/2002 e a conformação dos “[...] sistemas integrados de serviços de saúde [...]”^{7:48} concebidos como uma rede horizontal e integrada.

PACTO PELA SAÚDE: REVISÃO DO PROCESSO NORMATIVO DO SUS COMO INSTRUMENTO DE REFORÇO À REGIONALIZAÇÃO

O Pacto pela Saúde 2006 atende à antiga reivindicação do CONASS. Em 2003, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do Sistema Único de Saúde, com base nos consensos firmados na Carta de Sergipe - fruto do I Seminário para Construção de Consensos⁷ que reuniu os Secretários Estaduais de Saúde das 27 Unidades da Federação. Já havia consenso entre os gestores estaduais de que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país e contribuir para um modelo de atenção construído sob a égide da responsabilidade sanitária, sintonizado com os princípios do SUS e adequado à realidade de cada estado e região do país.

Os gestores estaduais propunham, ainda, que essa nova normatização integrasse ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilâncias sanitária e ambiental; que esse processo normativo reafirmasse a importância das instâncias deliberativas das CIBs e CITs e que fortalecesse o controle social.

Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde organizou uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com objetivo de iniciar o processo de discussão para a revisão normativa do SUS e estabelecer as diretrizes, os conteúdos e a metodologia de trabalho para a elaboração de propostas de pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Fizeram parte dessa oficina representantes do CONASS, do CONASEMS e do Minis-

tério da Saúde. O trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006¹², com a definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.

Em abril de 2006, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006¹³, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, e a GM/MS nº 698¹⁴, que institui a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Essas Diretrizes Operacionais reafirmam princípios, consolidam processos, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o PDR, o PDI e a PPI, e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do Sistema de Saúde no âmbito dos Estados com vistas a melhorar e a qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde.

PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida - como uma das dimensões do Pacto pela Saúde 2006 - representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS, vigente então. O Pacto pela Vida estabelece anualmente compromissos sanitários com metas e indicadores de saúde a serem perseguidos por estados e municípios. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça o movimento de gestão pública por resultados.

Vale ressaltar que o Pacto pela Vida apresenta metas nacionais que são referências e não impositivas, pois as metas estaduais devem refletir a realidade local. O que se pretende é que os Pactos não sejam meramente burocráticos, com poucos resultados sanitários. Coloca-se como necessidade imperiosa a de que as CIBs analisem a situação de saúde do Estado e definam metas e objetivos alcançáveis no período já previsto de um ano.

O consultor do CONASS Eugênio Vilaça¹⁵ observa que:

Os objetivos e as metas nacionais devem servir de bússola para que os diferentes Entes Federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos. Só quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos estar-se-ão fazendo pactos reais [...].^{15:7}

Ao fim do primeiro trimestre de um novo ano, serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso. O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades:

*Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica/ Primária.*¹⁶

As metas e indicadores pactuados para o ano de 2006 foram as seguintes:

*Reduzir, em 2006, a mortalidade neonatal em 5%; Reduzir, em 2006, em 50% a mortalidade infantil por doença diarreica e 20%, por pneumonia; Atingir a meta de menos de 1 caso de hanseníase por 10 mil habitantes em todos os municípios; Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose diagnosticados a cada ano; Reduzir em 15% a malária na região da Amazônia Legal, em 2006; Difundir a importância da atividade física; Fortalecer a atenção primária por meio da estratégia de saúde da família.*¹²

PACTO EM DEFESA DO SUS

O principal objetivo do Pacto em Defesa do SUS é levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais. O maior desafio dos gestores do SUS é convencer outros setores de que a Saúde pública precisa de mais recursos financeiros para garantir o direito do cidadão previsto na Constituição, como a integralidade e a universalidade. Frutuoso, no *Jornal Consensus*¹⁵ defende que “[...] a gestão do SUS tem se aprimorado muito, mas sem novos aportes de recursos financeiros, não conseguiremos melhorar e ampliar o acesso às ações e aos serviços de saúde para o usuário do SUS”^{15:8}.

