



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva



YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DE INTERVENÇÃO

RECIFE
2008

YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

**REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
UMA ANÁLISE DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Luciana Santos Dubeux

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R375r Reis, Yluska Almeida Coelho dos.

Regionalização da assistência à saúde: uma análise de intervenção/ Yluska Almeida Coelho dos Reis. — Recife: Y. A. C. dos Reis, 2008.

91 f.: il.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Orientadora: Luciana Santos Dubeux.

1. Regionalização. 2. Assistência à Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Dubeux, Luciana Santos. II. Título.

CDU 614.39

YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

**REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
UMA ANÁLISE DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Ms. Luciana Santos Dubeux
Orientadora -CPqAM/FIOCRUZ

Ms. Luciana Caroline Albuquerque Bezerra
Debatedora -IMIP/PE

*À minha mãe, Maria Célia,
companheira de todas as horas,
razão da minha vida e luta.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por todas as oportunidades concedidas e em especial pela possibilidade de conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, tão desejado e batalhado.

À minha família, em especial à minha mãe e minhas primas Geane e Rejane, pelo apoio concedido em todos os momentos da minha vida, especialmente pelo conforto e paciência dos últimos dias.

À minha orientadora, Luciana Dubeux, pela disponibilidade, incentivo e desejos compartilhados de enfrentar desafios e pela confiança em mim depositada.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM, em especial a Eduarda Cesse e a Gisele Campozana, por todas as escutas e palavras de incentivo.

Aos meus amigos do curso de Residência, pelas experiências e conhecimentos trocados e pelos belos e inesquecíveis momentos passados juntos ao longo desses dois anos.

A todos os funcionários da Secretaria Acadêmica, em especial a Janice e Nalvinha e aos funcionários da Biblioteca, em especial à Márcia, Mégine e Josival, pela paciência e atenção sempre me dedicadas.

À Luciana Caroline, por ter me apresentado ao campo da avaliação de serviços, políticas e programas, do qual não mais me separei e pela disponibilidade em avaliar este trabalho.

Minha gratidão a todos que se sensibilizaram e viabilizaram a concretização deste trabalho, formulado com o máximo do meu empenho e da minha paixão pelo tema.

“A diferença entre o criativo e o burocrata é que este último erra pouco, mas aquele quando acerta muda o panorama das instituições”.

Domenico de Masi

RESUMO

A regionalização da assistência à saúde se institucionaliza enquanto política num contexto de forte descentralização político-administrativa induzida pelas Normas Operacionais Básicas na primeira década de implantação do SUS. A partir desse cenário foi possível evidenciar a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e a necessidade de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função de assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas. Considerando a complexidade organizacional e gerencial do processo de regionalização e o seu atual estágio de implantação, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias para sua avaliação. Nessa perspectiva, este estudo buscou demonstrar a avaliabilidade da regionalização da assistência à saúde, através de uma análise de intervenção. Esta consiste em estudar a relação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados, interrogando sobre a adequação da teoria na qual a intervenção foi construída e sobre a capacidade dos recursos mobilizados e dos serviços produzidos para o alcance dos resultados. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: uma primeira, que buscou através da revisão de literatura e análise documental, constituir o modelo lógico da regionalização da assistência à saúde e uma segunda na qual este foi avaliado do ponto de vista da pertinência e coerência que guarda com o objetivo que a intervenção se propõe alcançar. Demonstrou-se dessa forma, que os fundamentos teóricos que norteiam a regionalização da assistência à saúde, identificados no seu modelo lógico, são suficientes para considerá-la pertinente e tecnicamente viável, sendo passível de avaliações que contribuam para o aperfeiçoamento do processo de regionalização em curso, na medida em que possibilitem identificar as fragilidades e os nós críticos de sua implantação. Espera-se assim, contribuir para um maior conhecimento dos mecanismos e processos implicados na regionalização, bem como com a elaboração de ferramentas e instrumentos de avaliação que possam oferecer aos gestores um julgamento de valor de sua implantação, gerando conclusões para a tomada de decisões importantes, que permitam promover avanços e reorganização das práticas na gestão dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Regionalização; Assistência à Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Avaliação e processos de tomada de decisão.....	22
Figura 2 -	Estrutura de uma intervenção.....	23
Figura 3 -	Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa.....	24
Figura 4 -	Encadeamento lógico das etapas de um programa.....	26
Figura 5 -	Modelo lógico simplificado da regionalização da assistência à saúde em âmbito estadual.....	55
Figura 6 -	Modelo adaptado das relações entre os fatores que permeiam a oferta de serviços de saúde.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos oficiais utilizados na constituição do modelo lógico da regionalização.....	31
Quadro 2 - Responsabilidades das esferas de gestão no tocante à regionalização, segundo o Pacto pela Saúde.....	51
Quadro 3 - Comparativo do processo de descentralização e regionalização do SUS segundo os instrumentos normativos.....	52
Quadro 4 - Apresentação do referencial normativo utilizado por componente e sub-componente da regionalização.....	54
Quadro 5 - Componente político do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual.....	60
Quadro 6 - Componente gerencial do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual.....	69
Quadro 7 - Componente técnico-assistencial do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço
CONASP	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
GED	Grupo Especial de Descentralização
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Geral.....	19
3.2 Específicos.....	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 Regionalização: Perspectivas de avaliação.....	21
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
5.1 Tipo do estudo.....	29
5.2 Etapas do estudo.....	29
5.2.1 <i>Descrição do problema e da intervenção.....</i>	29
5.2.2 <i>Elaboração do modelo lógico.....</i>	29
5.2.3 <i>Análise da coerência do modelo lógico.....</i>	32
5.3 Aspectos Éticos.....	32
6 RESULTADOS.....	33
6.1 Descrevendo o problema.....	34
6.1.1 <i>Regionalização da assistência à saúde: antecedentes históricos e normativos.....</i>	34
6.2 Descrevendo a intervenção/ programa.....	44
6.2.1 <i>Norma Operacional de Assistência à Saúde: a regionalização em foco.....</i>	44
6.2.2 <i>Um novo Pacto de Gestão: a Regionalização Cooperativa.....</i>	49
6.3 O modelo lógico da regionalização da assistência à saúde.....	53
6.3.1 <i>Componente político.....</i>	56
6.3.2 <i>Componente gerencial.....</i>	61
6.3.2 <i>Componente técnico-assistencial.....</i>	71
6.4 Análise da coerência.....	76
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	82

1 INTRODUÇÃO

A regionalização da assistência tem sido parte integrante da política de saúde no Brasil desde os anos 80, em propostas como a do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (HEIMANN, 2000), sendo definitivamente assumida enquanto diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). É contudo, após um intenso processo de descentralização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas na primeira década de implantação do SUS, que a regionalização ganha força no debate setorial, institucionalizando-se enquanto política (SOUZA, 2001).

No processo de descentralização desencadeado no país desde a década de 50, mas principalmente nas décadas de 80 e 90, houve uma inegável desconcentração, da União para os municípios, de recursos financeiros e da prerrogativa de administrar a atenção ambulatorial e hospitalar, num processo que secundarizou o papel dos estados (HEIMANN et al., 2000). A consequência negativa mais visível desse processo é a precariedade atual de sistemas regionais e estaduais de saúde, principalmente no que diz respeito à organização das ações de média complexidade. Essa forte característica municipalista que o processo de descentralização assumiu no Brasil provocou, na linguagem de Lucchese (1996), a atomização de sistemas municipais de saúde, ou municipalização autárquica, na concepção de Mendes (1998), tornando importante a reflexão sobre a descentralização regionalizada e o papel da esfera estadual na gestão do sistema.

Na realidade brasileira, grande parte dos pequenos municípios não tem capacidade instalada para dispor de serviços de saúde, resultando na deficiência de oferta destes; e mesmo que se estabeleçam os mecanismos para gerenciamento e provimento de serviços de saúde especializados, muitos não têm escala populacional suficiente (BRITO, 2000). Por outro lado, existem dezenas de municípios de maior porte, que são pólos de atração regional, sem qualquer mecanismo de pactuação ou referência pré-estabelecidos.

Nesse contexto, o SUS ganha como um de seus consensos que, ao lado do processo de municipalização, torna-se imperativo desenvolver estratégias que articulem as reformas dos sistemas locais a iniciativas de cunho regional

(MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002), tal como proposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/02) (BRASIL. S. A. S., 2002b) e mais recentemente no Pacto pela Saúde (BRASIL. M. S., 2006).

A NOAS SUS 01/02 evidencia a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e, especialmente, o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função de assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas (SOUZA, 2001), estabelecendo as diretrizes operacionais que impulsionaram o processo de regionalização no país. Entre elas, determina-se que o município deve ser responsável, no mínimo, pelo oferecimento da atenção básica aos seus munícipes. Para as demais ações de média e alta complexidade preconiza que sejam instalados sistemas microrregionais e regionais de saúde. Estes, em conjunto com a atenção básica conformam a rede assistencial para atenção integral à saúde da população (DUBEUX; BEZERRA; FREESE, 2006).

Com o Pacto pela Saúde, a regionalização assume um caráter mais abrangente, para além de desenhos regionais e recortes dos níveis assistenciais. Passa a ser o eixo estruturante do componente Pacto de Gestão e ganha a adjetivação de solidária e cooperativa, entendida como um processo de pactuação e co-gestão entre os gestores (municipais, estaduais e federal), no sentido de complementaridade dos sistemas de saúde. As atribuições de cada instância gestora no processo de regionalização da assistência são definidas e os processos e instrumentos de gestão inovados a fim de alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas, qualificando a atenção e a gestão do SUS (BRASIL. M. S., 2006).

A regionalização é assumida como estratégia capaz de solucionar as lacunas na oferta, principalmente de serviços e tecnologias mais complexos, não disponíveis na maioria dos municípios brasileiros, visando garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos (BRASIL. S. A. S., 2001). Nesse sentido a gestão estadual assume uma relevância fundamental à efetivação desse processo.

