

Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática

Management of regional health systems: from rules and regulations to democratic pacts

Juliano de Carvalho Lima¹
Wagner de Jesus Martins²
José Paulo Vicente da Silva³

¹ Doutorando em Saúde Pública/
ENSP/FIOCRUZ Bolsista da CAPES
Coordenador de Programação e Monito-
ramento/ Diretoria de Planejamento Es-
tratégico/ Fiocruz
juliano@fiocruz.br

² Mestre em Saúde Pública/ ENSP/
Fiocruz Coordenador de Planejamento/
Diretoria Regional de Brasília/ Fiocruz
wagner.martins@saude.gov.br

³ Mestre em Saúde Coletiva/ IMS/
UERJ Pesquisador da Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz
zepa@fiocruz.br

RESUMO *Pretende-se discutir a regionalização da saúde no Brasil e apresentar propostas para a reorganização da gestão de sistemas regionais de saúde. Para tanto, parte-se de uma definição de Região-Território Situado, que a considera um território complexo, no qual se articulam diferentes atores sociais, e não apenas o local onde se localizam serviços de distintos níveis de complexidade. Em seguida, apresentam-se alguns eixos que devem nortear a regionalização, destacando-se o papel das secretarias estaduais de saúde neste processo. Esta outra forma de gestão de sistemas regionalizados de atenção à saúde, elaborada a partir de estudos feitos em regiões de saúde, baseia-se menos na normatização e aposta mais na capacidade de os atores sociais organizarem a atenção à saúde a partir da construção de espaços de diálogo e de tomada de decisão conjunta.*

PALAVRAS-CHAVE: *Sistema de Saúde; SUS (BR); Descentralização; Planejamento em Saúde; Sistemas Locais de Saúde.*

ABSTRACT *This article aims at discussing the regionalization of health in Brazil and to bring out proposals for reorganizing the management of regional health systems. We start using the definition of Situated Region-Territory, which considers it a complex territory where different social actors establish relationships, and not simply a place where services of different complexity levels are located. Some points are presented in order to improve the regionalization in Brazil, among which stands out the importance of the states in this process. Through studies made in Brazilian health regions, we concluded that the management of regional health systems must be based not only on rules and regulations, but also on the capacity of social actors to organize the attention to health in that territory through dialogue spaces and joint decisions.*

KEYWORDS: *Health System; Brazilian SUS; Decentralization; Health Planning; Local Health System.*

INTRODUÇÃO

A regionalização e a hierarquização, como elementos centrais para a ampliação da qualidade dos serviços e a redução de seus custos, vêm sendo incorporadas aos estudos acadêmicos e ao arcabouço normativo do sistema de saúde do Brasil desde a metade da década de 1970. Na reforma sanitária realizada a partir da Constituição de 1988, houve uma movimentação para realizar uma ordenação das estruturas sanitárias em consonância com estas diretrizes, em um processo de reorganização do modelo assistencial. Embora a reorganização que estas idéias vêm orientando tenha avançado no decorrer da implementação do SUS, falhas relacionadas ao processo de regionalização têm se apresentado como impeditivas para o alcance dos seus princípios, como a integralidade, a equidade e a universalidade, dificultando o acesso e/ou a continuidade do tratamento das pessoas que buscam atendimento nestes serviços.

Por isso, este documento busca problematizar a regionalização da atenção à saúde no Brasil e apresentar propostas de outros modos de se conduzir este processo. O documento está organizado da seguinte forma: apresentação do histórico do processo de regionalização e breve discussão conceitual; revisão do processo de regionalização da saúde no Brasil; e discussão de uma proposta de organização da gestão da atenção regionalizada à saúde, a partir de elementos provenientes de estudos apresentados nas dissertações de mestrado dos autores (LIMA, 2003; MARTINS, 2003; SILVA, 2003).

Tal reflexão faz-se necessária uma vez que a implementação da regionalização pode esbarrar no processo de descentralização de base municipalista já em estágio avançado, e encontrará alguma resistência, produzida por incompreensão tanto dos que temem a recentralização, quanto dos que não percebem o caráter histórico e tornam rígido e estático um processo que deve ser flexível e dinâmico. Portanto, é urgente a construção de um novo olhar sobre a regionalização, mediado pela via do diálogo, já que, para a reorientação do sistema e melhoria da atenção aos usuários, nem o freio a um processo exigido pelo momento histórico nem a acelerada imposição dos servos da máxima eficiência econômica podem impor suas concepções.

BREVE HISTÓRICO E DELIMITAÇÃO CONCEITUAL

O tema da regionalização tem sido abordado sob diferentes dimensões ao longo dos séculos, desde a Roma Antiga, quando o império passou a utilizar a palavra *regione* designando área, independente ou não, subordinada a Roma. Assim, o conceito surge quando se dá a centralização do poder em um local e a extensão dele sobre uma área de grande diversidade social, cultural e espacial (CUNHA, 2000).

A queda do Império Romano representou a fragmentação regional, a descentralização do poder e a emergência do território regional enquanto estrutura de poder, surgindo, então, o feudalismo. A mais forte instituição deste período, utilizando esta configuração de poder territorial, foi a Igreja católica, que reforçou o regionalismo como base para o estabelecimento de sua hierarquia administrativa.

Com o surgimento do Estado moderno e a re-centralização do poder, novamente a questão político-regional se estabelece, derivada do problema de tomada de decisão a partir de um *locus* distanciado de áreas periféricas, em que a fragilidade do conhecimento e o domínio sobre questões de especificidade da localidade tornavam o poder central vulnerável a insatisfações políticas. É então recolocada a questão da antiguidade clássica como revela CUNHA (2000), pois se trata da relação entre centralização, uniformização administrativa e diversidade espacial, cultural, econômica e política, sobre a qual o poder centralizado deverá ser exercido.

Neste sentido, HILHORST (1975) identifica alguns critérios estruturantes utilizados para o delineamento da regionalização pretendida em processo de planejamento. São eles:

Região homogênea: baseada na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas.

Região polarizada: assume a hipótese espacial a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomeração industrial. Aqui a análise de fluxos de produção e consumo, das conexões intra e inter-regionais, assume absoluta relevância porque revela a rede e a hierarquia existentes. A região é considerada homogênea e funcionalmente estruturada.

Região de planejamento: deriva da aplicação de critérios político-administrativos, instrumentalizados na atividade de planejamento. A regionalização definida a partir deste marco representa uma intencionalidade da autoridade pública, que afirma uma compreensão do território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do Estado ou, por exemplo, da focalização das políticas públicas setoriais em determinada parte do território.