Uma das ferramentas previstas no Pacto é a mobilização social, que tem a finalidade de:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; Alcançar, em curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a Saúde; Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; e elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.^{15:8}

PACTO DE GESTÃO

O Pacto de Gestão pretende diminuir as competências concorrentes entre os gestores do SUS quando define os papéis e as responsabilidades de cada um, fortalecendo, assim, a gestão compartilhada e solidária. Avança na regionalização e na descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes com diversidade operativa e respeito às singularidades regionais.

A assessoria do CONASS, em Nota Técnica nº 06/2006, sobre o tema, disponível no site do Conselho, ressalta que:

É o começo da desburocratização dos processos normativos do SUS, com a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e os municípios. Além disso, simplifica o sistema de financiamento público tripartite em cinco grandes blocos e estabelece relações contratuais entre os Entes Federativos.^{17:13}

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do SUS com ênfase em: 1 - descentralização; 2 - regionalização; 3 - financiamento; 4 - programação pactuada e integrada; 5 - regulação; 6 - planejamento; 7 - gestão do Trabalho e Educação na Saúde; 8 - participação e Controle Social.¹² A seguir, serão apresentados aspectos de algumas dessas diretrizes.

DESCENTRALIZAÇÃO

A proposta é de que, gradativamente, respeitadas as diretrizes e as normas pactuadas na CIT, os estados, em parceria com os municípios, nas CIBs, definam os modelos organizacionais a serem implementados de acordo com a realidade de cada estado e região do país. Vale ressaltar que, a partir de 23 de junho, segundo a Portaria GM/MS nº 598/2006¹⁸, os processos administrativos relativos à gestão do SUS serão definidos e pactuados nas CIBs, como os processos de credenciamento de serviços no SUS.

REGIONALIZAÇÃO

A regionalização é uma diretriz constitucional que orienta o processo de descentralização das ações e serviço de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. O Pacto pela Saúde estabelece novas responsabilidades para a gestão e a atenção à saúde balizadas pelos seguintes pressupostos:

1. Territorialização, que consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e

da relação da população com os mesmos, expressos por meio de dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, pela dinâmica das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença - como o próprio conceito histórico;

2. Flexibilidade, que consiste em respeitar as diversidades regionais próprias de um país com grandes dimensões territoriais como o Brasil, no processo de identificação das respectivas regiões de saúde;
3. Cooperação, que se caracteriza pela colaboração entre os gestores das três esferas de governo na implementação regional do SUS;
4. Cogestão através da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) entre gestores da saúde da região envolvida, permitindo a cooperação nas funções relativas ao planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação das ações, das estratégias e dos serviços regionais;
5. Financiamento solidário, que priorize o fortalecimento das regiões de saúde, garantindo acesso amplo às ações e serviços de saúde, reduzindo as desigualdades de oferta e iniquidades no acesso;
6. Subsidiariedade como diretriz pela qual as decisões devem ser tomadas o mais próximo possível do cidadão e não devem ser repassadas à esfera subsequente sempre que puderem ser exercidas pela esfera local. Isso pressupõe que a pactuação das ações e serviços de saúde devam estabelecer quais responsabilidades mínimas são compartilhadas, ou não, entre as esferas de gestão do SUS;
7. Participação e controle social como um princípio doutrinário do SUS.¹⁶

As regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de rede nas áreas de comunicação, infraestrutura, transporte e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local.

Para tanto, deve ser garantido o desenvolvimento da atenção básica, da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As regiões de saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados

*às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando, dessa forma, o desenvolvimento de uma “regionalização viva”*¹⁶

GESTÃO

O Pacto de Gestão reafirma a regionalização como uma diretriz do SUS. Atualmente, existem inúmeras Regiões de Saúde constituídas no país, portanto, há de se considerar os esforços já realizados na elaboração do PDR nos Estados, a partir da implementação da NOAS 01/2002.

O que se pretende é melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, a fim de desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E, ao construir uma regionalização eficaz, criam-se as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.