Assim, considerando a complexidade organizacional e gerencial do processo de regionalização e o seu atual estágio de implantação, faz-se necessário o

desenvolvimento de estratégias para sua avaliação. A diversidade do instrumental metodológico atualmente disponível para a avaliação permite abordar não apenas práticas, serviços ou programas, mas também totalidades mais complexas, como sistemas locais, regionais e nacionais de saúde. Nessa perspectiva, o presente estudo pretende contribuir com o desenvolvimento de estratégias de avaliação de sistemas de saúde, a partir de uma análise de intervenção da regionalização da assistência à saúde, na perspectiva do conhecimento da sua factibilidade e suficiência enquanto estratégia de gestão do SUS.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A importância da regionalização da assistência à saúde como diretriz essencial à garantia da integralidade da atenção e conseqüentemente à consolidação do SUS;
- A regionalização enquanto estratégia norteadora das ações de planejamento, coordenação, articulação e pactuação entre os diferentes níveis de gestão;
- A diversidade de implantação dos processos de descentralização e de regionalização da assistência à saúde, em curso no Brasil e suas regiões;
- A necessidade de institucionalização da avaliação nos sistemas e serviços de saúde.

Este estudo se justifica pela:

- Oportunidade de sistematização do modelo lógico da regionalização da assistência à saúde que dê suporte à gestão estadual no desenvolvimento das ações específicas, bem como aos estudos de avaliação nessa área;
- Possibilidade de reconhecer ou identificar os aspectos frágeis da regionalização e também aqueles com maior potencial de promover avanços e/ ou reorganização das práticas nos sistemas de saúde;
- Necessidade de avaliação dos processos de regionalização em curso no país, a fim de se aprofundar no conhecimento destes;
- Carência de pesquisas avaliativas que abordem o tema da regionalização.

Diante disto pretende-se responder a seguinte questão:

- A regionalização da assistência à saúde, da forma como está estruturada, é uma intervenção plausível, ou seja, é coerente para atender as atuais demandas de implementação e avaliação do programa?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a coerência do Modelo Estadual de Regionalização da assistência proposto pelo SUS, considerando a relação entre seus objetivos, insumos e ações previstas para alcance dos resultados relativos a problemática do acesso à assistência à saúde integral e resolutiva.

3.2 Específicos

- a) Descrever o *problema* (relativo à questão do acesso à assistência à saúde integral e resolutiva) e a *intervenção* (regionalização da assistência à saúde) enquanto proposta estruturada para enfrentamento dessa problemática;
- b) Elaborar o modelo lógico da regionalização da assistência à saúde, tendo como referência o nível estadual de gestão;
- c) Verificar a coerência do modelo lógico da regionalização da assistência à saúde, considerando a sua validade de conteúdo (foram empregados todos meios para alcance dos resultados) e pragmática (esses meios são os mais adequados).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Regionalização: perspectivas de avaliação

O Ministério da Saúde (MS) e a maior parte dos estados, não dispõem de diagnósticos analíticos suficientemente precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento mais adequado de estratégias, iniciativas de cooperação técnica e decisões de investimento (BRASIL. S. A. S., 2001). Da mesma forma, é feito uso incipiente de ferramentas consistentes de avaliação sobre as políticas, ações e programas implantados, a fim de se obter maior clareza sobre os resultados alcançados.

Entre os grandes desafios atuais de gestão nas três esferas de governo destaca-se: a realização de um adequado planejamento e uma gestão competente no sentido de ampliar acesso e cobertura de procedimentos e serviços, ampliar os investimentos e garantir a qualidade do sistema. Isso passa necessariamente por um eficaz e sistemático mecanismo de avaliação e monitoramento das políticas e programas de saúde, visando ajustes e novas proposições. Dessa forma, avaliar e monitorar despontam como uma necessidade fundamental do sistema de saúde, no sentido de contribuir para melhorara sua organização, a qualidade e favorecer a tomada de decisão pelos gestores para implementação de novas propostas, a fim de superar os desafios existentes (FREESE; SAMPAIO; CESSE, 2005).

Para Silva e Formigli (1994), as práticas de saúde podem constituir-se objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja em níveis mais complexos de intervenção ou organização, como serviços, programas, políticas ou sistemas.

A despeito da diversidade conceitual e metodológica do campo da avaliação em saúde, uma definição de amplo consenso é a que define a avaliação como um julgamento de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes para subsidiar a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SILVA; FORMIGLI,1994).

Propondo uma reflexão mais profunda sobre o debate, Freese, Sampaio e Cesse (2005) apresentam um conceito ampliado para avaliação em saúde, que consiste em:

Realizar, cientificamente, sobre política(s), programa(s), e projeto(s) de saúde um julgamento de valor crítico-reflexivo, utilizando um referencial teórico-metodológico interdisciplinar, que considere o contexto político institucional, organizacional e sócio-epidemiológico, objetivando, com informações disponíveis nas várias dimensões de análise, uma tomada de decisão democrática, negociada e pactuada, visando à eficiência, eficácia e efetividade do Sistema de Saúde (FREESE; SAMPAIO; CESSE, 2005, p. 49).

De acordo com Contandriopoulos (1997); Hartz e Pouvourville (1998), a avaliação, enquanto julgamento de valor, é de suma importância para a tomada de decisões e/ou planejamento de ações em organizações, programas e projetos; a fim de se desenvolver atividades compatíveis com a realidade e que garantam a qualidade dos serviços.

Para Contandriopoulos (2006), pode-se então conceber que os resultados de uma avaliação não se traduzam automaticamente em uma decisão, mas deles se espera contribuir com informações para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (Figura 1).

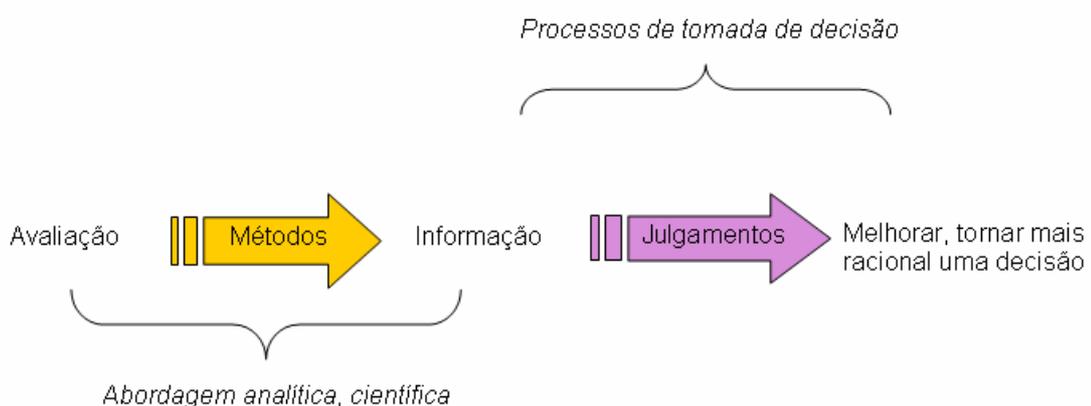


Figura 1 Avaliação e processos de tomada de decisão
Fonte: Contandriopoulos (2006).

Operacionalmente, a avaliação busca verificar se os efeitos produzidos por uma intervenção têm realmente pertinência, e se eles trouxeram os resultados propostos pelos seus objetivos (ressalvando a diversidade de objetivos da própria avaliação). Na linguagem avaliativa uma intervenção ou programa, como é mais comumente chamado, é constituído pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos), organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços que visam modificar uma situação problemática, podendo ser caracterizado desde uma ação, uma técnica ou um tratamento até um programa, uma política ou um sistema. Dessa forma, uma intervenção ou programa se constitui de cinco elementos: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997), conforme esquematizado na figura 1.

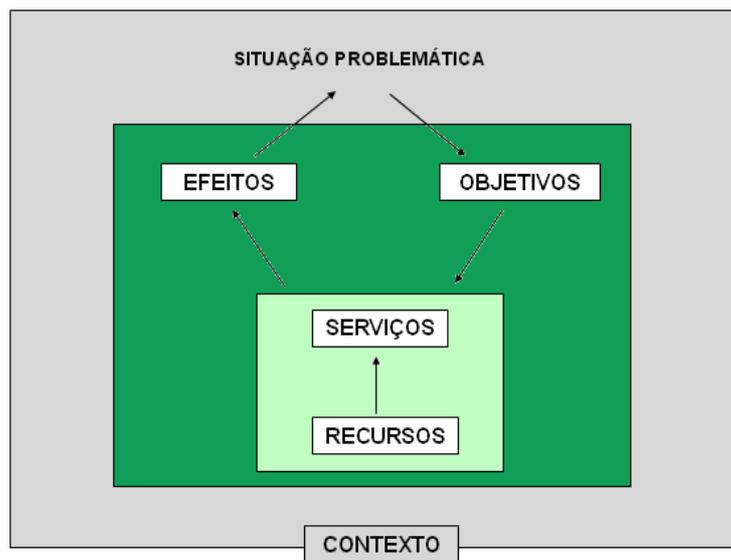


Figura 2 Estrutura de uma intervenção.

Fonte: Contandriopoulos et al. (1997).

Independente do tipo de intervenção pode-se dispor de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa que é utilizada quando se quer analisar cada componente através de normas e critérios; e a pesquisa avaliativa que se baseia em meios científicos para verificar as relações existentes entre os componentes de uma intervenção.

A avaliação normativa se apóia na premissa de que existe uma forte relação entre o respeito aos critérios e os resultados da intervenção, e por isso, incorpora

indicadores de estrutura, processo e resultado, estando associada à garantia da qualidade. Já a pesquisa avaliativa usa de métodos científicos para realizar o julgamento de valor e consiste em fazer uso de uma ou mais das seguintes análises: análise estratégica, análise de intervenção, análise de produtividade, análise dos efeitos, análise de rendimento e análise de implantação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). A figura 2 esquematiza as possibilidades de avaliação ora apresentadas.