Este esquema apresenta a simplificação e a debilidade da noção de território, considerando-o um sistema fixo, passível de ser descrito e de fácil identificação das suas tendências. Ao se analisar ou delinear uma região, há de se considerar todas as dimensões caracterizadoras do recorte socioespacial. Assim, utilizada essa orientação, percebe-se a região como um acumulador espacial de casualidades sucessivas, dispostas em uma porção do espaço geográfico (CUNHA, 2000).

A noção de Território Situado elaborada por MISOCZKY (2002a) ajuda na construção de um outro olhar sobre a região, situando-a a partir: a) das relações de poder e dos conflitos existentes entre os atores que habitam o território, constituindo uma rede complexa de relações sociais; b) das acumulações e dos fluxos criados a partir da movimentação dos atores sociais no tempo e no espaço; c) da projeção da identidade dos atores sobre o território; d) da vivência dos atores sociais no território, a partir do projeto de vida de cada um; e) das imagens, representações e projetos que permitem ao indivíduo tomar consciência de seu espaço (consciência territorial).

A partir desta compreensão de Território Situado, MISOCZKY (2002a, p.85) afirma que:

não é possível compreender qualquer território sem partir das territorialidades, sem conhecer os fluxos espaciais e temporais, sem identificar as relações à distância, sem compreender as relações de poder e os interesses em disputa, sem, enfim, incorporar o movimento e a política.

Esta forma de perceber a região (Região-Território Situado) estabelece uma relação direta entre a forma e o processo de regionalização que, como mencionado por HAESBAERT (*apud* CUNHA, 2000), trans-

forma-se historicamente, criando-se e recriando-se na diversidade territorial, o que nos leva a crer que regionalizar não é eternizar uma relação espacial, mas sim estabelecer uma integração de entes culturais, políticos e econômicos, a partir dos interesses historicamente constituídos no espaço social.

Na área da saúde, a idéia de regionalização provém, de maneira mais sistematizada, do Relatório Dawson, na primeira metade do século XX na Inglaterra (RIVERA & ARTMAN, 2003), e no Brasil ganhou força a partir do Movimento da Medicina Comunitária, que acolhe o termo com maior ênfase, apostando no seu potencial para maximizar a oferta de serviços de saúde. Esta maximização se daria graças à possibilidade de se organizar a assistência regionalmente, segundo níveis de complexidade. Também o movimento dos Sistemas Locais de Saúde, em especial na abordagem do Distrito Sanitário, tomou esta diretriz como imprescindível para a efetividade e eficiência das ações de saúde.

Já em 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, consolidava-se a regionalização como fundamental na organização do sistema de saúde brasileiro. A experiência das Ações Integradas de Saúde permitia, inclusive, realizar uma análise crítica com relação à implementação daquela diretriz, ao mesmo tempo que se buscava reforçá-la enquanto estratégia assistencial (SANTOS, 1986).

A regionalização está relacionada ao processo de construção de uma suficiência para o sistema de saúde em termos de capacidade resolutiva no âmbito de uma determinada área, que pode ser constituída por um município, um conjunto de municípios ou bairros, onde determinada densidade populacional, estrutura de produção sanitária e características epidemiológicas associadas configurarão o escopo territorial.

A preocupação é racionalizar a oferta de bens e serviços gerados pelas estruturas de produção sanitárias que formam o modelo assistencial e se configuram na produção e distribuição dos bens e serviços de saúde gerados em uma área, por um determinado grau tecnológico (recursos humanos e equipamentos). Devem ser distribuídos segundo o seu nível de complexidade, articulados com os procedimentos que são necessários aos níveis da atenção à saúde, o que permite uma organização hierárquica da assistência. Esta hierarquização necessita de uma integração sistêmica das diferentes estruturas de assistência disponível na área, de maneira a viabilizar a cobertura e acesso da população a todos os bens e serviços necessários para uma atenção integral ao indivíduo.

LIMA (1999, p.9) define regionalização como *um esquema de implantação racional de serviços e ações de saúde em um espaço definido organizado e integrado dentro de disposição hierárquica, que otimize a oferta e aumente sua capacidade resolutiva sem sobreposição ou desperdício de recursos.*

RIVERA e ARTMAN (2003, p.2) também sintetizam bem a concepção de regionalização da saúde prevalente:

A regionalização é um esquema de implantação racional dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica na qual é possível uma máxima atenção nos centros primários enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente.

Como se pode observar, na área da saúde o tema regionalização está centrado na discussão sobre oferta e acesso a serviços de saúde, configurando-se enquanto uma proposta racionalizadora de organização da assistência. Tal abordagem restringe o objeto de discussão, centrando-o quase que exclusivamente nas ações de assistência à saúde. Deste modo, o componente político da regionalização fica esvaziado.

Procurando superar uma visão exclusivamente racionalizadora, centrada na discussão da oferta de serviços, assumimos uma compreensão do processo de regionalização em saúde que define o *locus* regional de modo a incorporar a região como produto e produtora da divisão social-produtiva e da dimensão das relações sociais, e não apenas o território onde se localiza e articula um conjunto de serviços de saúde de diferentes níveis de densidade tecnológica.

Apostamos, portanto, na capacidade que os atores sociais possuem de inventar maneiras de se criar, recriar e utilizar os territórios de maneira dinâmica, sem regras preestabelecidas que normatizem os meios de organização territorial. A realidade do território não se restringe à distribuição espacial de bens materiais e de fluxo de pessoas. A territorialidade é fruto das articulações de categorias como organização social, em que estão as regras de relacionamento e das configurações e formas, que são os aspectos visíveis, os arranjos ordenados de objetos que se agrupam.

Assim, a questão da regionalização se relaciona também com descentralização do poder, de responsabilidade, para os governos locais. Relaciona-se com a idéia de território, porção do espaço em que as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades rotineiras, produzindo e reproduzindo suas relações sociais, numa permanente construção material e espiritual da vida em sociedade.

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Consolidada como diretriz na Constituição Federal (CF), de 1988, a regionalização passa a ser um preceito constitucional inserido no art.198: “As ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...” (BRASIL, 1988). Essa diretriz é transposta para a Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.8080/90. No artigo 8º, se lê que: “As ações de saúde executadas pelo SUS serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em nível de complexidade crescente” (BRASIL, 1990). A regionalização torna-se assim um princípio estruturante da política de saúde do Brasil.