O Pacto não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de Região de Saúde. Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde. No entanto, para que isso ocorra, será necessário que o processo de regionalização se faça sobre territórios sanitários mais que sobre territórios político-administrativos. O que implicará o uso de metodologias que incorporem operacionalmente os conceitos de economia de escala, os fluxos viários e os fluxos assistenciais.

Da mesma forma, permanece o PDI que deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual.

A política de regionalização prevê a formação dos colegiados de gestão regionais que têm a responsabilidade de organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais. Em saúde, um território não se restringe aos limites de um município, mas pode alcançar outros municípios que tenham modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária.¹² É importante, no desenho dos limites, perceberem o grau de sentimento de pertencimento que aquela população tem sobre a região.

A Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006¹², que institui e divulga o Pacto pela Saúde, classifica as regiões como:

1) *Regiões Intramunicipais - organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade*

*populacional, como ocorre com algumas capitais. 2) Regiões Intraestaduais - compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado. 3) Regiões Interestaduais - compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a diferentes estados. 4) Regiões Fronteiriças compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais estados e a países vizinhos.*¹²

Essas regiões devem ser homologadas pela CIB ou pela CIB e CIT. Ao se definir uma região, o Pacto pela Saúde recomenda que se atente para os critérios de:

*[...] contiguidade entre os municípios; respeito às identidades sociais, econômicas e culturais; existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação adequadas entre os municípios; existência de fluxos assistenciais que considerem o desenho da região e que podem ser alterados, se necessário; resolutividade em atenção básica e parte da média complexidade; existência de parâmetros de incorporação tecnológica compatíveis com a economia de escala e acesso equânime; integralidade à atenção à saúde; pactos inter-regionais.*¹²

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais teve sua primeira versão em 2001. A versão 2003 - 2006 do PDR¹⁹, orientada pela NOAS 01/02, definiu a “[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde [...]”¹⁸.

Essa nova versão pretendeu ser um aprofundamento da organização do sistema estadual de saúde em um processo que tem como princípios, além da acessibilidade e qualidade da atenção, a economia de escopo e de escala. A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)²⁰ usa o conceito de região como a:

[...] área geográfica ou espaço constituído por um conjunto de municípios circunvizinhos, municípios estes historicamente vinculados (fluxo internações hospitalares) a um município que, por seus equipamentos urbanos e de saúde, exerce força de atração sobre os demais para a prestação de serviços que requerem maior densidade tecnológica.

No entanto, o PDR 2003/2006 não menciona que este vínculo histórico entre municípios independe de limites administrativos interpostos entre municípios ou estados.

O Plano prioriza a qualificação de microrregiões com menor número de municípios e o fortalecimento da gestão microrregional e controle social com a criação das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) e Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBM).

As diretrizes do PDR 2003/2006 são as redes assistenciais do Estado, a expansão da atenção primária e do Programa de Saúde da Família (PSF), a equidade, a racionalidade, a gerência dos recursos e o estabelecimento do PDR como subsídio para a PDI e PPI.

A REGIONALIZAÇÃO NA MACRORREGIÃO SUDESTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS: JUIZ DE FORA COMO POLO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Juiz de Fora é um polo regional de referência de serviços dentro dos parâmetros de regionalização da assistência à saúde por apresentar “[...] o papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.”⁸ O município polo é o:

*[...] que exerce força de atração sobre outros, no caso, por sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados. Na área da saúde, apresenta capacidade histórica, atual e potencial de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por serviços médico-assistenciais que, embora raros, requerem maior incorporação de tecnologia e que, portanto, requerem maior escala para garantir sua oferta com economia e qualidade.*²⁰