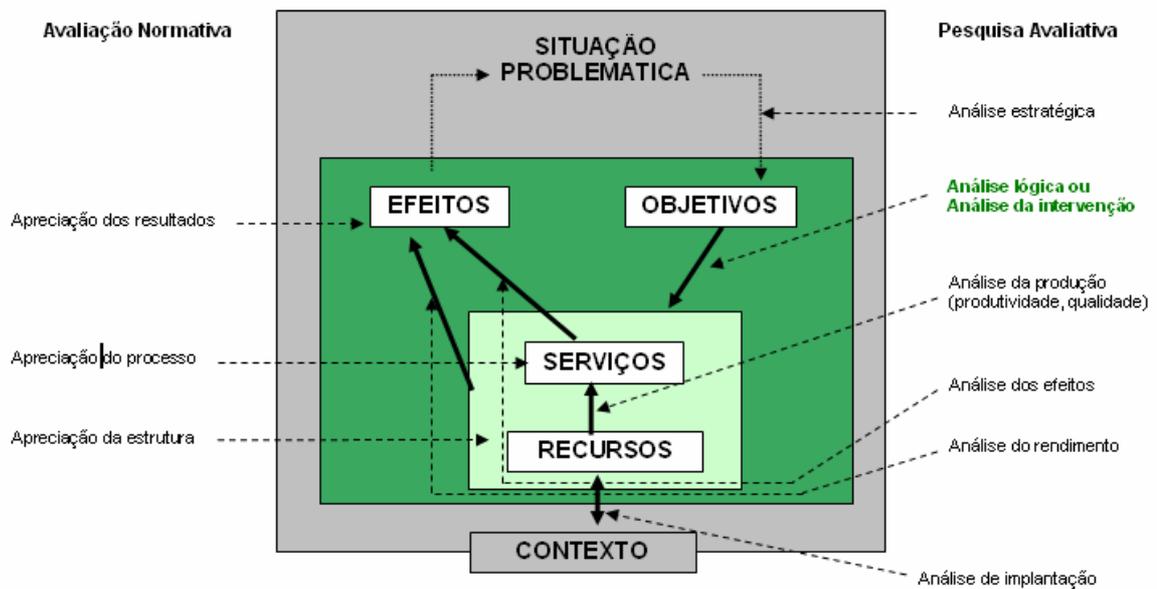


Figura 3 Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa.
Fonte: Adaptado de Contandriopoulos et al. (1997).

A análise de intervenção, em destaque na figura 2, se caracteriza pela análise da relação que existe entre os objetivos da intervenção e os meios empregados, interrogando se estes são suficientes em quantidade, qualidade e na forma como estão organizados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Isso significa analisar a coerência, ou seja, a correspondência entre os objetivos e as atividades, serviços e os recursos planejados, através da análise do modelo lógico da intervenção (POTVIN; HADDAD; FROHLICH, 2001).

Como etapa de um estudo de avaliabilidade, a análise de intervenção busca identificar a pertinência da avaliação sobre uma determinada intervenção, ou seja, um estudo de avaliabilidade busca determinar se uma determinada intervenção é avaliável, sendo um método utilizado para se comunicar com os interessados e também para o próprio planejamento da avaliação. Envolve, portanto, a determinação de que a intervenção a ser avaliada tem objetivos bem definidos e

plausíveis de serem alcançados com base nas suas atividades correntes (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004).

Um estudo de avaliabilidade busca satisfazer três critérios considerados, segundo Worten, Sanders e Fitzpatrick (2004), necessários a uma avaliação significativa:

- Descrição do *modelo do programa*, com especial atenção para os objetivos buscando definir as necessidades prioritárias de informação;
- Análise de quão bem definido (plausibilidade) é o programa;
- Identificação dos interesses dos envolvidos na avaliação e nos prováveis usos dos resultados.

Quando se pretende avaliar uma intervenção/ programa, é de fundamental importância que se tenha, segundo Medina et al. (2005), clareza dos pressupostos que o norteiam, visando à realização de uma correta abordagem, o que pode ser conseguido através da construção de um modelo lógico. Entendido enquanto passo inicial no planejamento de uma avaliação, a construção do modelo lógico de uma determinada intervenção significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em resultados.

Portanto, um modelo lógico deve explicitar os componentes – essenciais e secundários – do programa, os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução de seus componentes e os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços (MEDINA et al., 2005).

Segundo Frias, Lira e Hartz (2005) o modelo lógico trata de uma série de eventos organizados de forma hierárquica, onde os componentes do programa dispostos em um diagrama apresentam o seu funcionamento teórico. O objetivo é proporcionar uma explicação, uma compreensão dos mecanismos implicados na construção dos resultados do programa. Assim, o modelo possibilita a ligação do processo aos resultados através de uma seqüência de passos (Figura 2), além de valorizar a interação dos efeitos dos componentes com o impacto do programa. O programa deve ser tratado no seu todo e na particularidade de seus componentes.

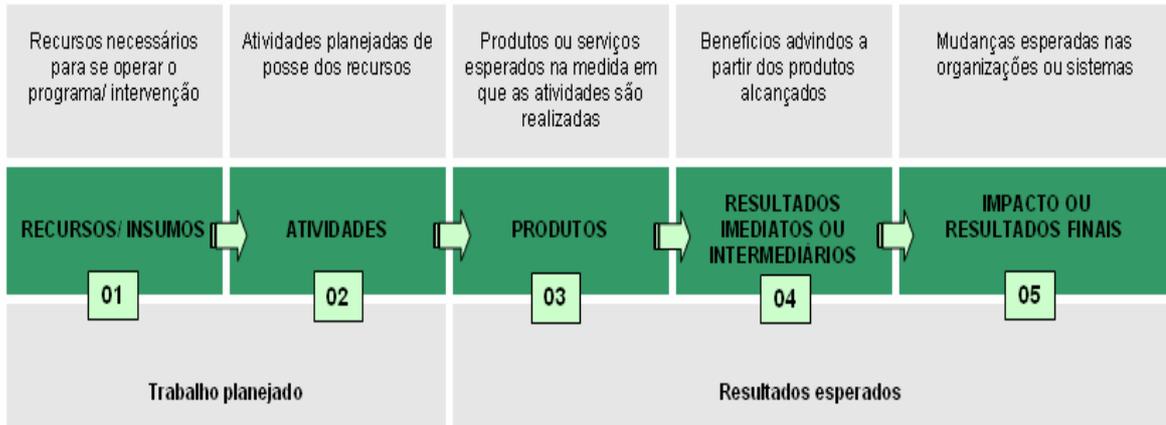


Figura 4 Encadeamento lógico das etapas de um programa.
Fonte: Adaptado de W.K. Kellogg Foundation (2001).

Entre os diversos benefícios que os modelos lógicos apresentam destacam-se os seguintes (CBPH, 2001):

- permitem que as partes interessadas aprimorem e focalizem a direção do programa;
- revelam premissas sobre as condições para efetividade do programa;
- fornecem um quadro de referência para uma ou mais avaliações do programa;
- podem servir como uma base para estimativas dos efeitos do programa em pontos terminais que não sejam diretamente mensurados.

A priori, um programa deve definir de forma clara seus objetivos, atividades e recursos. Contudo, a maioria dos projetos/programas/políticas de saúde apresentam com pouca clareza seus objetivos e diretrizes e a falta de consenso entre os atores envolvidos sobre as atividades e os resultados esperados de uma intervenção, são queixas freqüentes nos serviços de saúde. Nesse sentido, o desenho do modelo lógico possibilita aos gestores e avaliadores uma visão mais nítida acerca da racionalidade da construção da intervenção, ou seja, as relações causais empregadas na sua elaboração. Além disso, auxilia na construção de um entendimento comum entre todos os envolvidos na intervenção a respeito do problema que se quer resolver, dos objetivos e dos resultados esperados da intervenção, além do processo necessário para alcançá-los (MEDINA et al., 2005).

Assim, ele se constitui em instrumento bastante útil para a realização de investigações e discussão de políticas de saúde. Permite aos formuladores e gestores das políticas contarem com um instrumento que possibilita, concretamente, identificar os aspectos onde as ações devem se concentrar, ampliando o grau de conhecimento sobre os processos de reorganização setorial (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

A análise da coerência de uma intervenção parte então da análise de seu modelo lógico, onde a fundamentação teórica que apóia/ sustenta a intervenção é explicitada. Contudo, conforme já destacado, nem sempre o modelo ou a teoria do programa estão dados de forma clara ou explícita, fazendo-se necessário um esforço para sua constituição e posterior análise (POTVIN; HADDAD; FROHLICH, 2001). No caso da regionalização da assistência à saúde, o esforço de sistematização do modelo lógico foi necessário, pois apesar das normatizações específicas sobre a questão, havia ainda aspectos a serem melhor esclarecidos, de forma a torná-la mais operacional.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise de intervenção, realizada como etapa do estudo de avaliabilidade da regionalização da assistência à saúde.

5.2 Etapas do estudo

5.2.1 Descrição do problema e da intervenção

Esta etapa do estudo incluiu a revisão da literatura existente sobre a temática da avaliação de programas de saúde e regionalização da assistência à saúde, que subsidiou a descrição da questão de saúde (problema) para a qual a regionalização da assistência é tida como estratégia (programa/intervenção).

Considerada passo inicial de toda pesquisa científica, a revisão de literatura corresponde à exploração de fontes bibliográficas: livros, revistas científicas, teses, relatórios de pesquisa e outros (GIL, 1995). Para tanto, procedeu-se a pesquisas em bases de dados nacionais e internacionais, bem como consultas a acervo pessoal e de especialistas. As bases de dados consultadas foram Lilacs, Scielo e Medline, com utilização dos seguintes descritores de saúde (Decs): regionalização, descentralização, assistência à saúde, sistemas de saúde, avaliação de programas e projetos de saúde.

5.2.2 Elaboração do modelo lógico

Para a elaboração do modelo lógico, procedeu-se a uma análise documental, que segundo Gil (1995), se utiliza de materiais que ainda não receberam um

tratamento analítico e nesse estudo consistiu no levantamento dos documentos oficiais normativos que regem a implantação e operacionalização do SUS de uma maneira geral e mais especificamente da regionalização e áreas complementares, a fim de constituir o modelo lógico da regionalização da assistência. Os documentos oficiais explorados nesta etapa estão apresentados no quadro 1.

Neste estudo, os elementos contemplados no modelo lógico da regionalização da assistência são descritos a seguir:

Componentes – as partes constituintes do programa, suas áreas de atuação principais.

Sub-componentes – entendido como sub-áreas de atuação enquadradas em um componente específico e que agrega várias atividades.

Objetivos de implantação – objetivo geral (relativo ao programa) e objetivos específicos (relativos aos componentes ou sub-componentes).

Recursos/ Insumos – recursos físicos, materiais, financeiros e humanos necessários para o desenvolvimento das atividades.

Atividades – meios utilizados para atingir os resultados esperados.

Produtos – conseqüências imediatas da realização das atividades.

Resultados – mudanças que o programa pretende alcançar, em curto prazo (resultados diretos do programa) e a médio e longo prazo (conseqüências do programa no seu contexto), que também é reconhecido como impacto.

Os elementos acima descritos traduzem a série de eventos que organizados de forma hierárquica e dispostos em um diagrama apresentam o funcionamento teórico da intervenção/ programa. O objetivo é proporcionar uma explicação, uma compreensão dos mecanismos implicados na construção dos resultados da intervenção. Assim, o modelo possibilita a ligação do processo aos resultados através de uma seqüência de passos, além de valorizar a interação dos efeitos dos componentes com o impacto da intervenção.