Já na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1993 (NOB/93), a regionalização assume um caráter social, quando se define que a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxos, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Esta Norma aponta para a necessidade de se estabelecer mudanças no federalismo brasileiro – de um caráter centralizador para um de caráter mais cooperativo.

O foco da normatização está no processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e visa, sobretudo, reformar o modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, dita assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, para um modelo de assistência integral, universalizado e equânime, regionalizado e hierarquizado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), então, assume de forma clara a característica de uma organiza-

ção social responsável pela manutenção da saúde dos habitantes do país, que deve operar de forma descentralizada, com autonomia e integração em rede hierarquizada, que deve ter sua organização baseada na regionalização.

A NOB/96 reforça a idéia do federalismo cooperativo, estabelecendo critérios de relacionamento entre as esferas de governo e as instâncias de negociação e pactuação de políticas. No entanto, pouco contribuiu para que se atue de forma regionalizada na organização dos serviços e ações de saúde.

A despeito das numerosas tentativas de se desenvolver o sistema por meio da descentralização, tendo a regionalização como estratégia, foram observados diversos entraves que repercutiram de modo negativo na qualidade da atenção à saúde. Dentre estes obstáculos, podem ser citados: a) relações intergovernamentais marcadas pela falta de integração; b) processos de habilitação freqüentemente cartoriais, que pouco informam sobre o funcionamento real e as responsabilidades assistenciais dos sistemas municipais de saúde; c) baixa capacidade de planejamento e organização funcional do sistema, em função das limitações das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) quanto às suas capacidades de planejamento e coordenação; d) desativação ou enfraquecimento dos órgãos de articulação estadual; e) limitação dos canais institucionais de integração entre Estado e sociedade civil.

Somam-se a isto os mecanismos de financiamento que, historicamente, vêm reproduzindo as desigualdades regionais e no interior dos estados. Destacam-se a falta de mecanismos mais eficientes na transferência de recursos financeiros e a insuficiente transparência nas regras para o comprometimento dos orçamentos das três esferas de governo com a política de saúde. O financiamento, com seu déficit

crônico de recursos, sua distribuição iníqua e baseada na produção de serviços (modalidade de pós-pagamento) reforçam as desigualdades regionais e a má qualidade dos serviços prestados.

A normatização promovida pelo Ministério da Saúde (MS) esvaziou o papel regulador da esfera estadual de gestão. Segundo MENDES (2001), a NOB/96 veio concorrer para a consolidação do paradigma da municipalização autárquica, hoje hegemônico na organização do SUS. Cabe salientar que o processo de 'radicalização da municipalização' dos serviços de saúde foi instituído com a edição da NOB/91. Em contraposição ao movimento ocorrido com as Ações Integrais de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nos quais a municipalização foi conduzida pelas SES, tal processo foi conduzido pelo MS.

Podia-se constatar a ausência de uma definição mais clara de responsabilidades da direção estadual do SUS. Destaca-se a perda importante nas funções de articulação e negociação que estados exerceram no período de implantação do SUS devido à lógica do repasse financeiro para o custeio das ações de saúde, que favorece a relação direta entre o nível federal e os municípios, com pouco poder de intervenção da esfera estadual na definição dos critérios utilizados (MENDES, 2001).

De acordo com FERLA e MARTINS JÚNIOR (2001), essa crise de identidade das SES está relacionada, por um lado, à sua histórica organização institucional caracterizada por forte verticalização, fragmentação, concentração de ações, baixa capacidade de articulação técnica e política do exercício da regulação. De outro, diz respeito ao financiamento, devido a sua reduzida participação no montante tributário nacional, baixa participação dos orçamentos estaduais e, conseqüentemente, uma insuficiente participação no financiamento dos sistemas estaduais de saúde.

Como desdobramento imediato desse quadro, observa-se uma frágil organização das ações e serviços supramunicipais, decorrentes em grande medida de um fracionamento dos municípios de médio porte com baixa capacidade técnica de manuseio de instrumentos legais e normativos de regulação e uma competição velada, mas muitas vezes explícita, de instituições que vêm parcialmente tomando as responsabilidades do gestor estadual, como é o caso de alguns consórcios intermunicipais de saúde (FERLA; MARTINS JÚNIOR, 2001). O principal reflexo dessa política é a insuficiência e precarização de organização regionalizada pela qual passam os sistemas estaduais de saúde.

Por mais que se reconheçam os avanços até agora alcançados com o processo de descentralização no âmbito do SUS, quais sejam: uma notável ampliação da rede de serviços (principalmente devido à participação dos municípios), além do aumento da capacidade gestora do sistema, dentre outros, muitos problemas permanecem. Ainda não foram formuladas estratégias eficientes para o reordenamento da atenção especializada, tendo em vista a grande crise verificada em todo o país nesse nível de atenção à saúde. Um sem número de pessoas perambula nas portas de hospitais e em unidades especializadas em busca de atendimento sem, entretanto, obter sucesso. No caso das emergências, a situação é ainda mais crítica, já que, principalmente nos grandes centros urbanos, muitas pessoas morrem por falta de um atendimento digno e eficaz.

Isso remete à necessidade de superação da 'fragilidade regulatória' na qual se encontram as SES, que foram conformadas ao longo do processo de 'municipalização autárquica'. Neste arranjo, "o espaço microrregional não é estruturado de forma orgânica, pois, o município expande atenção médica sem ne-

nhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências". Some-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários a perda de escala em termos de atendimento e se terá a implantação de sistemas ineficientes (MENDES, 2001).

Dessa forma, a sedimentação do modelo de municipalização autárquica tem levado os gestores municipais

à construção de um grande número de hospitais com pequeno número de leitos, (...) baixas taxas de ocupação, taxas de permanência elevadas e baixa atividade ambulatorial; baixa coordenação entre atividades ambulatoriais e hospitalares; inúmeras internações são realizadas sem encaminhamento ambulatorial e há um número significativo de internações sensíveis à atenção ambulatorial". (MENDES, 2001, p.33-34)

A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001), que se propõe a promover maior equidade e facilidade de acesso aos usuários do SUS, traz como principais estratégias a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI); o fortalecimento da capacidade de gestão pública estadual e municipal e do comando único em cada nível de governo; e o estabelecimento de novos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001). Do ponto de vista da atenção regionalizada, estabelece a organização de módulos assistenciais, microrregiões e regiões, considerando níveis de oferta de serviços. Baseia-se, portanto, em uma teoria estruturalista e funcionalista do espaço, "como se 'uma mão otimizada invisível' constituísse a hierarquia urbana" (MISOCZKY, 2002b, p.129).