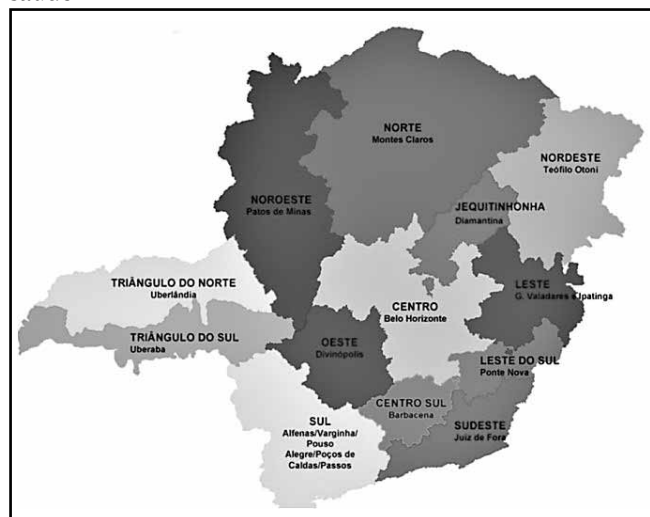
O PDR/MG estabelece Juiz de Fora como polo tanto microrregional como macrorregional. O município polo microrregional é o:

*[...] que registra maior ocorrência de internações decorrentes do fluxo de demanda oriunda da maioria dos outros da mesma microrregião; apresenta oferta da maioria dentre os serviços que caracterizam o perfil microrregional e, especialmente, concentra oferta de serviços que requerem agregação de tecnologia e, portanto, escala. Assim, nele ocorre, além dos serviços da atenção primária, oferta concentrada e organizada de serviços para o Nível Secundário de Atenção à Saúde, o nível microrregional. Polos microrregionais exercem força de atração para demanda por serviços do nível de atenção secundário, ofertando alguns poucos procedimentos de Alta Complexidade Tecnológica, mas que são de grande demanda e, ainda, inúmeros procedimentos de Média Complexidade os quais, contudo, apresentam pequenas demandas.*²⁰

Já os polos macrorregionais:

*[...] exercem força de atração para alguns serviços com oferta de procedimentos de média complexidade cuja demanda é rara e, ainda, predominantemente, força de atração para a maioria dos procedimentos de Alta Complexidade.*²⁰

Figura 1 - Mapa do PDR 2003/2006 - Macrorregiões de saúde

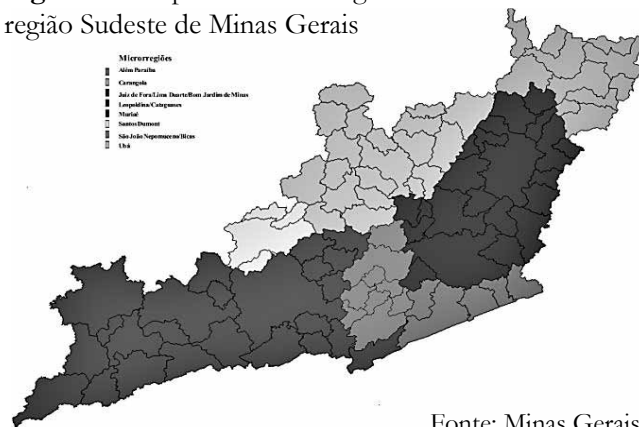


Fonte: Minas Gerais²⁰

O PDR 2003/2006 dividiu o território em 13 macrorregiões (Figura 1) e 75 microrregiões de saúde. Juiz de Fora é polo assistencial da Macrorregião Sudeste de Minas, que é composta por oito microrregiões (Mapa 2). O município conta com uma ampla rede ambulatorial e hospitalar e é referência para procedimentos de média e alta complexidade para cerca de 160 municípios.

A Macrorregião Sudeste possui 94 municípios com uma população estimada para 2006 de 1.558.495 habitantes (Figura 2). Com a criação das macrorregiões, o PDR tinha o objetivo de fazer à “[...] reversão do fluxo de alta complexidade [...]” e o “[...] controle e regulação da assistência por micro [...]”²¹. A Microrregião de Juiz de Fora é constituída por 24 municípios e possui uma população de 627.373 habitantes (Figura 3). É uma das oito microrregiões da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais e faz fronteira com o Estado do Rio de Janeiro. Juiz de Fora possui uma população de 509.125 habitantes.