DOCUMENTOS
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 dá outras providências.
Portaria GM/MS, n. 2.203, de 06 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96. Redefine o modelo de gestão para o processo de consolidação do SUS e o efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam.
Portaria GM/MS, n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria GM/MS, n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.
Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.
Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Portaria GM/MS n. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Proposta: 2004.
Portaria GM/MS n. 2.923, de 09 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.
Portaria GM/MS n. 479, de 14 de abril de 1999. Altera os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.
Portaria MS n. 2.048 de 05 de novembro de 2002. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, entre outros.
Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria MS/GM n. 635, de 10 de novembro de 2005. Publica o Regulamento Técnico para a implantação e a operacionalização do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS.
Portaria MS/GM n. 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.
Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. 1ª Edição, 2006.
Resolução RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde.
Resolução RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.
Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. 3ª Edição, 2002.
Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004/2005.
Portaria MS/GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Quadro 1 Documentos oficiais utilizados na constituição do modelo lógico da regionalização.

5.2.3 Análise da coerência do modelo lógico

Por **coerência** procurou-se verificar a plausibilidade da intervenção em questão, consistindo em analisar se a teoria na qual o programa se apóia é adequada, ou seja, se os recursos e as atividades são suficientes em quantidade e qualidade e da forma como estão organizados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Na apreciação da fundamentação do modelo lógico da intervenção, ou seja, sua coerência, buscou-se verificar se a cadeia de causalidade é plausível, ou seja, se é coerente e suficiente frente aos conhecimentos científicos para alcançar os objetivos pretendidos.

A análise se deu da seguinte forma:

- Verificação da coerência das relações de causa e efeito estabelecidas em cada componente (análise horizontal do modelo lógico);
- Verificação da coerência entre os componentes (análise vertical do modelo lógico).

5.3 Aspectos Éticos

O presente estudo foi orientado conforme a Resolução 196/96 CNS/MS, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães em junho de 2007.

6 RESULTADOS

6.1 Descrevendo o problema

6.1.1 Regionalização da assistência à saúde: antecedentes históricos e normativos

Até o advento do SUS, o Brasil possuía um modelo de saúde atrelado à contribuição previdenciária, com privilégio para o atendimento clínico individual e atenção hospitalar e especializada, e com uma gestão centrada financeira e operacionalmente no governo federal. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças eram executadas por serviços organizados em estruturas governamentais não ligadas à Previdência Social, com subsídio extremamente reduzido (HEIMANN et al., 2000).

A hegemonia desse modelo não impediu, contudo, que se desenvolvessem iniciativas apontando para a necessidade e a possibilidade de formulação de políticas de descentralização, destacando-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) em 1976 e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) em 1980. O PIASS proporcionou a instalação de uma considerável estrutura básica de saúde para comunidades de pequeno porte populacional, especialmente na região Nordeste, enquanto o PREV-SAÚDE, por ocasião da 7ª Conferência Nacional de Saúde, se caracterizou apenas como uma tentativa de promover a articulação entre os Ministérios da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, a participação da comunidade, a regionalização e hierarquização dos serviços e a integração de ações preventivas e curativas. Um dos grandes obstáculos à sua implementação foi a crise da Previdência Social, que expressava o descontrole dos gastos públicos no setor saúde (HEIMANN et al., 2000; PAIM, 2003b).

Como resposta a essa crise foi criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) uma de suas principais proposições. Esta representou a primeira

ação de grandes proporções rumo ao aperfeiçoamento do sistema de saúde. Seu propósito fundamental era promover a gestão e a programação conjunta entre as três esferas do poder público, mediante a celebração de convênios, formulação de planos de saúde e a instalação de comissões interinstitucionais de saúde, estendendo o acesso aos serviços previdenciários, além dos de saúde pública, para a população não segurada (HEIMANN et al., 2000; PAIM, 2003b). Embora não tenham conseguido combater eficazmente o paralelismo das ações, a multiplicidade gerencial e a centralização decisória no nível federal, as AIS conseguiram demonstrar que o sistema deveria ter um gestor único em cada esfera de governo, com funções diferenciadas para cada um deles (HEIMANN et al., 2000).

Nesse momento, já bastante fortalecido, o movimento pela reforma sanitária, que experimentou sua ascensão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, conseguiu que os princípios e diretrizes da reforma fossem assumidos de forma definitiva com a criação do SUS. Enquanto se dava a construção do seu arcabouço jurídico no processo constituinte, as AIS foram transformadas no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (PAIM, 2003b). Entendido como estratégia-ponte para a instalação do SUS, o SUDS fez crescer significativamente o poder decisório dos estados, o que de certa forma garantiu a estadualização do sistema com ganhos na racionalização da gestão e uso dos recursos, mas por outro lado tornou o processo de descentralização dependente das estruturas administrativas dos estados e, portanto subordinado aos interesses político-clientelistas dos gestores estaduais (HEIMANN et al., 2000).

Consagrado pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas leis 8080 e 8142, o SUS assume definitivamente a bandeira da descentralização, enquanto diretriz estratégica do sistema, com ênfase no nível local e define os papéis e funções de cada nível de governo. Contudo, ainda havia a necessidade de normatizações mais específicas, ao nível de operacionalização do sistema, visando concretizar a legislação mais geral. A década de 90 foi, então, o palco da edição de algumas Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96), no sentido de aperfeiçoar o processo de institucionalização do SUS, com forte ênfase na descentralização.

Essas três NOB apresentam, segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), diferenças importantes quanto ao contexto em que foram formuladas, especialmente no tocante à intensidade do processo de negociação entre gestores para sua

elaboração, conteúdo normativo, grau de implementação, resultados para o processo de descentralização da saúde e relação intergestores.

A NOB SUS 01/91, ao introduzir o processo de descentralização, o fez através de “convênios de municipalização” e tinha como característica básica a equiparação entre serviços de natureza pública e privada, transformando municípios e estados em prestadores a serem ressarcidos conforme a produção. Tal característica foi fortemente criticada por ferir a autonomia gestora local, na medida em que os recursos assistenciais eram “creditados” às unidades prestadoras, limitando a condução da política de saúde e a aplicação dos recursos de acordo com as necessidades de serviços (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A despeito disso, os “convênios de municipalização” instituíram o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde e contribuíram fortemente para disseminar a criação de Fundos e Conselhos Municipais de Saúde, ambos requisitos para o repasse de recursos financeiros. Ao final de 1992, cerca de 2.000 municípios haviam aderido aos convênios (SIQUEIRA et al., 2002).

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde foi o principal avanço proporcionado pela NOB SUS 01/91, pois os convênios representaram para muitos municípios a primeira aproximação com as questões técnico-operacionais do SUS. Contudo, para estes autores, a lógica convenial acabou induzindo a formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, não favorecendo, portanto, a criação dos fluxos de referência micro e macro regionais, estaduais e inter-estaduais para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação. Além disso, a ausência da participação estadual no processo de elaboração dos convênios representou para esta esfera a perda da função articuladora e negociadora observada no período SUDS.

O expressivo envolvimento dos municípios no direcionamento da política de saúde e todas as críticas e dificuldades geradas pelo processo de descentralização em curso, foram foco das discussões da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, cujo diagnóstico traçado evidenciou a incipiência da municipalização tanto em relação aos mecanismos de transferência de recursos quanto à capacidade gestora. A partir daí foi criado o Grupo Especial de Descentralização (GED), constituído por

órgãos do Ministério da Saúde e representantes de colegiados gestores, que com base nas recomendações da Conferência produziu o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” onde foram sistematizadas as principais discussões (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB SUS 01/93 constitui a tradução operacional da última versão desse documento, que através de um processo amplo e participativo desencadeado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi debatido por cerca de seis meses no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) (colegiado de gestão formado por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, em funcionamento desde 1991, quando foi criado pela Portaria 1.180), além de envolver representantes de entidade popular, sindical e instituições públicas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; LUCCHESE, 1996).

Com esta NOB as estratégias de descentralização passaram a ser orientadas pelos seguintes pressupostos (LUCCHESE, 1996):

- a) o respeito à diversidade de realidades estaduais e municipais, com capacidades e vontades distintas de absorver as novas responsabilidades gerenciais e políticas;
- b) o cuidado de serem implementadas de forma progressiva, a fim de evitar rupturas bruscas que pudessem desestruturar as práticas já existentes antes que se instaurassem as novas;
- c) o reconhecimento da importância das relações de parceria entre os gestores como base para estruturação do sistema de saúde.

Reconhecendo a necessidade de uma estratégia de transição para um modelo de descentralização plena do sistema de saúde, a NOB SUS 01/93 regulamentou e estipulou condições à execução descentralizada do SUS, através da criação de níveis de transição crescentes e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Segundo essa NOB, foram apresentadas aos gestores municipais três possíveis formas de gestão da saúde: incipiente, parcial e semiplena. A gestão semiplena correspondia à forma mais avançada de descentralização, atribuindo ao nível municipal o controle total da gestão, incluindo a definição de políticas, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação de todas as ações. Na

forma incipiente de gestão, cabia ao gestor municipal a programação e autorização das internações hospitalares (AIH) e procedimentos ambulatoriais; e o controle e avaliação dos serviços públicos e privados, além das ações básicas em saúde. Na forma parcial de gestão, além dessas atribuições o gestor passava a assumir a gerência das unidades ambulatoriais públicas (HEIMANN, 2000).

No que diz respeito às relações intergovernamentais, a NOB SUS 01/93 foi especialmente importante pela institucionalização de um novo espaço de pactuação que visava fortalecer o processo de descentralização do SUS em âmbito estadual: a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), composta pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representantes do Estado (SIQUEIRA et al., 2002). Embora pensada inicialmente como uma estrutura provisória num período de transição, até que estados e municípios atingissem a condição de plena descentralização do sistema de saúde, a CIB ganhou força como instância deliberativa para habilitação municipal, aprovação de critérios de distribuição de recursos federais entre os municípios, decisões de investimento e estruturação da rede de serviços. Submetia-se à negociação “bigestora” decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto dos serviços de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001), configurando um espaço em potencial para tornar o sistema de saúde mais funcional.

Sob essa perspectiva, os estados assumiram funções mais complexas no gerenciamento dos sistemas de informação, como elaboração da programação físico-orçamentária de serviços e consolidação da produção a ser apresentada ao MS para pagamento. Contudo, a NOB SUS 01/93 não vislumbrou nenhuma nova função para essa instância, bem como os recursos e instrumentos necessários à sua efetiva implementação não foram suficientemente definidos.

