



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Chioro dos Reis, Ademar Arthur; Menezes Sóter, Ana Paula; Almeida Castro Furtado,

Lumena; Souza da Silva Pereira, Silvana

Reflexões para a construção de uma regionalização viva

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1045-1054

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Reflexões para a construção de uma regionalização viva

Thoughts on the development of active regional public health systems

Ademar Arthur Chioro dos Reis ¹

Ana Paula Menezes Sóter ²

Lumena Almeida Castro Furtado ³

Silvana Souza da Silva Pereira ⁴

Abstract Decentralization and regionalization are strategic themes for reforms in the health system. This paper analyzes the complex process of health regionalization being developed in Brazil. This paper identifies that the normative framework from the Brazilian National Health System, SUS has made advances with respect to its institutionalization and overcoming the initial centrality involved in municipalization. This has strengthened the development of regionalization and the intergovernmental agreement on health but the evidence points to the need to promote a revision. Based on document analysis, literature review and the views given by the authors involved in management in SUS as well as generating radically different views, the challenges for the construction of a regionalization that is active, is debated. We also discuss: its relations with planning and the dimensioning of service networks, the production of active care networks and shared management spaces, the inter-federal agreements and regional regulations, the capacity to coordinate regional systems and financing and the impact of the political dimension and electoral cycles. Regionalization (and SUS itself) is an open book, therefore ways and possibilities on how to maintain an active form of regionalization can be recommended.

Resumo Descentralização e regionalização são temas estratégicos para reformas de sistemas de saúde. O artigo analisa o complexo processo de produção da regionalização da saúde no Brasil, construído em ato por atores com distintas concepções sobre a relação interfederativa e as regiões de saúde. Identifica que o arcabouço normativo recente do SUS avança no sentido da sua institucionalização e da superação da centralidade inicial na municipalização, fortalecendo a regionalização e o pacto intergovernamental da saúde, mas que evidências apontam a necessidade de promover sua revisão. A partir da análise documental, revisão da literatura e das reflexões dos autores, implicados com a gestão do SUS e a produção de um saber militante, discute-se os desafios para a construção de uma regionalização viva: sua relação com o planejamento e o dimensionamento da rede de serviços, a produção de redes vivas de cuidado e de espaços de gestão compartilhada, os pactos interfederativos e a regulação regional, a capacidade de coordenação do sistema regional e o financiamento, além do impacto da dimensão política e dos ciclos eleitorais. Ao compreender que a regionalização (e o próprio SUS) é uma obra em aberto, indica-se caminhos e possibilidades sobre como manter uma regionalização viva.

Palavras-chave Regionalização, Descentralização, Gestão em saúde, Sistema Único de Saúde, Rede de atenção

¹ Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, R. Botucatu 740/4º, Vila Clementino, 04023-062 São Paulo SP Brasil. arthur.chioro@unifesp.br

² Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília DF Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁴ Assessora legislativa do Senado Federal. Brasília DF Brasil.

Key words Regionalization, Decentralization, Health management, Brazilian National Health System, Primary Health Care

Introdução

O arcabouço jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) expressa o anseio de uma reforma do sistema de saúde brasileiro, tendo a regionalização como um de seus princípios, fundamentada na descentralização político-administrativa.

As políticas de descentralização, ampliação dos cuidados e a integração dos serviços de saúde constituem características significativas das recentes reformas em curso nos países industrializados¹. Movimentos reformistas, aparentemente contraditórios – descentralização de um lado e integração de outro – são na prática fenômenos interdependentes que se conjugam para induzir dinâmicas que assegurem o desenvolvimento e a perenidade dos sistemas públicos de saúde².

Muitos fatores contribuíram para a grande fragmentação das organizações de saúde, como a tendência à impermeabilidade das fronteiras profissionais (ajudada pela expansão dos conhecimentos e das técnicas) e modalidades de financiamento que geram vários subsistemas. Recentes iniciativas visando a fortalecer a integração dos serviços de saúde mostram diferenças conceituais em relação aos mecanismos adotados para sua operacionalização e aos objetivos perseguidos³.

A integração pode ser examinada por três ângulos: a redefinição das estruturas organizacionais, que pode se dar por integração vertical (redes hierarquizadas), horizontal (serviços de mesmo porte), intersetorial ou dentro de um contexto de descentralização política de responsabilidades entre distintas esferas de governo (municipalização e estadualização); a reestruturação do processo de trabalho visando à integração dos cuidados e dos serviços em redes; e, a potencialização da coerência das práticas de governança, com definição clara de responsabilidades e, consequentemente, fortalecimento da autonomia. A descentralização tem como resultado a multiplicação das áreas de decisão e de ação num sistema, a diminuição do controle da esfera central sobre as demais e parece associada, positivamente, à noção de autonomia. A integração visa a reduzir a fragmentação do sistema e garantir unidade de ação, aparecendo positivamente associada a controle e negativamente à autonomia. No plano da lógica, parece existir uma tensão entre os dois conceitos⁴.