A NOAS/2001 procura conferir maior racionalidade técnica, gerencial e administrativa no que diz respeito ao acesso da população aos serviços, ao aumento da resolutividade da rede e à ênfase na atenção básica, através da implantação de sistemas funcionais de saúde. Mas por meio dela o Ministério da Saúde continua a centralizar as definições de prioridades acerca dos sistemas locorregionais, com uma excessiva normatização dos meios em um país com tamanha diversidade.

A NOAS/2001 traz no seu bojo uma noção simplista de território, ignora que

há uma espacialidade contida na existência humana que está muito além do espaço banal e do gerenciamento das quadriculas do poder das organizações governamentais” (RÜCKERT; MISOCZKY, 2002, p.68).

Deste modo, reduz o processo de planejamento a uma localização de serviços no espaço geográfico, com o estabelecimento de fluxos de acordo, principalmente, com a capacidade de oferta e de produção dos serviços. Assim, tanto o território perde seu potencial explicativo, pois se resume a um conjunto de elementos (serviços) dispostos em um mapa, quanto o planejamento e a gestão perdem seu potencial para reorganizar as estratégias de atenção à saúde, pois ficam restritos a um viés normativo de definição e regulação dos fluxos de pessoas no interior do sistema. A complexidade do território está muito além da incorporação de equipamentos e de serviços de referência.

Para exemplificar, podemos utilizar as palavras de RIGHI (2002, p.43), ao referir-se uma situação no Rio Grande do Sul:

Secretários gaúchos lidam com hospitais sucateados, com assentamentos, com vastos territórios com poucos moradores, com estradas de barro, com um setor privado muito forte, com uma rede de hospitais e serviços especializados localizados nas cidades regionais quase sempre dispostos a uma referência irresponsável e fora das diretrizes do SUS, a inexistência de trabalhadores dispostos a lidar com estas diversidades.

É isto (e muito mais) que compõe as regiões de saúde. Os serviços e seus fluxos são apenas parte dele, decorrentes dos acordos, explícitos ou não, que se dão entre os atores sociais em situação.

A GESTÃO DA ATENÇÃO REGIONALIZADA: DA NORMATIZAÇÃO À PACTUAÇÃO DEMOCRÁTICA

A partir da noção de Região-Território Situado descrita antes, concebemos que se faz necessária a conformação de outros modos de gerir a atenção à saúde no âmbito regional, por meio de arranjos nos quais a região se configure em um espaço dialógico de negociação e pactuação, mantendo-se, contudo, com a SES e com os municípios, a capacidade de gestão do sistema. Os municípios são responsáveis pela saúde de seus cidadãos; para tal financiam e regulam, solidariamente com outros municípios da região e com a SES, o sistema de serviços de saúde.

Esta forma de pensar a gestão de sistemas regionalizados de saúde, a ser conduzida pelas SES, baseia-se menos na normatização apriorística e aposta na capacidade de os atores sociais organizarem a atenção à saúde a partir da construção de espaços de diálogo e de tomada de decisão conjunta. Parte do reco-

nhcimento de que há nas regiões identidades, trajetórias, interesses pessoais, movimentos sociais, e não apenas serviços de saúde com este ou aquele nível de complexidade. Compreende-se que na Região-Território Situado as coisas mudam, e mudam por ação deliberada dos atores sociais que aí atuam. A gestão, neste caso, está para além da implantação de um sistema de regulação de fluxos de usuários de acordo com o seu 'grau de complexidade'.

Entende-se que as formas de organizar a atenção à saúde são expressão das relações de contrato, de acordos explícitos ou não, entre três atores centrais: usuários, profissionais/prestadores de serviços e governo (MERHY, 2003). A gestão é entendida neste trabalho como 'um processo político de produzir contratualidades entre os diferentes atores sociais com vistas à organização das ações de saúde em função dos interesses dos usuários.'

O modo como concebemos a gestão da atenção regionalizada à saúde será abordada a partir de sete eixos que compõem de maneira central a proposta. Estes eixos foram elaborados a partir da concepção dos autores em relação a modelos de gestão e ao funcionamento do sistema de saúde, e da observação empírica de experiências de gestão de sistemas regionais de saúde, sistematizadas nas dissertações de mestrado dos autores (LIMA, 2003; MARTINS, 2003; SILVA, 2003).

1) Implementação de uma gestão cooperativa e de espaços de gestão compartilhada

Regionalizar a atenção à saúde, ao contrário do que possa parecer, implica, ao nosso ver, em radicalizar o processo de descentralização. Um dos objetivos principais da gestão seria garantir a autonomia dos municípios por meio da constituição de uma rede autônoma e democrática de tomada de decisão.

O poder de decisão concentrado mata a criatividade e a capacidade de resposta oportuna ante as mudanças da realidade e as oportunidades, e enfatiza as relações hierárquicas de dependência, ao passo que a distribuição de poder enfatiza as relações de coordenação (MATUS, 1996). Por outro lado, descentralização de poder sem uma contrapartida de responsabilidade favorece a fragmentação. Deste modo, nem centralização das decisões nas SES, nem autonomia absoluta para as Secretarias Municipais de Saúde: compartilhamento do poder da tomada de decisão acerca das questões regionais.

Segundo CAMPOS (2000), democratizar o poder é abrir espaço para que os coletivos organizados sejam unidades constitutivas da organização. Neste sentido, dois pontos são fundamentais: a *constituição de espaços regionais de comunicação e a participação no processo decisório*. É necessário estabelecer ativamente formas de comunicação e de coordenação do trabalho de vários setores e profissionais, assim como negociar o esquema de poder (RIVERA, 2003). A noção de espaços coletivos de Campos (2000) embasa esta proposta, pois traz como noção fundamental a idéia de que criar espaços que estimulem e facilitem a participação de outros agentes, que não apenas aqueles com função de direção, bem como agentes externos, é o ponto central para se organizar coletivos para produzirem "valores de uso" em saúde.