Do universo de mais de 5.000 municípios brasileiros, havia em 1996, 137 municípios habilitados na modalidade semiplena, incluindo as capitais de 11 estados (SIQUEIRA et al., 2002). A maioria se encontrava em gestão incipiente e cerca de 12% na condição parcial de gestão (HEIMANN et al., 2000). Isso por si só confirma a diversidade de condições de capacidade instalada nos municípios brasileiros para assumir a gestão da saúde, o que por consequência resultou em diferentes experiências de descentralização.

O próprio MS verificou, em estudos realizados em 1995, significativas variações no processo de descentralização do sistema de saúde nos diversos

estados brasileiros. A partir disto, Lucchese (1996) criou uma tipologia dos graus de gestão alcançados, explicitados na relação entre os gestores das distintas esferas de governo descrita a seguir:

Modelo de gestão centralizada – Administração centrada nos estados, com o gestor estadual detendo a responsabilidade pelo planejamento, controle e avaliação da rede de serviços, mesmo a gerência de unidades estaduais estando a cargo dos municípios.

Modelo descentralizado por partilha – Gestão de unidades repartida de acordo com interesses específicos, definidos por parceria entre gestores estaduais e municipais, resultando em fragmentação e irracionalidade da administração.

Modelo municipalizado atomizado – Gestão descentralizada para os municípios, porém sem coordenação e articulação dos estados na organização da regionalização da assistência e sistemas de referência, gerando ações dispersas, isoladas e deficientes nos municípios.

Modelo municipalizado com ênfase na regionalização – Municípios responsáveis pelas atividades e serviços em seu território, com forte participação dos estados na coordenação e regulação das relações entre os municípios.

Modelo descentralizado por níveis de hierarquia – Sistema organizado de acordo com a hierarquia das atividades e serviços de saúde, cabendo aos municípios a assistência ambulatorial e hospitalar de menor complexidade e aos estados a gestão dos sistemas de referência regional e administração dos níveis de maior complexidade.

Os dois últimos tipos foram os considerados pelo MS como os que atendiam satisfatoriamente às exigências de institucionalização do SUS (HEIMANN et al., 2000).

Nesse sentido, o MS edita a NOB SUS 01/96, cujo processo de negociação e elaboração nos fóruns do CNS e da CIT, durou cerca de 12 meses e envolveu vários segmentos da sociedade (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Esta NOB estabeleceu que o município deveria ser encarado como um subsistema, o sistema municipal de saúde, com a responsabilidade de oferecer a totalidade das ações e serviços de saúde, embora não necessariamente nos limites do seu território (BRASIL. M. S., 1996). Para isso reconfigurou as ações municipais em duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, incorporando novas responsabilidades, requisitos e prerrogativas

para a gestão municipal da saúde, especialmente no tocante ao financiamento da atenção básica (com aumento da transferência regular e automática fundo a fundo) e reorganização do modelo de atenção à saúde, com incentivos financeiros à adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para os estados também foram previstas duas modalidades, a gestão avançada do sistema estadual e a gestão plena do sistema estadual, as quais tratavam, com um grau de complexidade crescente, sobre o controle dos serviços ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, sob gestão estadual, para o estabelecimento das referências intermunicipais e implementação de uma programação pactuada e integrada das ações (BRASIL. M. S., 1996).

Embora com a NOB 01/96 os estados ainda permanecessem muito mais prestadores de serviços do que articuladores dos sistemas municipais, ao instituir a Programação Pactuada e Integrada (PPI), ela introduz uma estratégia para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

A PPI, definida como instrumento essencial à reorganização do modelo de atenção do SUS, para alocação de recursos e explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo, deveria se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços (BRASIL. S. A. S., 2001). Ela deveria traduzir as responsabilidades, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros para garantia do acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, numa relação gestor-gestor. Também definiu as CIB e CIT como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Para Araújo, Machado e Freese de Carvalho (2004), as NOB buscaram, progressivamente, criar mecanismos de articulação entre as gestões municipais. Contudo, sua força normativa pouco conseguiu fazer para desenvolver concretamente a negociação via instâncias de pactuação intergestores, de tal forma que, mesmo institucionalizados no SUS, os pactos são limitados enquanto expressão de gestão intermunicipal. Na prática, as relações intermunicipais eram vistas como um problema gerencial do SUS, mas tratadas simplesmente como mecanismo de referência e contra-referência entre municípios.

Para citar Goulart (2001), “um jeito NOB de fazer o SUS” ou de “esculpi-lo a golpes de portaria” descreve a forma como se deu o processo de implementação do SUS na década de 90. Este autor considera que mesmo que todas as NOB sejam justificáveis, quando analisadas do ponto de vista dos contextos históricos que as geraram e lhe deram suporte, elas se tornaram progressivamente instrumentos densos e complexos, de difícil operacionalização pelos gestores em muitos dos seus aspectos e conferiram certo grau de engessamento das práticas. Por outro lado, a substituição deste instrumento em quatro ocasiões mostra, ao menos, que não existiu qualquer tendência à cristalização dos erros e obstáculos, mas sim uma tendência ao aperfeiçoamento do sistema. Sua crítica se fundamenta na necessidade de se dispor de “boas normas”, pautadas em processos de divulgação, persuasão e de construção permanente de consensos.

Percebe-se assim, que de uma maneira geral, a operacionalização do SUS esteve até então, conduzida por processos normativos de reduzido consenso e fortemente voltados para a municipalização enquanto tradução operacional da descentralização da gestão da saúde. Sem dúvida, a avaliação da descentralização do SUS permite destacar muitos aspectos positivos como a democratização do setor, maior participação social, ampliação do acesso aos serviços de saúde devido à expansão da cobertura assistencial, impacto positivo sobre os indicadores de saúde e maior efetividade do modelo de atenção (MINAS GERAIS, 2004; SILVA; DOBASHI, 2006).

Mas a despeito disso, essa forma de descentralização não foi suficiente em impedir a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso às ações e serviços de saúde, em face da própria heterogeneidade do país. Além disso, as regiões e localidades mais ricas do país têm, em geral, mais capacidade técnica e gerencial, além de maior volume de recursos decorrentes de sua arrecadação fiscal. Isso leva a institucionalização de muitas modalidades de organização dos sistemas locais, com origem na combinação entre as normas institucionais do SUS e as singularidades sócio-políticas locais (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

Para Monnerat, Senna e Souza (2002), existe uma insuficiência dos dispositivos legais em definir estratégias concretas de implementação da reforma da política de saúde, onde a ênfase do discurso descentralizador contrastou com a

ausência de prioridade atribuída à construção de instrumentos e mecanismos operacionais que lhe dessem suporte.

Além disso, o forte estímulo à municipalização acaba por contradizer as diretrizes de hierarquização e regionalização da rede de serviços, pois considerando a baixa amplitude populacional dos municípios brasileiros, é irracional organizar um sistema funcional completo (contendo os diversos níveis de atenção – primária, secundária e terciária) em cada um deles (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

Pode-se deduzir que a ausência do papel articulador do estado e da função de coordenação regional propiciou, ao menos em parte, as condições para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde (CIS), que adquiriram uma dimensão nacional a partir da segunda metade dos anos 1990. Embora os CIS não sejam concebidos como uma releitura crítica da municipalização do SUS, eles foram sim estimulados por ela, já que considerados como alternativas de “baixo para cima”, se consolidaram no vácuo deixado pela fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, inaugurando mais um subsistema público de serviços de saúde, fora das normas do SUS (MINAS GERAIS, 2004).

A idéia de consórcios intermunicipais, não é, contudo, consequência exclusiva e imediata da municipalização do SUS, ainda que contemporâneos. Na área da saúde o primeiro CIS surgiu em 1986, na região de Penápolis, estado de São Paulo. Com o advento do SUS, a própria Lei 8.080 definiu que os municípios pudessem formar consórcios para desenvolver em conjunto ações e serviços de saúde. Mais tarde, o Ministério da Saúde apoiou a implantação dos CIS, avaliando ser a parceria entre os municípios capaz de potencializar a atenção à saúde (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005). Sob essa lógica, os CIS foram sendo implantados em diversos estados brasileiros como Minas Gerais, Ceará, Mato Grosso, Paraná e Rio Grande do Sul.

Em 2000, o Brasil já contava com 1607 municípios consorciados, o que representava cerca de 29% do total de municípios e cobertura de 15% da população total (ARAÚJO; MACHADO; CARVALHO, 2004), sendo a maioria dos CIS firmados para a oferta de atendimento ambulatorial especializado (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005).

Se é certo que os CIS constituem uma solução pragmática ao problema da deficiência da atenção secundária à saúde, também é certo que sua implementação tem se dado através de uma lógica eminentemente política, podendo vir a se

transformar em mercados para a venda de serviços (MINAS GERAIS, 2004). Além disso, constituem estruturas vulneráveis às mudanças de governo, visto que possíveis rivalidades político-partidárias conduzem a dificuldades na sustentabilidade política destes (ARAÚJO; MACHADO; CARVALHO, 2004).

Para Araújo, Machado e Carvalho (2004), essa modalidade acaba por se ajustar ao processo de descentralização de viés municipalista, pois representa uma tendência de articulação autônoma entre as esferas municipais, sem a participação das esferas supramunicipais.

Há que se registrar também que outras experiências de consórcios ou a partir deles foram formuladas, numa perspectiva mais regional do sistema. As Secretarias Estaduais de Saúde de Minas Gerais, onde a idéia mais se desenvolveu na prática, e a do Mato Grosso, promoveram políticas de incentivo, inclusive financeiros, para criação e apoio aos CIS, participando de forma mais ativa no gerenciamento destes (ARAÚJO; MACHADO; CARVALHO, 2004). Paralelamente, o Ceará iniciou um projeto piloto de Sistema Microrregional de Serviços de Saúde em Baturité, numa lógica integrada do sistema estadual, sem a presença de CIS, que foi gradativamente expandido às demais microrregiões cearenses, levando a uma forte repercussão e discussão em foros nacionais e internacionais (MINAS GERAIS, 2004).

Caminhava-se assim para uma discussão mais profunda em torno da regionalização, cujo debate não podia mais ser adiado. As Normas Operacionais da saúde, editadas até então, não davam mais conta de resolver os entraves gerados pela forma municipalizada e autárquica de conceber a descentralização no SUS.

Os grandes avanços obtidos no âmbito da descentralização político-administrativa induzidos pelas NOB, evidenciaram a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função de assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas (SOUZA, 2001).