Nos estertores da ditadura militar um forte movimento se opõe à centralização política e aposta na descentralização e no empoderamento dos entes subnacionais para a redemocratização

do país⁵, o que também se constitui como agenda da reforma sanitária, ao lado da luta pelo direito à saúde e pela diminuição das desigualdades⁶.

A constituição do SUS, em 1988, prevê a implementação de um sistema descentralizado, com a integração das três esferas de governo visando garantir ações e serviços de saúde, tendo como um de seus princípios organizativos a constituição de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços de saúde. Desde então, descentralização e regionalização têm sido temas estratégicos para a gestão do SUS.

Durante duas décadas houve grande centralidade na municipalização da saúde, induzida pelas normas operacionais dos anos 1990, em detrimento à regionalização, que colocou os municípios na condução dos sistemas de saúde, resultando em ampliação do acesso, efetivação do controle social e qualificação de cuidados. Trata-se de um processo intenso, tenso, imperfeito, construído em ato, por atores que disputam em cena projetos que tomam os princípios do SUS como referência, mas que portam distintas concepções de como deve ser produzida a relação entre os entes federados e a organização dos serviços nas regiões de saúde. É este complexo processo da regionalização da saúde e os desafios decorrentes de sua implementação que nos promos a analisar.

Métodos

Na primeira parte do artigo, utilizando-se elementos constitutivos do processo histórico de implementação do SUS, explicita-se o percurso da regionalização da saúde no Brasil. Na segunda, para além de uma narrativa histórica, análise de ciclo de uma política ou balanço de avanços, procura-se resgatar contextos, textos e tensões que possibilitem identificar e analisar os principais desafios colocados para a regionalização e o SUS.

A análise reflete o processo de acumulação e observação crítica, efetuada por sujeitos que explicitam e rejeitam, a priori, uma pretensa neutralidade científica, assumindo o caráter engajado de sua tríplice implicância com o SUS, como atores em situação de governo (gestores em distintas esferas de governo desde 1989), trabalhadores da área da Saúde Coletiva e pesquisadores com pretensão de produção de um saber militante e comprometido com o SUS⁷. Entende-se que epistemologicamente é possível tomar a política como objeto de produção de conhecimento, em particular a formulada no espaço de governo pe-

los atores que, a seu modo, reinventam-na a partir da capacidade de entendimento e operação que possuem, de suas vontades, possibilidades, limites, desejos, oportunidades⁸. Uma política definida centralmente, mas que só pode se realizar em conjunto com outros atores e em outros espaços institucionais, sendo inevitavelmente ‘escutada’ e reelaborada no âmbito regional de maneira peculiar, implantada com distintos níveis de interlocução pelos gestores em cada realidade, na interação com outros atores sociais e que, em processo, passa a assumir novas intencionalidades e conformações⁹.

Para tanto, foram revisitados decretos, portarias, documentos e publicações do Ministério da Saúde (MS) e das instituições representativas dos secretários municipais e estaduais de saúde, consultas a *sites*, teses, livros e artigos científicos relacionados ao tema.

Compreende-se a regionalização (e o SUS) como uma obra ainda em aberto, indicando alguns caminhos e possibilidades sobre como manter uma regionalização viva, trazendo a contribuição de Ball, interessado na análise de ciclos de políticas¹⁰.

Elementos constitutivos: descentralização e regionalização no SUS

O Brasil apresenta um sistema federativo constituído por três esferas de governo autônomas (a União, 26 estados e o Distrito Federal e 5.570 municípios), a princípio adequado para países marcados pela heterogeneidade e pelo respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social, mas complexo para a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, em especial quando a diversidade diz respeito a marcantes desigualdades e exclusão social.

O federalismo brasileiro, ainda “em construção” e marcado por períodos de centralismo autoritário e uma recente redemocratização, caracteriza-se pelo grau de responsabilidades atribuídas aos municípios na implementação de políticas públicas e a diversidade existente entre eles (porte, desenvolvimento econômico e social, capacidade institucional e arrecadação tributária), implicando em diferentes possibilidades de respostas.