Considerando que a organização da atenção à saúde no âmbito regional envolve um conjunto de atores com autonomia entre si, e predominam relações paralelas de poder, e não hierárquicas, a implementação de arranjos organizacionais que estimulem a constituição de um sujeito coletivo e a produção de ações matriciais é um ponto fundamental. Acreditamos que estes arranjos podem tomar qual-

quer forma possível de ser construída na Região-Território Situado, sem nenhuma predefinição. As únicas condições são de que estes espaços sejam 'concretos', ou seja, 'possuam lugar e tempo'. São, portanto, 'arranjos estruturais e duradouros'. MENDES (2001), por exemplo, propõe a constituição de Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais. Nós, ao contrário, advogamos que os atores sociais que habitam e atuam na Região-Território Situado são capazes de constituir por si estes espaços.

Na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, por exemplo, foram constituídos quatro espaços regulares de comunicação e tomada de decisão conjunta: a Comissão Intergestores Bipartite Regional, o Conselho Político, o Orçamento Participativo e o Conselho Regional de Saúde, em que os dois últimos tiveram maior continuidade. Do mesmo modo, na 4ª Região de Saúde do mesmo estado, o Conselho Regional de Saúde se consubstanciou no principal espaço de pactuação e negociação da política de saúde, embora tenham sido constituídos outros espaços, como os Conselhos Gestores e Câmaras Técnicas de Acompanhamento da Gestão.

Vale lembrar que a solidariedade, que é condição para a construção de uma política regional de saúde, não deve se restringir a espaços que contemplem apenas os gestores, e sim a todos os atores que têm participado da construção da política de saúde, tais como os usuários, os prestadores e outros que compõem a sociedade civil, inclusive outros espaços e parceiros que participam da construção das políticas públicas. É esta concepção que encontramos quando as Coordenadorias Regionais de Saúde incorporam o Orçamento Participativo (OP) e os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDE) nas discussões sobre a política regional de saúde.

No estado do Rio de Janeiro observamos uma proposta de organização de Núcleos de Integração e Desenvolvimento Estratégico Regionais, que seriam compostos por representantes da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de integrar regionalmente o planejamento e a execução de ações que contribuíssem para a melhoria da atenção à saúde, fortalecendo a articulação de ações entre áreas afins, de forma a potencializar a resolutividade das atividades. No entanto, esta proposta não se sustentou devido ao pouco acúmulo de discussão no interior da própria SES/RJ.

Com a constituição de espaços de gestão compartilhada, podem ser estabelecidas redes de cooperação inter-institucionais que terão capacidade de enriquecer o tecido social de certa localidade. São fenômenos de aproximação social que permitem que se constitua uma forma de coordenação entre os atores e que será capaz de valorizar o conjunto do ambiente em que atuam.

As SES teriam o importante papel de apoiadoras e coordenadoras deste processo de constituição de espaços de gestão regional (cooperação técnica e financeira), o que significa necessidade de rearranjo destas para atuarem menos com base em normatizações programáticas, reduzindo as relações verticais para com os municípios. A assunção de uma postura mais proativa do gestor estadual, tanto do ponto de vista do incremento de recursos quanto na condução do processo de regulação, poderia alavancar a construção de novos arranjos institucionais, com potência para a construção de redes macro e microrregionais mais resolutivas e equânimes. Essa perspectiva permite vislumbrar a superação dos problemas de fragmentação dos sistemas de serviços de saúde que se reforçam diante da debilidade da capacidade de regulação das SES.

A constituição de 'equipes matriciais de apoio técnico às regiões' parece ser uma maneira de escapar das práticas normativas fragmentadoras, apostando em uma presença constante nas regiões e municípios, com o intuito de 'trabalhar com'. Na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, o principal dispositivo utilizado para assessorar os municípios na construção dos seus sistemas de saúde foi a composição de Equipes de Assessoria com a participação de pessoas de todos os setores da Coordenadoria que iam até as regiões para dar apoio técnico às questões problemáticas nos municípios.

A implementação dessas equipes deu outra dinâmica à relação municípios/ Coordenadoria, aproximando-os. O objetivo era, dentre outros, de que os municípios fossem capazes de assumir as suas responsabilidades e se tornassem mais capazes de lidar com seus problemas, contando com o apoio da Coordenadoria. Gostaríamos de destacar que este dispositivo cumpre várias funções, incluindo o de suporte/assessoria aos municípios (principal), acompanhamento e avaliação e espaço de comunicação.

2) Estabelecimento de mecanismos de controle e participação social e implementação de um sistema de prestação de contas por resultados

Uma gestão que se pretenda comprometida com os princípios do SUS deve apostar na democracia. Assim, a existência de mecanismos institucionais efetivos que permitem aos cidadãos serem esclarecidos e cobrarem o cumprimento das responsabilidades dos governantes, gerando comprometimento permanente dos dirigentes públicos em relação às necessidades da população, é parte essencial da gestão da atenção regionalizada à saúde.

Este modelo de gestão deve, portanto, estar determinado na radicalização do binômio descentralização-democratização, por meio do estabelecimento de mecanismos e tecnologias de gestão fundadas nos valores democráticos com explícita defesa dos princípios do SUS. A ênfase dada à ampliação da participação da sociedade na definição da política de saúde deve se converter, na prática, na adoção de 'dispositivos de gestão' que permitam o 'envolvimento da sociedade nas deliberações setoriais' e também possibilitem maior 'controle social' sobre a utilização dos recursos destinados à saúde.

Aqui se introduz a categoria 'participação' como elemento fundamental para a democratização política e a melhoria da efetividade das ações realizadas. Essa participação pode ser de grupos de interesses de sujeitos sociais coletivos, dos usuários segundo o propósito, mas deveria garantir a intervenção democrática dos interessados sobre um dado plano no processo de tomada de decisão, articulando a democracia de base com a democracia representativa do nível superior, assumindo um caráter dialógico que possibilitasse a cooperação na gestão pública.

Nos estudos realizados, pudemos observar a utilização de uma série de dispositivos que podem contribuir para tal objetivo. Dentre eles, destacamos: a) implantação e fortalecimento de Conselhos Regionais de Saúde; b) 'articulação com outros espaços públicos de participação social', que não exclusivamente os espaços institucionais do setor saúde; c) 'planos de aplicação' de recursos discutidos e aprovados nos Conselhos Municipais e Regionais de Saúde; d) apresentação de Relatórios de Gestão de forma regular nos Conselhos de Saúde e em Audiências Públicas; e) envolvimento dos Conselhos de Saúde nas atividades realizadas pelas Secretarias de Saúde (criação de 'câmaras técnicas' ou 'comissões

com participação de usuários', por exemplo).