A regionalização passa então a se destacar no debate setorial ao final da década de 90, no contexto de análise dos avanços e limitações da descentralização. Esse debate gera a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em janeiro de 2001, que explicita em seu texto, mecanismos para a reversão do “municipalismo” radical em curso e retoma o fortalecimento do papel da esfera estadual como instrumento eficaz contra os desequilíbrios intermunicipais

(MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002). Mais recentemente a publicação do Pacto pela Vida reafirma a regionalização como eixo estruturante da gestão no SUS e estabelece os mecanismos de condução no espaço regional (BRASIL. M. S., 2006). Será com base na NOAS e no Pacto pela Vida, normatizações relativas à regionalização da assistência em atual vigência, que será descrita a seguir a intervenção em foco no presente estudo.

6.2 Descrevendo a intervenção/ programa

6.2.1 Norma Operacional de Assistência à Saúde: a regionalização em foco

Foi em abril de 2000 que o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de uma proposta que tratava especificamente sobre o processo de regionalização em saúde, resultante de uma ampla discussão com outros atores setoriais. A partir daí a proposta inicial passou por várias modificações decorrentes das contribuições dos diversos atores envolvidos até a sua publicação em janeiro de 2001 como Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL. S. A. S., 2001).

Vale destacar que o aprofundamento do processo de regionalização só foi possível em face aos avanços decorrentes do processo prévio de descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS, especialmente as NOB SUS 01/93 e 01/96, que possibilitaram a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmaram a sua responsabilidade sanitária. Além disso, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde.

A NOAS SUS 01/01 baseou-se no reconhecimento da regionalização em saúde como passo fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção. Para isso estabeleceu como objetivo geral: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os

níveis de atenção”, definindo a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial (BRASIL. S. A. S., 2001), na seguinte perspectiva:

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL. S. A. S., 2001, p. 15).

De acordo com Souza (2001), um dos pontos mais importantes da NOAS foi o que tratou do processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Esse Plano, a ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, deveria conter minimamente: (a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; (b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; (c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que dessem conta do primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de atenção básica; (d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; (e) o Plano Diretor de Investimentos, para suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

No tocante à organização, os sistemas microrregionais de saúde deveriam ofertar ações e serviços de média complexidade, enquanto aos sistemas regionais competia a garantia da assistência especializada de alta complexidade. Seguindo esse modelo, estrutura-se uma rede hierarquizada e resolutiva em todas as esferas de atenção, considerando as singularidades de cada nível (DUBEUX; BEZERRA; FREESE, 2006).

A NOAS assim definiu (BRASIL. S. A. S., 2001):

Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde adotada pelo estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre

municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

Módulo assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, compreendido por laboratório, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, algumas ações odontológicas especializadas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria, constituído por um ou mais municípios, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar a totalidade desses serviços, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos ou;
- município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade desses serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de média complexidade, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

Município-pólo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

Verifica-se assim que o conceito de região de saúde adotado na NOAS SUS 01/01 é bastante amplo, uma vez que esta definição deveria ser feita no âmbito de

cada Unidade Federativa, de acordo com as suas características (demográficas, epidemiológicas, entre outras), as prioridades de atenção identificadas e o modelo de regionalização adotado. Algumas UF poderiam apresentar macro e microrregiões de saúde; outras apenas regiões de saúde, ou regiões e microrregiões. Já o conceito de módulo assistencial estava mais fortemente atrelado à organização da assistência, visto que correspondia a um nível mínimo de resolutividade da atenção (BRASIL. S. A. S., 2001).

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/01 estabeleceu diretrizes gerais para a organização das ações de média e alta complexidade, preconizando que o plano de regionalização compreendesse o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas como gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras (SOUZA, 2001).

Além desses aspectos, a NOAS SUS 01/01 incorpora novas competências às formas de habilitação formuladas pela NOB SUS 01/96 para municípios e estados, contemplando estes últimos com maior participação na condução dos processos, tornando a habilitação dos estados em gestão plena do sistema mais efetiva a partir dos critérios nela estabelecidos (PEREIRA; QUIRO, 2004).

Em síntese, a NOAS SUS 01/01 foi marcada pela necessidade de deslocar a ênfase do processo de descentralização para a garantia de acesso a ações e serviços de saúde em todos os níveis, a premência de qualificar e reorientar o papel do gestor estadual. Desloca-se gradativamente essa esfera das funções de prestação direta de serviços e de relação com prestadores, para as funções de capacitação e apoio técnico aos municípios, formulação de políticas e planejamento/programação estadual, coordenação e regulação intermunicipal, controle e avaliação sistêmicas – incluindo análises de resultados e impacto das ações de saúde (SOUZA, 2001).

Embora muitos estados tenham formalmente conduzido processos de PPI, o próprio Ministério da Saúde reconheceu que sua implementação foi efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal. As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das SES aumentaram o risco de atomização dos sistemas municipais e de conseqüências indesejáveis, como a incorporação tecnológica irracional e implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios (BRASIL. S. A. S., 2001).

No percurso de implantação da NOAS SUS 01/ 01, foram identificados, em algumas unidades da federação, entraves na operacionalização de determinados itens, entre as quais citam-se as dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, além da presença de fragilidades na explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual sobre as referências intermunicipais. Essas questões desencadearam um novo processo de discussão com os atores do sistema, cujo produto foi a edição da NOAS SUS 01/02. Esta além de assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS SUS 01/01 procurou oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação (BRASIL. S. A. S., 2002b).

Inegavelmente a NOAS foi o instrumento que, do ponto de vista econômico-financeiro, despertou para a necessidade de ganhos de escala como fundamento para racionalização de recursos, e do ponto de vista técnico-assistencial, resgatou a possibilidade de constituição de sistemas de saúde que, ultrapassando os limites territoriais dos municípios, atingissem a integralidade e melhoria da qualidade da assistência (MINAS GERAIS, 2004; TEIXEIRA, 2002). Além disso, retomou a instância estadual como *locus* importante de definição e implementação da política de saúde (SIQUEIRA et al., 2002) e instrumentalizou o processo de planejamento na saúde, tendo como uma das diretrizes centrais a busca consensuada e pactuada da organização dos espaços regionais de saúde (PEREIRA; QUITO, 2004)

Ainda assim, a NOAS não conseguiu induzir a efetivação dos espaços microrregionais de forma a torná-los resolutivos, pois acabou por se restringir ao desenho operacional da regionalização (especialização), sendo deficiente quanto aos fundamentos técnicos da construção e operação de redes assistenciais articuladas territorialmente. Além disso, apresentava foco na gestão da oferta com uma concepção fortemente hierárquica de sistema, burocratização excessiva e responsabilização difusa (MINAS GERAIS, 2004). Uma outra crítica freqüente à NOAS diz respeito aos limites da sua integralidade, concebida enquanto “integralidade da assistência à saúde”, na perspectiva do cuidado médico, individual e curativo, o que acaba por reduzir a regionalização a um processo de racionalização da oferta de serviços (TEIXEIRA, 2002).

6.2.2 Um novo Pacto de Gestão: a Regionalização Cooperativa

A partir de 2003, o Ministério da Saúde iniciou um movimento interno para rediscussão de vários aspectos da gestão do SUS, idealizando algumas diretrizes para sua otimização, todas na perspectiva de uma ação compartilhada. Partia-se do pressuposto de que a consolidação do SUS exigia uma nova qualificação de sua gestão e apontava-se para a construção de um pacto, capaz de substituir a normatização excessiva e a lógica da habilitação por uma outra, de adesão e compromisso com resultados (SILVA; DOBASHI, 2006).

Algumas ações começaram a ser implantadas nessa perspectiva, a exemplo da extinção em 2004, da gestão plena da atenção básica ampliada (prevista pela NOAS), com a firme convicção de que todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde de seu munícipe (SILVA; DOBASHI, 2006). Os anos que se sucederam foram permeados por intensos debates para reformulação das diretrizes para a gestão do SUS, dando-lhe nova forma e consistência.

Partindo de um diagnóstico onde se verificava competências concorrentes entre as esferas de gestão, mecanismos frágeis de cooperação e coordenação que levam à fragmentação do sistema, extrema desigualdade social e heterogeneidade territorial, foi instituído em 2006, o Pacto pela Saúde, num movimento contínuo de aprimoramento do SUS, a ser revisado anualmente. Este se constitui num pacto firmado entre os três gestores para a atenção à saúde, que respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social e qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefinindo os instrumentos de regulação, programação e avaliação, entre outros (BRASIL. M. S., 2006).

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes. Promove inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das

necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL. M. S., 2006).

Especialmente no que trata do Pacto de Gestão redefine as responsabilidades sanitárias, superando o atual processo de habilitação, além de estabelecer como diretrizes para a gestão do SUS a regionalização cooperativa e o planejamento regional. Entendida enquanto “um processo de organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde” a regionalização é adotada como eixo estruturante do componente do Pacto de Gestão (BRASIL. M. S., 2006).

No Pacto de Gestão, as Regiões de Saúde são definidas como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais. Esta deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, além de favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Para qualificar o processo de regionalização, o Pacto de Gestão estabelece ainda que todos os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional, sem comprometimento das demais instâncias de pactuação (BRASIL. M. S., 2006). Estabelece também as responsabilidades de cada esfera de gestão em todas as áreas de atuação do SUS, incluindo a regionalização (expressa no quadro 2), de forma a diminuir as competências concorrentes.

Fica definida ainda como diretriz operacional do Pacto, o Termo de Compromisso de Gestão (Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal), como o documento de formalização deste nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, devendo conter as metas e objetivos do Pacto, as responsabilidades e atribuições de cada gestor e os indicadores de monitoramento.

Na tentativa de operacionalizar o SUS a partir de uma concepção mais sistêmica de gestão, o Pacto pela Saúde 2006 busca intensificar a pactuação entre os gestores, considerando-a base para a consolidação da regionalização no SUS. Fica o consenso de que sem a regionalização o sistema se torna fragmentado e pouco resolutivo, além de não garantir a integralidade da atenção e a equidade no

acesso aos serviços. Estabelece assim novos mecanismos de gestão do sistema para que se efetive a regionalização da saúde e inova ao defini-la como um processo de cooperação e solidariedade entre os gestores municipais, realçando o papel do gestor estadual na sua coordenação e fortalecimento.

ÂMBITO DE AÇÃO	RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO
Municípios	Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
	Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
	Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
	Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;
	Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.
Estados	Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
	Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
	Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;
	Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
	Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
	Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
	Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.
União	Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
	Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
	Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;
	Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
	Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

Quadro 2 Responsabilidades das esferas de gestão no tocante à regionalização, segundo o Pacto pela Saúde.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2006).