A descentralização na saúde adquire contornos incipientes na década de 1980. As Ações Integradas de Saúde incluem as secretarias estaduais e municipais como atores relevantes na prestação

de serviços de saúde, que passam a receber recursos financeiros pela prestação de assistência ao celebrarem convênios com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essa estratégia foi aprofundada com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vigorou por pouco tempo (1987 e 1988), mas com importantes implicações para o SUS ao transferir para os estados serviços e servidores federais, além da execução de convênios com os municípios, financiados com recursos da União¹¹. A descentralização está restrita às funções de assistência, já que as de saúde coletiva continuaram centralizadas no MS. Funções de gestão, como o controle de gastos do sistema e da produção de serviços, permaneceram nos escritórios regionais do INAMPS, não sendo transferidas aos estados¹².

As leis 8080 e 8142, de 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas na década de 90 (NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96) e a Norma de Organização da Assistência à Saúde-NOAS (2001 e 2002) tiveram papel fundamental para consolidar as diretrizes da descentralização e regionalização, ao regularem aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios¹³. A ampliação de acesso aos serviços, a criação de instâncias de pactuação, a incorporação de novos atores e o fortalecimento do controle social são resultados da gestão descentralizada do SUS¹⁴.

A NOB 91, editada ainda pelo INAMPS, manteve o espírito centralista do momento anterior e reservou aos municípios e estados o papel de meros prestadores, introduzindo a lógica de pagamentos com base na tabela do INAMPS para a transferência de recursos, sem propor nenhum arranjo regional.

A NOB 93 objetivou disciplinar a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, definindo formas de gestão para estados e municípios, com ênfase na municipalização. A regionalização era entendida como articulação e mobilização municipal para se consorciar ou estabelecer relações de caráter cooperativo. Institucionalizou, ainda, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), dando centralidade, assim, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que passaram a ter um papel estratégico, junto com o MS, na condução dos processos de pactuação.

A NOB 96 teve um forte componente municipalista e explicitava, primordialmente, a conso-

lidação do pleno exercício e da centralidade dos municípios na gestão do sistema, restando aos poderes estadual e federal o papel de correspondentes, na respectiva competência ou na ausência da função municipal, cabendo ainda aos estados mediar as relações entre os municípios.

A NOAS 2001 assumiu no seu título a centralidade da regionalização: *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Deu ênfase ao planejamento regional integrado, com a instituição de um Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado. Delimitou conceitos-chaves, como o de região de saúde, a ser definida pelo estado, e tinha uma base mínima assistencial obrigatória. Reeditada em 2002, orientou a reorganização dos sistemas de saúde por meio da regionalização, buscando fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência.

Para alguns analistas a NOAS se contrapõe à municipalização com características autárquicas induzida pela NOB 96¹⁵. Outros, em contraposição, defendem que esse processo pode ser explicado pela relutância dos estados em assumir a coordenação dos sistemas regionais de saúde e em descentralizar funções assistenciais, abrindo mão da gestão dos recursos federais e da relação direta com os prestadores públicos e privados.

Em 2005, todos os estados e municípios estavam habilitados, um avanço formal que não resultou em mudanças substantivas. Mesmo assim, houveram esforços no sentido de construir um modelo federativo na saúde, com sucessivas tentativas de definição do papel de cada esfera na gestão e de criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS, como as comissões Inter-gestores¹⁶. No inicio dos anos 2000, já era inquestionável a necessidade de avançar na regionalização, superando o estágio de fortalecimento de sistemas municipais isolados e a constituição de um espaço regional de pactuação mais potente.

Neste contexto, o Pacto pela Saúde (2006) ressaltou a regionalização como estratégia essencial para consolidar o SUS, sendo responsabilidade compartilhada das três esferas de governo *coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região*¹⁷. Essa estratégia foi motivada pela necessidade de aprofundar a descentralização com novos formatos espaciais e instrumentais para o planejamento, tendo em vista a fragmentação

do SUS e que 72% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes, com reflexos no acesso, resolutividade, capacidade de gestão e financiamento. Além disso, as estratégias e os instrumentos de integração regional existentes eram de baixa institucionalidade ou restritas a arranjos colaborativos estruturados em “redes temáticas” (oncologia, cardiologia, etc.).

O Pacto introduziu estratégias de integração e articulação, procurando superar a fragmentação das políticas e programas nacionais, tendo o espaço regional como o locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas. Realignou o conceito de espaço regional, compreendendo-o como de não exclusiva jurisdição de nenhuma das esferas de governo¹⁸. A regionalização assumiu o status de processo principal de redefinição do modelo de descentralização no SUS.