Estes dispositivos, quando postos em prática cotidianamente, fortalecem as instâncias de controle social, permitem que a população conheça e se aproprie das questões fundamentais das políticas de saúde, estimulam a participação dos usuários no acompanhamento da utilização dos recursos aplicados nas diferentes unidades que fazem parte do sistema, no sentido de exigir e fazer com que se amplie a transparência na gestão no âmbito do sistema regional de saúde.

3) Organização territorial com base em arranjos criativos e dinâmicos, não atrelada a predefinições aprioristas, concorrendo para o fortalecimento do nível local na gestão do sistema, além de respeitar as vocações historicamente constituídas nos diversos municípios da região

Uma das principais críticas feitas a NOAS/2001 deve-se ao fato de ela, de certa forma, negar a possibilidade de construção territorial a partir dos atores sociais que atuam na região, o que se deve a uma visão funcionalista, que omite os componentes político, social e subjetivo do processo.

A organização territorial e dos fluxos de pessoas entre os serviços de diferentes níveis de complexidade deve, ao nosso ver, ser constituído não a partir de modelos preestabelecidos (região, microrregião, município sede), mas partindo-se das vocações de cada município que compõe o sistema.

Para esclarecer o que estamos tentando apontar, utilizaremos o exemplo da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul: Nova Palma, município com 8 mil habitantes, realizava cirurgia de hérnia para outros municípios, inclusive para Santa Maria, município de 250 mil habitantes que seria, segundo a

NOAS/2001, o município pólo regional. Conforme aquela Norma, Santa Maria (que por alguns motivos não tinha condição de fazê-lo naquele momento) deveria realizar este tipo de procedimento, uma vez que o outro município sequer está na condição de gestão plena do sistema. No entanto, Nova Palma já possuía cirurgião, anestesista, estrutura física e vontade de realizar o procedimento; então, por que não fazê-lo? Em nome de que, se este fluxo já está estabelecido e não prejudica as pessoas que precisam realizar a tal cirurgia de hérnia?

A NOAS/2001, a partir de um desenho tecnocrático do tipo ideal termina por impor restrições ao processo de pactuação, uma vez que define uma única maneira de fazer, esquecendo-se das pessoas reais, com seus interesses, angústias e sofrimentos que deveriam participar da construção da regionalização.

No modelo de gestão proposto neste trabalho, a regionalização é desenvolvida como um processo de construção coletiva conduzida pelas SES com apoio do MS, com pactuações e controle social, no âmbito das instâncias de negociação que forem inventadas. Nesse processo, as vocações regionais assim como as identidades culturais são consideradas elementos fundamentais na consolidação do SUS na região.

4) Participação das SES na cooperação financeira aos municípios

Não há, ao nosso ver, como avançar no processo de regionalização sem a participação efetiva das SES na cooperação financeira com os municípios. Esta é uma estratégia que permitiria aos estados tanto avançar no processo de descentralização quanto alcançar maior legitimidade para induzir certas políticas que se julgem importantes no âmbito estadual.

Para evidenciarmos este eixo da regionalização, optamos por deixar o exemplo do estado do Rio Grande do Sul, durante a gestão do Governo Democrático e Popular (1999-2002), falar por si.

A Municipalização Solidária da Saúde realizava repasse de recursos financeiros de maneira regular e automática, diretamente do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde. Além do caráter inovador no que diz respeito ao repasse de recurso de uma esfera estadual para as municipais, chamam a atenção nesta política a transparência, a equidade e o estímulo à descentralização e ao controle social.

A transparência, porque estabelece critérios técnicos de repasse de recurso para os municípios, em contraposição à política comum nos estados de repasse via convênio, quando nunca se sabe qual foi exatamente o critério que fez com que este município fosse contemplado e aquele não.

Estes critérios permitem a promoção de um outro princípio do SUS, o da equidade, pois favorece municípios que concentram populações nas faixas etárias menores de 14 anos e maiores de 60, que possuem taxas mais elevadas de mortalidade infantil, menos capacidade instalada, menor arrecadação própria de impostos, que utilizam maior volume de recursos próprios na saúde e consideram a saúde como prioridade por meio do Orçamento Participativo (FERLA *et al.*, 2001).

Já em relação à descentralização, o recurso repassado pelo Governo Estadual não é 'carimbado', ou seja, o município define como e onde implementar o recurso, podendo empregá-lo de acordo com a sua necessidade e realidade, diferentemente do MS, que vem liberando recursos quase que exclusivamente com destino predefinido.

Aliado a isso, exige-se dos municípios um plano de aplicação do recurso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Através do Relatório de Gestão, também aprovado pelos conselhos locais, verifica-se se o recurso foi de fato empregado naquilo que o gestor havia se comprometido diante da população. Desta maneira, além de estimular a descentralização e a autonomia, permeia o sistema do controle social.

Com esse projeto criaram-se as condições favoráveis para a construção de um processo de regionalização por meio de discussões entre os gestores municipais e as Coordenadorias Regionais de Saúde, possibilitando a elaboração do Plano Estadual de Regionalização do SUS no Rio Grande do Sul, integrando o Plano Estadual de Saúde. Esse processo evidenciou a importância da pactuação descentralizada no fortalecimento das ações do SUS do Rio Grande do Sul, gerando novos parâmetros, fluxos e delimitações territoriais supramunicipais, o que permitiu uma abordagem em planificação marcada por constantes discussões e pactuações entre o estado e os municípios.

Na esteira do processo de regionalização é possível observar que a ação intergestores propiciou o surgimento de novos arranjos assistenciais, qualificadores do sistema municipal. Nesta perspectiva de novos arranjos insere-se o projeto Saúde Solidária. Esse projeto foi concebido após o reconhecimento das dificuldades enfrentadas pela maioria dos hospitais do estado, credenciados pelo SUS.

Vários mecanismos de repasses de recursos financeiros foram criados no sentido de garantir condições mínimas para discussão e melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos municipais e estaduais, bem como pelos hospitais universitários. Foram criados critérios para o repasse

e controle desses recursos, a fim de mudar radicalmente as relações entre entes públicos e privados na garantia dos princípios do SUS. Um dos critérios que destacamos foi a criação de conselhos gestores nas unidades hospitalares vinculados aos respectivos Conselhos de Saúde.

5) Estabelecimento de mecanismos de pactuação entre gestores e prestadores de serviços na atenção especializada que geram novas formas de regulação no sistema de saúde

Não há como promover maior facilidade de acesso aos serviços de saúde no território regional, em especial aos de média complexidade, que representam um grande gargalo do sistema de saúde, sem o envolvimento daqueles que produzem os serviços na discussão com os gestores do sistema, sejam eles prestadores públicos ou privados. Por isso, a implementação de uma nova forma de regulação do sistema de saúde passa pela inserção dos prestadores de serviço nos espaços de tomada de decisão do sistema e, ao mesmo tempo, pela inserção dos gestores e da população no serviço.