O quadro 3 sintetiza algumas características dos instrumentos normativos elaborados para operacionalizar a implementação do SUS, que foram discutidos até o momento, permitindo compará-los quanto aos aspectos de racionalidade sistêmica, modelo de financiamento, papel dos gestores e processo de negociação.

Âmbito	NOB SUS 01/91	NOB SUS 01/93	NOB SUS 01/96	NOAS	Pacto pela Saúde
Racionalidade sistêmica	Equipara prestadores públicos e privados Convênios de municipalização Criação e ampliação de sistemas informatizados de informação e centralizados	Modalidades de gestão municipal e estadual, com diferentes requisitos, responsabilidades e prerrogativas	Normatização da assistência, vigilância e controle de doenças Fortalecimento do papel dos municípios Mecanismos de apoio à atenção básica, com adoção de políticas de incentivo Instituição da Programação Pactuada e Integrada – PPI	Normatização da assistência Ênfase na regionalização Instrumentalização da PPI	Territorialização da saúde como base para a organização do sistema Estrutura regiões sanitárias e institui colegiados de gestão regional
Modelo de financiamento	Repassê condicionado à produção de serviços	Repassê fundo a fundo a municípios habilitados Lógica do pagamento por produção mantida	Radicalização do processo de transferência fundo a fundo Base per capita para financiamento da atenção básica Pagamento de incentivos	Instituição do per capita de alocação microrregional Financiamento diferenciado para o custeio da alta complexidade	Integra o financiamento federal em cinco grandes blocos
Papel dos gestores	Predomínio da gestão federal	Maior autonomia ao gestor municipal Ausência do papel dos estados	Papel dos estados melhor definido	Estado como coordenador das relações intermunicipais	Pactuação entre os três gestores na perspectiva da gestão compartilhada e solidária no SUS
Processo de negociação	Inexistente	Formação de um Grupo Especial de Descentralização Instituição da Comissão Intergestora Bipartite	Negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite	Negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite	Ampla discussão e negociação no âmbito dos fóruns gestores

Quadro 3 Comparativo do processo de descentralização e regionalização do SUS segundo os instrumentos normativos.

Fonte: Adaptado de Pereira e Quito (2004).

6.3 O modelo lógico da regionalização da assistência à saúde

A revisão da literatura e a análise dos documentos oficiais permitiu a identificação dos componentes e sub-componentes da regionalização da assistência para a instância estadual, bem como as atividades necessárias à sua implementação. Tomando como referência o paradigma da regionalização cooperativa, o processo regional da assistência implica considerar suas dimensões política, ideológica e técnica (MINAS GERAIS, 2004). Sob essa lógica, este estudo considerou essas três dimensões presentes no paradigma da regionalização cooperativa como os componentes essenciais da regionalização, que expressam as dimensões na qual a regionalização se processa, denominando-os no modelo lógico construído de: político, gerencial e técnico-assistencial, a fim de melhor identificar seus espaços de atuação.

O componente político opera num espaço de poder compartilhado, onde se manifestam diversos interesses de distintos atores sociais. Portanto, este componente expressa as relações de poder que se dão no âmbito das articulações institucionais entre gestores, definindo um escopo de atuação de decisões de maior amplitude no espaço regional. O componente gerencial (equivalente à dimensão ideológica) representa a dimensão mais operacional do processo de regionalização da assistência, traduzido por um modelo de atenção regional voltado para a garantia do acesso às ações e serviços assistenciais e pautado em processos de trabalho eficientes e eficazes, através da contínua pactuação entre os gestores. O componente técnico-assistencial se estrutura pela necessidade de utilização e produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com os projetos político e gerencial que o referenciam, estando mais diretamente relacionado com as atividades que resultarão na qualidade e resolutividade do atendimento.

A partir destes foram identificados áreas particulares de atuação que traduzem os objetivos específicos da regionalização (os sub-componentes). O quadro 4 mostra o referencial normativo que fundamenta e dá suporte a cada um desses sub-componentes.

Componente	Sub-componente	Referencial normativo
Político	Coordenação	Portaria GM/MS, n. 95/2001; Portaria GM/MS, n. 373/ 2002; Portaria GM/MS n. 1.101/2002; Portaria GM/MS n. 399/2006; Portaria GM/MS n. 699/2006.
	Qualificação da gestão no SUS	Portaria GM/MS, n. 2.203/1996; Portaria GM/MS n. 399/2006; Portaria GM/MS n. 699/2006; PNIIS/2004.
	Financiamento	Portaria GM/MS, n. 95/2001; Portaria GM/MS, n. 373/ 2002; Portaria GM/MS n. 204/2007.
Gerencial	Organização e gestão dos serviços	Lei n. 8.080/1990; Portaria GM/MS n. 2.923/1998; Portaria GM/MS n. 479/1999; Portaria MS 2.048/2002; Decreto n. 1.651/1995;
	Regulação da Atenção à saúde	Portaria MS/GM n. 635/2005; Portaria MS/GM n. 1.721/2005 Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores.
	Gestão compartilhada/ Co-gestão	Portaria GM/MS n. 399/2006; Portaria GM/MS n. 699/2006.
	Planejamento Regional	Portaria GM/MS, n. 95/2001; Portaria GM/MS, n. 373/ 2002; Portaria GM/MS n. 399/2006; Portaria GM/MS n. 699/2006.
	Controle social	Portaria GM/MS n. 399/2006; Portaria GM/MS n. 699/2006.
Técnico-assistencial	Qualidade da atenção	Resolução RDC/Anvisa n. 50/2002; Resolução - RDC n. 189/2003; Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares; Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.
	Educação Permanente	Lei n. 8.080/1990; Portaria GM/MS n. 399/2006; Portaria GM/MS n. 699/2006; Portaria GM/MS n. 1.996/2007.

Quadro 4 Apresentação do referencial normativo utilizado por componente e sub-componente da regionalização.

Vale salientar que o modelo lógico da regionalização aqui apresentado, configura em primeira instância um modelo de gestão do SUS, tendo em vista que não é possível isolar a regionalização das demais áreas de atuação do sistema de saúde. Dessa forma, concebeu-se a regionalização, recortada na sua dimensão assistencial, enquanto concepção ampliada de gestão do SUS. Daí a necessidade de utilização de normatizações nas demais áreas específicas de atuação do sistema de saúde, que não só a regionalização, a fim de proporcionar maior completude ao modelo de organização do sistema proposto. Como resultado tem-se a sistematização do modelo lógico da regionalização da assistência apresentado na sua forma simplificada na figura 5.

CONTEXTO					
COMPONENTE	SUB-COMPONENTE	RECURSOS/ INSUMOS	ATIVIDADES	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
POLÍTICO	Coordenação		<ul style="list-style-type: none"> -Elaboração do Plano Diretor de Regionalização, envolvendo todos os gestores e aprovado pela CIB, para estruturação das regiões de saúde; -Levantamento de necessidades de saúde da população segundo parâmetros estabelecidos; -Diagnóstico da capacidade instalada da rede própria e conveniada dos espaços regionais; -Elaboração de uma proposta de fluxo de referência para serviços não disponíveis no território estadual; -Implantação de estruturas gerenciais descentralizadas; -Cursos de capacitação de gestores em planejamento e gestão da saúde; -Elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde; -Desenvolvimento e implementação de tecnologias de informação e controle voltadas à gestão dos serviços; -Implementação do cartão SUS nos municípios; -Elaboração do PDI. 	<ul style="list-style-type: none"> -Secretaria Estadual de saúde com capacidade de promover articulação política municipal; -Gestores da saúde qualificados; -Garantia de investimentos para a conformação da rede regionalizada de serviços; -Oferta de serviços adequada ao perfil epidemiológico regional; -Integração dos serviços em rede regionalizada e hierarquizada; -Acessibilidade garantida aos serviços de urgência/emergência, hospitalização e serviços de média e alta complexidade; -Mecanismos de integração da regulação assistencial em âmbito regional/microrregional estabelecidos; -Espaço regional como unidade de planejamento assistencial; -Gestores com capacidade de elaborar projeto comum na saúde; -Sistemas Municipais de saúde complementares; -Assistência ambulatorial especializada e hospitalar resolutivas e qualificadas; -Atenção integral e humanizada ao usuário; -Processo contínuo de qualificação dos quadros técnicos da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com Redução das iniquidades macro e microrregionais.
	Qualificação da gestão no SUS				
	Financiamento				
GERENCIAL	Organização e gestão dos serviços	Recursos humanos; Recursos financeiros; Equipamentos de informática;	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecimento de fluxos assistenciais de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; -Utilização rotineira de informações clínicas, epidemiológicas e administrativas na condução da organização e gestão dos serviços; -Elaboração de desenho micro e macro-regional para áreas específicas de assistência em média e alta complexidade, em conformidade com os parâmetros das políticas nacionais correspondentes; -Política de assistência farmacêutica e de insumos; -Política de interiorização de recursos humanos; -Implantação dos sistemas municipais de auditoria dos serviços de saúde; -Implantação e articulação de Centrais de Regulação, de abrangência municipal, micro ou macro-regional; -Adoção de protocolos clínicos e de regulação do acesso aos serviços especializados; -Contratualização de todos os prestadores de serviços; -Instituição dos Colegiados de gestão regional; -Elaboração da Programação integrada de ações e serviços de saúde; -Formulação de metodologias e modelos básicos de instrumentos de planejamento para aplicação em âmbito regional; -Monitoramento das metas pactuadas e avaliação dos resultados alcançados -Implantação e implementação de ouvidorias em âmbito municipal e estadual; -Participação do Conselho Municipal no processo de contratualização dos prestadores de serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> -Espaço regional como unidade de planejamento assistencial; -Gestores com capacidade de elaborar projeto comum na saúde; -Sistemas Municipais de saúde complementares; -Assistência ambulatorial especializada e hospitalar resolutivas e qualificadas; -Atenção integral e humanizada ao usuário; -Processo contínuo de qualificação dos quadros técnicos da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com Redução das iniquidades macro e microrregionais.
	Regulação da Atenção à saúde	Material de expediente; Recursos tecnológicos (equipamentos de saúde); Insumos de assistência à saúde; Medicamentos básicos e excepcionais.			
	Gestão compartilhada/ Co-gestão				
	Planejamento Regional				
	Controle social				
TÉCNICO-ASSISTENCIAL	Qualidade da atenção		<ul style="list-style-type: none"> -Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção; -Estímulo ao processo de acreditação dos serviços de saúde; -Implementação de estratégias de acolhimento ao usuário; -Infra-estrutura física da rede de serviços de saúde adequada; -Capacidade instalada nos serviços de média e alta complexidade para realização de exames de apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica e/ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades; -Normas técnicas de rotina e funcionamento dos serviços; -Implementação de Política de Educação Permanente para os profissionais de saúde; -Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES); -Elaboração do plano de ação regional de Educação Permanente em Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> -Espaço regional como unidade de planejamento assistencial; -Gestores com capacidade de elaborar projeto comum na saúde; -Sistemas Municipais de saúde complementares; -Assistência ambulatorial especializada e hospitalar resolutivas e qualificadas; -Atenção integral e humanizada ao usuário; -Processo contínuo de qualificação dos quadros técnicos da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com Redução das iniquidades macro e microrregionais.
	Educação Permanente				

Figura 5 Modelo lógico simplificado da regionalização da assistência à saúde em âmbito estadual.