Com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2010, o MS procurou recuperar o fundamento constitucional de organização do SUS como uma rede regionalizada de produção de saúde, a partir da articulação intermunicipal, interestadual e entre as três esferas de governo, do redesenho e do fortalecimento da governança. As diretrizes de organização que orientaram a constituição das RAS foram a territorialização; a reorientação do modelo de atenção, tendo a atenção básica como eixo reorientador das linhas de cuidado; a intersetorialidade; o planejamento estratégico integrado; marcos regulatórios regionais estruturados de forma a proporcionar estabilidade e unicidade ao processo decisório, tendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como instâncias de cogestão; o financiamento conjunto intergovernamental, combinando critérios de necessidades de saúde com estímulos institucionais à continuidade da atenção, compartilhamento de responsabilidades e desempenho no cumprimento dos objetivos e metas fixadas; unificação dos processos decisórios dos investimentos, materializados nos Planos Diretores de Investimentos; e a participação e o controle social.

O Decreto Federal 7.508/11 busca conferir empoderamento legal ao processo de articulação interfederativa. Coloca a RAS como elemento importante para a organização dos serviços na região de saúde e garantia da integralidade, além de ratificar a concepção de região de saúde introduzida pelo Pacto. Institui o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), um acordo firmado entre os entes federativos para organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde,

critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização. Um instrumento jurídico que explicita os consensos e compromissos pactuados pelos gestores em cada região, inclusive a alocação de recursos pelas três esferas de governo, que aumentaria a segurança administrativa ao vincular os entes signatários ao cumprimento de responsabilidades definidas num documento formal.

A despeito disso, a pontuação dos dispositivos do Decreto no âmbito da CIT, a implantação das redes (Cegonha, Atenção às Urgências, de Atenção Psicossocial, de Cuidado às Pessoas com Deficiência e de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas), a instituição de incentivo financeiro de custeio aos Estados para a implementação e o fortalecimento das CIR e do planejamento do SUS foram efetuadas de forma desarticulada, de tal modo que esse processo chegou aos estados e municípios dissociado, reproduzindo a tradicional fragmentação na organização dos serviços e no financiamento¹⁹.

Em junho de 2016, apenas 24 das 438 regiões de saúde existentes haviam firmado seus COAP (20 no Ceará e 4 no Mato Grosso do Sul). Entre os empecilhos para a celebração do COAP, destacam-se: dificuldade da SES em coordenar o processo; hipertrofia do papel do COAP em detrimento do processo de planejamento regional; complexidade do instrumento; financiamento insuficiente, disperso e inadequado para implantação dos sistemas regionais; planejamento dissociado do financiamento; baixa participação dos profissionais de saúde no planejamento; e dificuldade na mudança dos processos de trabalho e pouco impacto no atendimento ao usuário²⁰.

O arcabouço normativo recente do SUS procurou institucionalizar a regionalização e fortalecer o pacto intergovernamental, mas evidências demonstram que esse processo precisa ser repensado. Mais de 90% das Regiões de Saúde não assinaram o COAP, indicando o não atingimento dos resultados pretendidos. Auditoria do TCU aponta que as regiões de saúde não configuraram maior integração na organização e na prestação de ações e serviços de saúde e conclui que *a vinculação de transferências financeiras a parcelas fractionadas na forma de diversos incentivos [...] pode gerar uma série de efeitos negativos para o processo de regionalização [...]*²¹.

Problemas e desafios para a regionalização da saúde

O SUS é considerado como a reforma setorial da saúde mais importante no cenário mundial nos últimos anos. É indiscutível a ampliação do acesso e outros avanços na produção de mais saúde. A distância, entretanto, entre o ideário e a representação prática é evidente. Entre os desafios para o SUS ser efetivamente implementado, destaca-se a necessidade de avançar na regionalização.

O Decreto 7.508/11 deu status legal às regiões de saúde que vinham sendo construídas por pontuação. Atualmente, existem 438 regiões de saúde, todas com sua CIR. Cabe analisar, entretanto, como a regionalização tem ajudado a garantir mais acesso e qualidade. A simples existência das regiões de saúde e dos espaços regionais de gestão não garante um processo vivo e potente de regionalização. Sem a pretensão de esgotá-los, procura-se aqui identificar e analisar os principais desafios para uma efetiva regionalização da saúde, central para a consolidação do SUS.