Daf que três arranjos organizacionais nos parecem suficientemente fortes para ampliar a regulação dos sistemas regionalizados de atenção à saúde:

1. Garantir a *presença dos prestadores de serviço de abrangência regional nos espaços de definição de política e de gestão do sistema* como os conselhos regionais de saúde. A experiência da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul pode, mais uma vez, auxiliar na compreensão da proposta: a incorporação do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e outros prestadores no Conselho Regional de Saúde

e em outras instâncias de pactuação permitiu uma transformação na relação entre os gestores públicos do sistema e os prestadores privados, historicamente constituída na região. Eles passaram a ser inseridos no sistema, não mais em função do que se dispusessem a ofertar e das suas perspectivas de lucro, mas sim em função das necessidades locais e serviços de saúde. Na prática, essa nova cultura de regulação pública da política de saúde vinha superando diversos problemas crônicos da região, tal como longas filas de espera para o atendimento em várias especialidades. Expressão desta nova forma de regulação é que alguns procedimentos, sobretudo os que dizem respeito à regulação, controle e avaliação no SUS, como é caso das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que antes se desenvolviam à revelia dos gestores municipais, admitindo o controle direto dos prestadores de serviços, passaram a ser apropriados pelos gestores do SUS após a consolidação do processo de regionalização nessa região.

Experimentou-se na região, inclusive, uma proposta inovadora de co-gestão, que foi a participação do HUSM no Conselho Gestor do Hospital Casa de Saúde, uma instituição privada, atualmente gerida por um contrato de co-gestão com a Prefeitura Municipal de Santa Maria. Entre outras repercussões dessa ação sobre o sistema de saúde, destaca-se a proposta de implantação do sistema de referência e contra-referência regional. Esta iniciativa comprova que não há prescrições nem limites para a organização de arranjos e instrumentos de pactuação; valem aquelas que os atores sociais são capazes de construir diante da realidade que se apresenta.

2. Implantar *Comitês Gestores* para ações / serviços de caráter regional (média e alta complexidade) que apresentam maiores problemas na região. Estes comitês permitem articular os gestores e os executo-

res das ações relacionadas aos serviços especializados. Deverão contar com a presença de todos os prestadores e representantes técnicos dos municípios e estado. Esta proposta ganhou espaço na definição da Política Nacional de Atenção às Urgências. Na Portaria GM 1.864/03 são instituídos os Comitês Gestores de Atenção às Urgências, representando o

espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências (...) permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias ...” (BRASIL, 2003).

Assim como na atenção às urgências, acreditamos que a implantação de comitês gestores para ações / serviços de caráter regional (aqueles definidos pelos atores em situação) possa contribuir para a eficácia do processo de regulação, uma vez que envolve diretamente aqueles que prestam o serviço.

3. Implantar *Conselhos Gestores de Unidades de Saúde* de caráter regional, com participação dos usuários e dos governos. Assim como se propõe permear os espaços de decisão dos gestores do SUS à presença dos prestadores de serviços, estes também devem abrir espaços para a presença dos gestores e, principalmente, da população. A implantação de conselhos gestores significa o aprofundamento da democracia e a possibilidade de maior eficácia dos serviços, uma vez que permite a estes últimos entrar em contato com sujeitos com lógicas distintas (usuários, governo), escutar os “ruídos” da sociedade e confrontar seus projetos.

6) Incorporação de ferramentas sistêmicas de planejamento na ação política para possibilitar maior influência de atores sociais envolvidos nas decisões

Considerando a complexidade das Regiões-Territórios Situados, tendo em vista a diversidade de atores sociais envolvidos no processo de territorialização / regionalização da atenção à saúde, torna-se importante a adoção de ferramentas sistêmicas de planejamento que possibilitem ao mesmo tempo alcançar os fins desejados e garantir autonomia aos sujeitos em situação.

Nessa perspectiva, a utilização de metodologias dialógicas, que envolvam os diferentes atores sociais que interagem num determinado território, permitiria a constituição de análise de situação compartilhada que pode contribuir para o desenho de projetos coletivos que contenham estratégias que deverão incidir sobre a organização do sistema e a situação de saúde da população. Assim, temos apostado na possibilidade de incluir na ‘caixa de ferramentas’ a disposição dos gestores e outros atores sociais que participam na regionalização, ferramentas de planejamento que permitam a incorporação das perspectivas dos atores sociais em situação, em especial o *Planejamento Estratégico Situacional* (MATUS, 1997).

A utilização dos instrumentos de planejamento estratégico facilita o diálogo e pode ser útil não somente na construção de consensos, mas também na obtenção de produtos sistematizados destas discussões (Agenda e Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimento).

O planejamento deve considerar a apreciação situacional por meio de um diálogo entre os atores sociais. O enfoque situacional é adequado para ser aplicado em contexto de conflito de graus e tipos

diversos, como os existentes em espaços de produção social como é o SUS. MATUS (1997) diz que a situação não se limita à apreciação do presente, mas também a uma categoria para conceber o futuro. Por isso, atuar com outras ferramentas de forma complementar, como métodos prospectivos, que possibilitem trabalhar com as tendências pode ser útil, pois segundo GODET (1993, p.22) “é preciso olhar para o futuro para iluminar o presente”.

Por fim, ressaltamos que os instrumentos de planejamento a serem utilizados em cada região devem também ser produto do diálogo entre os atores sociais, não sendo nosso objetivo prescrever ferramentas de uso universal. No entanto, apostamos na potência do Planejamento Estratégico Situacional para sistemas regionalizados de atenção à saúde, uma vez que esta concepção de planejamento parte de uma negação de uma exterioridade do ator que planeja, percebendo-se que os atores do planejamento estão imersos na realidade, junto com outros atores que também planejam.

7) Articulação entre ensino-serviço-sociedade

Esta articulação seria uma prática de gestão que visa superar o desafio de integrar saberes disciplinares complexos e necessidades de demandas de saúde da população. Consideramos este um dos principais elementos constitutivos da materialização do princípio da integralidade na atenção e no cuidado em saúde, na medida que se evoca a articulação de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. Esse tipo de prática remete à necessidade de formação de um profissional de tipo novo. Desse modo, faz-se necessária a devida articulação entre ensino, serviço e sociedade, principalmente quando se considera a

relevância que possuem as universidades e outros aparelhos formadores no âmbito regional.