Figura 2 - Mapa das Microrregiões de saúde da Macrorregião Sudeste de Minas Gerais



Fonte: Minas Gerais²⁰

Figura 3 - Mapa da Microrregião de Saúde Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas



Fonte: Minas Gerais²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de historicidade foi o fio condutor norteador do Estudo da Organização e Regionalização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais que considerou a não linearidade dos fatos e a oportunidade de elencar alguns aspectos fundamentais no tocante à regionalização.

A história da regionalização, que começa no Brasil nos anos 60, é retomada em finais da ditadura militar, inspirada em Alma-Ata e fortalecida pela Reforma Sanitária, instituindo as bases e princípios Beveridgeanos de garantia da equidade e universalidade, incorporados à Constituição Federal de 1988. A continuidade histórica nas duas últimas décadas mostra a vitalidade do conceito da regionalização e a necessidade de continuidade na busca de alternativas de mudanças, aqui propostas no sentido de alterar o alinhamento do PDR para torná-lo o mais flexível possível, por intermédio de mecanismos viáveis que não comprometam quantitativamente os gastos alocados para a região de saúde.

Todos estes aportes históricos e organizativos apontam para a intensificação de estudos que acompanhem o processo de regionalização com base na observância do princípio de descentralização. Estes aportes também sugerem a continuidade de pesquisas que tratem dos avanços e retrocessos da resolutividade do SUS. Essas pesquisas, ao estabelecerem analogias com as inovações concebidas por sistemas de saúde nacionais e internacionais, certamente irão contribuir para desatar importantes nós que ainda emperram o desenvolvimento do SUS.

REFERÊNCIAS

1. 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
2. Nascimento A. História da 8ª Conferência Nacional de Saúde: contexto histórico. [Citado em: 20 fev. 2008]. Disponível em: www.famec.br/coer/esq_artigos/04.htm.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. [Citado em: 10 jan. 2008]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_30.06.2004/CON1988.pdf.
4. Viana ALD; Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* 2002;7(3):493-507.
5. Silva MVCP, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. [Citado em: 27 jan. 2010]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf.
6. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS*. Brasília: CONASS, 2004. [Citado em: 1 dez. 2007]. Disponível <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta6.pdf>.
8. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. [Citado em: 26 set. 2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.
9. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria GM/MS nº 2.023 de 23 de setembro de 2004. [Citado em: 26 set. 2007]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2023_23_09_2004.html.

10. Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS 01/02. In: 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento, 2003, Brasília. Anais... Brasília: CONASS; 2003.
11. Jornal Consensus. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; 2004. N. 6. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/consensus06.pdf>
12. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria n° 399 de 22 de fevereiro de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
13. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria MS/GM n° 699 de 30 de março de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html.
14. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria MS/GM n° 698 de 30 de março de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0698_30_03_2006.html.
15. Jornal Consensus. Brasília: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; 2006. N. 21.
16. Ministério da Saúde. (Brasil). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília; Ministério da Saúde; 2006. 42 p.
17. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Para entender o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: CONASS; 2006. [Citado em: 16 out. 2006]. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf.
18. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria MS/GM n° 598 de 23 de março de 2006. [Citado em: 10 out. 2006]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0598_23_03_2006.html.
19. Secretaria Estadual de Saúde. (Minas Gerais). Resolução CIB n° 42 de 17 de novembro de 2003. [Citado em: 26 maio 2007]. Disponível em: www.saude.mg.gov.br.
20. Secretaria Estadual de Saúde. (Minas Gerais). Plano Diretor de Regionalização - 2003/2006. [Citado em: 16 mar. 2007]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr.
21. Stephan-Souza AI. Estudo da Regionalização e Organização da Assistência de Média e Alta Complexidade na Macrorregião Sudeste de Minas Gerais. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2005. (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Edital n. 004/2004. Projeto EDT 96/05). Projeto concluído.

Submissão: outubro de 2009

Aprovação: agosto de 2010