Regionalização, planejamento e dimensionamento da rede de serviços

Não contamos com processos de planejamento regional que sirvam como instrumento de definição e ordenamento do SUS. A rede de serviços é ainda insuficiente e desorganizada. Sua expansão se dá, invariavelmente, por decisões tomadas por um ente isolado, que apresenta, posteriormente, de forma desarticulada, demandas por recursos de custeio direcionados ao governo federal. Trata-se de uma “expansão errante”, que não considera o planejamento e a pontuação regional necessários para a sustentabilidade do sistema. A comunicação à CIR ocorre de forma cartorial. É indispensável a tarefa de planejar os sistemas regionais a médio e longo prazos, desenhando um plano estadual, de base regional, que aponte a necessidade de novos serviços, ampliações, reestruturação e até mesmo o fechamento de serviços que se tornaram anacrônicos e insustentáveis, tendência observada em vários países. Produzir o planejamento regional sustentável, com previsão de recursos de custeio e de investimento (que não tome como referência apenas séries históricas) torna-se imprescindível, envolvendo a participação de governadores e prefeitos, do legislativo, gestores, serviços, equipes e usuários, articulando de forma integrada os recursos das três esferas de governo.

Estava em curso, no âmbito do MS, a construção de uma ferramenta de Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde que, a partir de parâmetros de necessidade, se dedicaria a apoiar os atores em cada região na identificação de necessidades, prioridades e programação da rede de cuidados, prospectando um plano de custeio e investimentos. Um dispositivo que só terá potência, entretanto, dentro de um processo amplo de priorização do planejamento regional com base no global do SUS a curto, médio e longo prazos, definindo o papel de cada serviço na rede regional de cuidados. Produzir o espaço regional como protagonista deste processo de planejamento, mais do que um pressuposto, tem que ser uma aposta da gestão para todos os atores envolvidos.

Regionalização e a produção de redes vivas de cuidado

A construção de redes vivas de cuidado que coloquem em conexão os vários serviços existentes nos territórios, produzindo o encontro de trabalhadores e usuários, com potência para elaborar e executar projetos terapêuticos singulares, é um dos objetivos centrais e um dos maiores desafios da construção regional. Requer ir além da estruturação da rede física e de regras de acesso e uso, e considerar a dinâmica micropolítica da rede de cuidados²², que desafia os espaços de gestão do SUS e pede um olhar singular regionalizado. Para isto o debate sobre necessidades em saúde deve ser central na agenda dos espaços de gestão compartilhada regional.

É necessário pactuar e implementar um processo de efetivo apoio aos territórios, como o que vinha sendo produzido com a reordenação da estratégia de apoiadores do MS, criando espaços de reflexão sobre o processo de cuidado e de diálogo permanente entre os serviços, que possibilitem a construção de projetos terapêuticos de forma viva entre os vários pontos da rede. Não é possível avançar sem envolver trabalhadores da saúde e dos movimentos sociais, o que exige interlocução para além das equipes de gestão e dos espaços formais de controle social. A legitimidade do sistema será diretamente proporcional à capacidade de fazer junto, de criar espaços permanentes de diálogo, com criatividade e autonomia dos envolvidos. É preciso (re)encantar trabalhadores e atores sociais para o projeto de SUS.

A produção de espaços regionais de gestão compartilhada e de processos de gestão singulares

Para que os espaços regionais possam dar conta das várias apostas a eles atribuídas torna-se necessário sua produção ativa. Os três entes federados apresentam-se com autonomia, mas com diferentes potências no cotidiano. O desenho interfederativo brasileiro, único e arrojado, não veio acompanhado de um processo de descentralização do poder para as regiões. Não houve uma reforma tributária que desconcentrasse efetivamente o recurso financeiro para os entes subnacionais, compatível com a magnitude das transferências de atribuições. Além disso, a operacionalização do SUS exige a realização de responsabilidades concorrentes e um alto nível de concertação entre os três entes.

A representação regional do estado e a parcela dos gestores municipais de saúde ainda hesitam em reconhecer e priorizar a CIR enquanto espaço de produção da regionalização. Poucos participam ou administram burocraticamente as demandas que compõem a pauta de discussão, tratando a maioria dos processos de pactuação de forma cartorial e fragmentada.

Devem-se considerar as diferentes capacidades gestoras entre os vários municípios e as representações regionais dos estados e a fragilidade do processo de formação destes atores. Assim, torna-se imprescindível investir na ampliação da caixa de ferramentas das equipes gestoras, considerando as especificidades de cada território, que permita construir um projeto de gestão singular para cada uma das 438 regiões. Trata-se, talvez, de um dos mais ambiciosos e necessários desafios para o SUS, quando se observa a predominância de pequenos municípios que só podem garantir acesso integral aos seus cidadãos na perspectiva da regionalização.

Em outro polo, mas ainda na perspectiva de singularização do processo de gestão regional, um desafio especial que se impõe é a situação das “cidades-estado” (São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Brasília). Não haverá sucesso e consolidação do SUS sem que se estabeleçam processos de gestão singulares, com regiões intramunicipais, quando couber, e arranjos adequados às suas necessidades.