Tomando como exemplo a 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, percebemos que foi atribuído um caráter estratégico na formação profissional do estado na área de saúde pública. Foram descentralizadas as atividades da Escola Técnica de Saúde do Rio Grande do Sul, mediante a criação de Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva, um em cada estrutura de gestão regionalizada da SES/RS.

É importante notar que, nos cursos desenvolvidos por esses núcleos, os conteúdos propostos apresentam objetivos voltados para o desenvolvimento de novas práticas de gestão centrados na democratização de suas ações e integração entre os conhecimentos produzidos nos serviços e na universidade. Por outro lado, vale ressaltar o papel do Hospital Universitário de Santa Maria na medida que incorpora, em suas atividades de ensino, a responsabilização da organização e prestação da atenção e do cuidado na região, no âmbito do SUS. No estudo realizado ficou evidente a ampliação do papel da instituição de ensino na formulação e implementação da política de saúde regionalizada, mediante a inserção da prática em seu corpo docente na construção do sistema regional de saúde em Santa Maria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todo o esforço realizado no sentido de construir um processo de organização espacial da atenção à saúde da população segundo sua necessidade, ainda não se conseguiu ultrapassar a barreira estabelecida pela lógica do financiamento dos servi-

ços de saúde. Até aqui os modelos assistenciais se colocaram à mercê de seu sistema de remuneração, seguindo a série histórica de gastos e de produção e a capacidade instalada existente, o que significa que seu desenho atende muito mais aos interesses estabelecidos a partir da oferta de serviços.

Se a tendência é a região sanitária passar à condição de célula do sistema, torna-se fundamental a integração regional para que seja possível a realização das ações que possam atender às necessidades sanitárias da população, segundo a distribuição territorial, em um espaço social e epidemiológico dinâmico, de forma a permitir a viabilização do federalismo cooperativo.

Para que isso seja possível, deve-se buscar uma abordagem de território como espaço social, no qual os homens se articulam dialeticamente para configurar seu modo de vida e desta forma impor uma dinâmica permanente de mudanças no espaço.

A proposta de implementação e gestão da atenção regionalizada à saúde discutida neste trabalho, que se caracteriza pela horizontalidade das relações entre os entes federativos e destes com o conjunto da sociedade numa perspectiva de construção de pactos regionais pautados pela solidariedade entre esses atores, além do respeito às vocações e potencialidades locais, se contrapõe às propostas de cunho nacional, em particular à NOAS/2001.

Em função de sua baixa permeabilidade a arranjos locais e regionais que caracterizam a diversidade das experiências em nosso sistema público de saúde, ao nosso ver, e a partir das experiências estudadas, a imposição do nível federal de implantação da NOAS/2001 vem acarretando muitos transtornos, colocando em xeque a possibilidade de avanços a partir do nível local.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01*. Regionalizando a assistência à saúde aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM 1.864 de 29 de setembro de 2003*. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CUNHA, L. A. G. Sobre o Conceito de Região. *Revista de História Regional*, v.5, n.2, 2000 Disponível em: <<http://www.rhr.uepg.br/v5n2/cunha.html>>

FERLA, Alcindo; MARTINS JÚNIOR, Fernando. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.23, 2001. p.8-20.

FERLA, A. *et al.* Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.24, 2001. p.52-71.

GODET, M. *Manual de Prospectiva Estratégica: da Antecipação à Ação*. Lisboa: Dom Quixote, 1993.

HILHORST, J. *Planejamento Regional, enfoque sobre sistemas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

LIMA, J. C. *Gestão Estratégica de Sistemas de Saúde: Estudo de Caso de uma Região de Saúde à Luz da Teoria das Macroorganizações*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

LIMA, L. D. *O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras do SUS: um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro*. 1999 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

MARTINS, W. J. *A Prospectiva Estratégica e o Planejamento Estratégico Orientando Projetos de Saúde: uma Articulação Possível*. 2003 Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MATUS, C. *Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados*. São Paulo: FUNDAP, 1996.

_____. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília, DF: IPEA, 1997.

MENDES, E. V. O dilema municipalização autárquica ou microrregionalização cooperativa: por sistemas

microrregionais de saúde. In.: MENDES, Eugênio Vi-
laça. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Salvador, BA: Casa
da Qualidade, 2001. p.11-55.

MERHY, E. E.. Um dos grandes desafios do SUS: apos-
tar em novos modos de fabricar os modelos de aten-
ção. In.: MERHY, Emerson Elias. (Org.) *O Trabalho
em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Co-
tidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.15-36.

MISOCZKY, M. C. A. (Re)encontrando o espaço do
território nas estratégias de organização da atenção à
saúde. In.: MISOCZKY, Maria Ceci A., BECH, J. *Estra-
tégias de Organização da Atenção à Saúde*. Porto Ale-
gre, RS: DaCasa Editora, Programa de Desenvolvi-
mento da Gestão em Saúde – PDG Saúde, 2002a.
p.77-87.

_____. *O Campo da Atenção à Saúde após a Consti-
tuição de 1988: uma narrativa de sua produção soci-
al*. Porto Alegre, RS: Dacasa Editora, 2002b.

RIGHI, L. B. Pirâmides, círculos e redes: modos de
produzir a atenção à saúde. In.: MISOCZKY, Maria
Ceci A., BECH, J. *Estratégias de Organização da Aten-
ção à Saúde*. Porto Alegre, RS: Dacasa Editora, Pro-
grama de Desenvolvimento da Gestão em Saúde –
PDG Saúde, 2002. p.47-52.

RÜCKERT, A.; MISOCZKY, M. C. A. Território Vivido,
Território em Mutação. In.: MISOCZKY, Maria Ceci
A., BECH, J. *Estratégias de Organização da Atenção à
Saúde*. Porto Alegre, RS: Dacasa Editora, Programa
de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG
Saúde, 2002. p.59-66.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. *Regionalização em saúde e mix público-privado*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: jul. 2003.

_____. *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. São Paulo: Hucitec, 2003.

SILVA, J. P. V. *Gestão Compartilhada e a Construção da Integralidade da Atenção: Experiência da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul – Período: 1999 a 2002*. 2003 [Dissertação]. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, R. F. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento das ações integradas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.2, 1986. p. 271-273.

Recebido: Fev./2004

Aprovado: Out./2004