A produção de mais potência na gestão regional depende do investimento na micropolítica das relações, na perspectiva dos encontros que acontecem em cada território. É preciso mergulhar no campo micropolítico, das relações de

poder, para compreender como se constroem e redesenhar as estratégias, influenciar na potência dos arranjos institucionais, cenário onde os atores se produzem, em ato, evidenciando que é nesse campo relacional (e não no da expectativa normativa) que a CIR real é produzida. O funcionamento das CIR tem se demonstrado vital para o processo de cogestão e consolidação do SUS^{23,24}.

Esta atuação permitiu a constituição de uma arena política permanente de disputa de projetos, onde se dá a construção de novas hegemonias²⁵, em relações de poder que se confrontam no processo de formulação de políticas e que se impõe como potência. As CIR podem se constituir enquanto espaços efetivos onde gestores viabilizem *um agir nos processos, seja de formulação de projetos, como campo de construção das intencionalidades dos sujeitos, seja de decisão sobre a direcionalidade de políticas*²⁶.

Das Redes Temáticas às Redes de Atenção à Saúde

A produção de cuidados integral em redes regionais exige enfrentar a herança dos programas e projetos verticais e a lógica de portarias e incentivos específicos, padronizados para um país de dimensão continental e heterogêneo. Uma gestão regional orientada pela atenção básica e para o cuidado integral ao usuário (em rede), não pela lógica da oferta de procedimentos, serviços e de “redes específicas”, deve superar a imposição de agenda a partir da lógica dos prestadores.

Tão importante como pactuar é produzir a “internalização” das redes junto aos trabalhadores e serviços que a compõem, com um processo de educação permanente, sem o qual ficarão restritas à mera dimensão cartorial, utilizadas tão somente para habilitar serviços e à captação de recursos.

É preciso avançar na superação do gargalo representado pela atenção especializada no SUS e repactuar dispositivos que orientem o acesso a consultas, exames e terapêuticas a partir de módulos integrais de cuidado, enfrentando a excessiva medicalização. Um jeito de cuidar orientado pelas necessidades de saúde e a possibilidade de um cuidado integral e interdisciplinar, deve ser construído junto com os usuários e para também produzir mais autonomia e vida.

A fragilidade dos pactos interfederativos

Os pactos têm sido estabelecidos como instrumentos burocráticos, com baixa responsabilização dos gestores e pouca permeabilidade

ao controle social, muitas vezes para cumprir exigências formais e captar recursos, sem consequências resultantes da sua não observância. Nem as instâncias de controle interno e externo da administração pública e de controle social do SUS acabam utilizando estes instrumentos. A aposta de que o COAP produziria um novo regime de responsabilidades e competências não se firmou até aqui. Tramita no Congresso Nacional, desde 2003, o projeto de lei que institui a Lei de Responsabilidade Sanitária, mas há dúvidas concretas em como produzir maior grau de responsabilização e solidariedade frente às decisões e à pactuação entre os gestores. A gestão do SUS não pode se transformar no império da norma e da burocratização. Precisa simplificar a vida, facilitar a organização, a assunção de compromissos e garantir a integralidade da saúde.

A regulação regional

A produção das redes vivas, em cada região, deve vir acompanhada de uma regulação regional, edificada a partir da gestão compartilhada entre municípios e estado. A gerência do espaço de regulação pode ser tanto do estado como de um município, desde que a gestão seja submetida às decisões de uma instância de coordenação colegiada regional. É preciso novos arranjos, por exemplo, a gestão compartilhada de fila unificada para cirurgias complexas e o compartilhamento de protocolos de cuidado que responsabilizem os municípios desde a atenção básica, para exercer de fato uma regulação qualificada. Deve-se compreender as distintas dimensões da regulação (da clínica, dos serviços e do sistema), na busca de um equilíbrio entre os atores e processos existentes. Não teremos RAS sem a subordinação de todos os prestadores (estadual sob administração direta ou OSS, universitários, municipal, convencionados e contratados) ao processo de gestão compartilhada regional, sem prejuízo do comando único, com um processo dinâmico de regulação, monitoramento e avaliação.

A utilização do SUS por usuários de planos de saúde deve ser regulada e considerada para o planejamento das necessidades regionais, assim como o padrão de cobertura assistencial oferecido, o compartilhamento de prestadores (inclusive de hospitais públicos, ao arrepio da lei), a adoção de práticas de priorização do acesso de beneficiários de planos de saúde às complexidades média e alta, em detrimento dos usuários do SUS, pois incidem diretamente na organização da rede de saúde e em sua sustentabilidade.

O fortalecimento da capacidade de coordenação do sistema regional de saúde

A somatória de sistemas municipais de saúde no âmbito de uma região geográfica não produz um sistema regional, que efetivamente se constrói no processo de articulação entre os atores e os sujeitos sociais envolvidos nas diferentes esferas de governo. O fortalecimento da capacidade de coordenação regional por parte dos gestores estaduais é decisivo para a regionalização. Essa é uma das mais importantes lacunas entre as macrofunções atribuídas aos gestores estaduais, da qual depende em parte o sucesso da regionalização e do SUS²⁷.

É também necessária a contínua qualificação e o fortalecimento da capacidade de direção dos COSEMS, da sua atuação regional e do apoio técnico que possa prestar aos gestores municipais, assim como potencializar a capacidade de interlocução com outros atores sociais, como o CONASEMS, o Conselho Estadual de Saúde, o Legislativo, os movimentos sociais, etc.

A dimensão política do espaço regional e o cuidado a cada ciclo eleitoral

A conjuntura política-eleitoral, a cada dois anos, impõe o desafio de produzir a renovação administrativa, oriunda da vontade popular, sem solução de continuidade na condução de políticas públicas. A renovação das equipes de gestores, prática comum na administração pública brasileira, tende a fragilizar a pactuação regional. Aos COSEMS e à esfera estadual cabem o estabelecimento de estratégias para enfrentar essa transição, fruto da dinâmica do processo democrático, mas decisivo para a regionalização. Dar continuidade às políticas de saúde em cada mudança eleitoral é fundamental para consolidar o SUS como política de Estado.

O financiamento e a regionalização

Torna-se imperioso superar o crônico e grave subfinanciamento do setor para avançar em um sistema de base regional. A aprovação da Emenda Constitucional nº. 86/14 não resolveu o problema do financiamento da saúde. O Congresso Nacional reluta em apreciar a PEC 1/16, que destina mais recursos para a saúde, baseados nas demandas do movimento social (Saude+10). O comprometimento do orçamento municipal com saúde para muito além do mínimo obrigatório (15%) é pernicioso para a gestão equilibrada das cidades.

Continua-se observando baixa participação dos Estados no financiamento e os recursos estaduais não têm sido pactuados com os gestores municipais. Iniciativas recentes visam congelar os gastos públicos por duas décadas, apontando para a inviabilidade definitiva do SUS. Sem a perspectiva de novos recursos, torna-se inviável o planejamento e a programação regional.

É preciso retomar com vigor a mobilização e a luta pela garantia de financiamento permanente, suficiente e sustentável para o SUS, mas é preciso também democratizar o planejamento e a execução dos recursos que os governos estaduais e municipais alocam na área da saúde. É fundamental continuar a desfragmentação da transferência de recursos aos estados e municípios e financiar módulos integrais de cuidado, de base regional, como vinha sendo proposto no Mais Especialidades.

Regionalização e uma agenda para além da assistência

Para avançar na perspectiva da integralidade e da pactuação regional, é preciso se comprometer com agendas que envolvam a mudança do modelo assistencial, a promoção da saúde, as vigilâncias, a qualificação da assistência farmacêutica, a educação permanente e a formação, entre outros.

As necessidades identificadas a partir do perfil demográfico, epidemiológico e nutricional devem ganhar centralidade. Enfrentar as violências ou epidemias, por exemplo, exige uma coordenação regional compartilhada. Para além das prioridades nacionais e estaduais, deve-se estabelecer um fluxo ascendente, que parta de necessidades locais e regionais. A síntese possível deverá ser construída através da capacidade de negociação dos sujeitos envolvidos nessa arena.

Conclusão

O SUS ainda se depara com imensos desafios para garantir um sistema universal, integral, equânime e que tenha qualidade e legitimidade social. Entre esses se destacam a heterogeneidade de cada região do país, bem como a pluralidade dos arranjos territoriais que desafiam nossa capacidade gestora.

É preciso, porém, considerar o percurso histórico e o contexto em que vem sendo implementada a regionalização. Os elementos aqui apresentados apontam para um processo de

descentralização e de regionalização potente, resultante das disputas que se estabeleceram em conjunturas concretas, mas repletos de limites e possibilidades.

A regionalização assume caráter central na conformação do SUS, na medida em que produz novas institucionalidades e arranjos entre os atores que configuram a gestão dos sistemas municipais e regionais, possibilitando a oportunidade de constituir um modo diferente de formular e implantar políticas de saúde.

Entre os principais desafios do SUS destacam-se a necessidade de planejar e implementar efetivamente a regionalização, redefinir responsabilidades entre os entes federados, promover a integração entre sistemas municipais e conformar as regiões de saúde, orientados pelas necessidades da população e não pela oferta de serviços. Para tanto torna-se necessário enfrentar a fragmentação, dado que uma região é muito mais que a soma de seus municípios e sua produ-

ção requer o esforço articulado de muitos atores para conformar uma regionalização viva, papel fundamental a ser coordenado pelos governos estaduais. E enfrentar a iniquidade no acesso, mudando a lógica de financiamento e superando o pagamento por procedimentos por módulos integrais de cuidado, de base regional e sob regulação pública.

A regionalização é um campo minado por relações de força e poder, palco de disputas e alvo constante das sucessivas políticas sanitárias. Temos, portanto, que colocá-la sob perspectiva e análise crítica²⁸.

A regionalização viva requer forte investimento dos gestores para que o espaço regional possa se tornar um espaço vivo e potente de gestão compartilhada. Sem essa aposta será reduzido a um espaço formal, instituído pelas normas e sem potência para implementar um SUS de qualidade em cada região, capaz de produzir mais vida para todos os brasileiros.

Colaboradores

AAC Reis trabalhou na concepção, delineamento, metodologia, redação do artigo e revisão final da versão publicada. APM Sóter e LAC Furtado trabalharam na concepção, delineamento, redação do artigo e sua revisão crítica. SSS Pereira trabalhou na concepção, delineamento, revisão crítica e da versão publicada.

Referências

1. Rocher G. *Le Laboratoire des réformes dans la révolution tranquille, conference desjardins*. Quebec: Mc Giel University's; 2001.
2. Coglianese C, Nicolaidis K. *Securing subsidiarity: legitimacy and the allocation of governing authority*. Cambridge: John F. Kennedy; 1997.
3. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002; 2:e12.
4. Contandriopoulos D. *Criar organizações para reformar os sistemas*, 2005. [S.l.: s.n., 2005]. [acessado 2009 jan 5]. Disponível em: <http://www.colufras.umontreal.ca/pt/html/documents/criarorganizaçõesparareformar.pdf>
5. Nascimento VB. *SUS – Pacto Federativo e Gestão Pública*. São Paulo: Hucitec; 2007.
6. Furtado LAC. *O desafio da construção do comum nas máquinas de governo: o estado em disputa* [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2016.
7. Merhy EE. O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: O Desafio em Reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 21-45.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
9. Chioro dos Reis AA, Cecílio LCO. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em Debate*, 2009; 33(81):88-97.
10. Rezende M, Baptista TWF. A Análise da Política proposta por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.173-180.
11. Chioro dos Reis AA, Zioni F, Almeida ES. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 13-50.
12. Santos FP. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 31-49.
13. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política da saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):269-291.
14. Solla JJSP, Santos FP, Malta DC, Reis AT. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde*. Brasília: MS; 2002.
15. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Ed. Casa da Saúde; 2001.
16. Sóter APM. *O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco* [dissertação]. Recife: UFPE; 2009.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as diretrizes do pacto pela saúde. *Diário Oficial da União*; 23 fev.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Regionalização Solidária e Cooperativa – orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS; 2006. Série Pactos pela Saúde. Vol. 3.
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 03/16. Diretrizes gerais para implantação do Decreto 7.508/11. [acessado 2016 maio 15]. Disponível em: www.conass.org.br.
20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nota Técnica 01/16. Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP [acessado 2016 fev 13]. Disponível em: www.conass.org.br.
21. Tribunal de Contas da União (TCU). GRUPO I – CLASSE V – Plenário TC 027.767/2014-0. Relatório de Auditoria Órgão: Ministério da Saúde. Sumário: Auditoria Operacional. Governança da Pactuação do SUS. Brasília: TCU; 2014.
22. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências. *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; 52:146-152.
23. Sader E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.
24. Merhy EE. *A saúde pública como política*. São Paulo: Hucitec; 1992.
25. Cecílio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
26. Merhy EE. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
27. Chioro dos Reis AA, Gianotti E, Furtado LAC, Tubone MM, Pereira Filho FNB, Carpintero MCC. Estratégia Apoiadores: dispositivo do COSEMS-SP para qualificar a ação dos gestores municipais de saúde e potencializar o processo de regionalização. In: Peres AM, Santos MRC, Caldas MS, Dutra MJA, Fontoura PRS, Pinheiro R. organizadores. *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, COSEMS -RJ, OPAS, IMS-UERJ; 2014. p. 165-208.
28. Furtado LAC, Souza AMAF, Chioro AA, organizadores. *O Olhar municipal - Desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo*. São Paulo: Cosems-SP; 2008. Cadernos da Regionalização COSEMS/SP.

Artigo apresentado em 22/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 23/09/2016