6.3.1 Componente político

No componente político foram identificados três sub-componentes, que estão melhor detalhados no quadro 5. Esses correspondem à coordenação do processo de regionalização, qualificação da gestão no SUS e financiamento.

A *coordenação* do processo de regionalização visa fortalecer a organização de uma regionalização solidária e cooperativa no território estadual, consistindo das seguintes atividades: elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR); levantamento de necessidades de saúde da população segundo parâmetros estabelecidos; diagnóstico da capacidade instalada da rede própria e conveniada dos espaços regionais no que se refere aos recursos físicos e recursos humanos a fim de detectar inexistências, insuficiências ou oferta excessiva de serviços; identificação das unidades ambulatoriais e hospitalares de referência em média e alta complexidade; elaboração de uma proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual; implantação de estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde e elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal.

O PDR constitui um dos instrumentos de planejamento da regionalização, devendo expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde. Enquanto instrumento auxiliar na coordenação da regionalização, o PDR deve conter também os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde (BRASIL. S. A. S., 2001; BRASIL. M. S., 2006).

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar a garantia do acesso, promoção da equidade, integralidade da atenção, racionalização dos gastos e otimização de recursos, devendo se constituir em recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL. M. S., 2006).

Essa organização regional pressupõe a determinação das necessidades de serviços e ações de saúde de média e alta complexidade, a partir do levantamento geral de informações sobre a situação de saúde da área de interesse, conhecimento

dos principais problemas e necessidades da população e da oferta dos serviços já existentes. Isso evidencia a necessidade ou não de reorientação da estrutura do sistema de saúde, modificando, ampliando ou criando novos serviços e programas a serem desenvolvidos em cada região, que incorporem todos os níveis de atenção, otimizem os custos e aumentem a eficiência do sistema (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Nesse sentido, a publicação da Portaria n. 1.101/2002 estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, com o objetivo de analisar a necessidade de oferta de serviços assistenciais à população, auxiliando na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços. A portaria abrange um conjunto de parâmetros de cobertura para estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, e parâmetros de produtividade destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles humanos, materiais ou físicos (BRASIL. M. S., 2002).

É preciso destacar que esses parâmetros devem ser usados como orientação geral, procurando sempre compará-los com o conhecimento que se tem da realidade local (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A elaboração do PDR deve contemplar ainda uma proposta de fluxo de referência interestadual quando da existência de ações e serviços não ofertados no território estadual.

Embora não seja uma diretriz expressa em nenhum dos documentos técnicos consultados, a criação de estruturas regionais descentralizadas de gestão constitui uma atividade implícita/ inerente ao processo de regionalização da assistência na medida em que se faz necessária uma estrutura que conduza a operacionalização da política estadual de saúde em âmbito regional, através da articulação entre os gestores.

Cabe também ao gestor estadual propor e pactuar diretrizes e normas gerais complementares à da esfera federal, observando as normas vigentes e pactuações na CIB (BRASIL. M. S., 2006).

A busca pela *qualificação da gestão no SUS* envolve o aprimoramento do processo de pactuação entre gestores e dos próprios processos e instrumentos de gestão. Nesse sentido apresenta como objetivo o aumento da capacidade de

diagnóstico e decisão loco-regional pelos gestores, bem como uma maior eficiência dos processos de trabalho em saúde, o que direciona para as seguintes atividades: articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde; cursos de capacitação de gestores em planejamento e gestão da saúde; elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde; desenvolvimento e implementação de tecnologias de informação e controle voltadas à gestão dos serviços e implementação do cartão SUS nos municípios.

Portanto, o processo de qualificação da gestão do SUS passa pela necessidade de qualificação dos gestores e técnicos da saúde em planejamento e gestão da saúde como um todo, de forma a desenvolver habilidades e competências compatíveis com a complexidade gerencial exigida pelo sistema (BRASIL. M. S., 2006). Nesse contexto, a articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde é condição fundamental a fim de manter um quadro técnico e gestor suficientemente habilitado para a gestão da saúde nas suas mais diversas áreas de atuação.

Aliado a isto, faz-se necessária a informatização de toda a rede de serviços (estabelecendo padrão de infra-estrutura de equipamentos de informática), o desenvolvimento de tecnologias de informação e controle dos serviços prestados e o cadastro de usuários (através da estratégia do cartão SUS), diretrizes essas expressas na construção da Política Nacional de Informação e Informática do SUS. Isso significa desenvolver estratégias criativas e inovadoras de tecnologias de informação que permitam a melhoria dos processos de trabalho e por consequência da qualidade das informações aos gestores, além da integração entre os sistemas de informação já existentes (BRASIL. M. S., 2004).

O *financiamento* da regionalização da assistência, ou seja, da gestão do SUS propriamente dita, deve estar expresso no Plano Diretor de Investimentos – PDI, que constitui o instrumento onde estão demonstrados os recursos de investimentos para atender as necessidades identificadas e pactuadas no processo de regionalização do estado (BRASIL.S. A. S., 2001b; BRASIL. M. S., 2006).

Essas necessidades devem atender a critérios de alocação equitativa dos recursos e incluem: investimentos para incorporação tecnológica através dos parâmetros disponíveis que compatibilizam economia de escala e equidade de acesso; investimentos na infra-estrutura de serviços básicos e especializados de assistência à saúde existentes; investimentos para ampliação e qualificação da

atenção básica nos municípios, bem como para ampliação ou implantação de serviços especializados de média e alta complexidade e a própria sustentabilidade financeira das políticas específicas que contemplem a totalidade das ações e serviços de assistência à saúde. Ou seja, deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência para a região de saúde e para a alta complexidade no que se refere macrorregião, sempre buscando atingir a equidade na alocação dos recursos e, conseqüentemente, na saúde como um todo (BRASIL. M. S., 2006).

A equidade pressupõe que cada indivíduo tenha igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde decorrentes de suas necessidades e para isso os serviços de saúde precisam estar disponíveis para o atendimento dessas necessidades (MENDES; ALMEIDA, 2005). Contudo, de acordo com Lucchese (2006) interpretar o conceito de equidade da forma mais adequada ao campo de atuação em saúde, operacionalizando-o nas atividades de gestão do sistema de forma a reduzir as desigualdades ainda é um grande desafio.

Assim, o PDI, na medida em que direciona os recursos para as áreas de maior necessidade, tem o grande potencial de se tornar no instrumento capaz de provocar as mudanças necessárias no sentido da equidade da assistência integral e do acesso.

OBJETIVO GERAL: Promover maior equidade na alocação de recursos e garantir acesso e resolutividade às ações de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.							
Componente	Sub-componente	Objetivo	Insumo	Atividade	Produto	Resultados intermediários	Resultado final
Político	Coordenação	Constituir e fortalecer o processo de regionalização solidária e cooperativa no território estadual, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização.	Recursos humanos; Recursos financeiros; Equipamentos de informática; Material de expediente.	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboração do Plano Diretor de Regionalização, envolvendo todos os gestores e aprovado pela CIB, para estruturação das regiões de saúde segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; -Levantamento de necessidades de saúde da população segundo parâmetros estabelecidos, como critério para oferta de serviços; -Diagnóstico da capacidade instalada da rede própria e conveniada dos espaços regionais no que se refere aos recursos físicos e recursos humanos (detecção de inexistências, insuficiências ou oferta excessiva de serviços); -Identificação das unidades ambulatoriais e hospitalares de referência em média e alta complexidade; -Elaboração de uma proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual; -Implantação de estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde com capacidade técnica para apoiar os municípios no gerenciamento regional da assistência, promovendo a articulação entre os gestores; -Elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Regiões de saúde definidas; -Plano Diretor de Regionalização elaborado; -Levantamento de necessidades de saúde segundo parâmetros estabelecidos; -Mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional; -Unidades de referência ambulatorial e hospitalar identificadas; -Fluxo de referência interestadual definido; -Estruturas gerenciais descentralizadas implantadas; -Normas técnicas complementares elaboradas em âmbito estadual. 	<p>Modelo de regionalização orientado para a redução das iniquidades macro e microrregionais;</p> <p>Secretaria Estadual de saúde com capacidade de promover articulação política municipal;</p> <p>Estruturas de gerência regionais resolutivas e com boa capacidade articulatória.</p>	Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com redução das iniquidades macro e microrregionais.
	Qualificação da gestão no SUS	Aumentar a capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional pelos gestores, bem como maior eficiência dos processos de trabalho em saúde.		<ul style="list-style-type: none"> -Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde para o desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação de gestores; -Cursos de capacitação de gestores em planejamento e gestão da saúde; -Elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde; -Desenvolvimento e implementação de tecnologias de informação e controle voltadas à gestão dos serviços, com prioridade para as áreas de regulação, dispensação farmacêutica, atendimento e administração; -Implementação do cartão SUS nos municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> -Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde firmada; -Número de gestores capacitados para o planejamento e a gestão em saúde; -Plano de informatização da rede elaborado e implementado; -Tecnologias de informação para a gestão dos serviços desenvolvidas e implementadas; -Municípios com Cartão SUS implementado. 	<p>Melhoria da capacidade dos gestores quanto ao diagnóstico e tomada de decisão loco-regional;</p> <p>Maior eficiência dos processos de controle e gestão dos serviços de saúde.</p>	
	Financiamento	Garantir a operacionalidade, racionalidade e equidade do desenho regional da assistência.		<p>Elaboração do PDI contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aplicação equitativa de recursos financeiros para a garantia de implementação do PDR; -Incorporação tecnológica através de parâmetros que compatibilizem economia de escala e equidade de acesso; -Investimentos na infra-estrutura de serviços básicos e especializados de assistência à saúde existentes; -Investimentos para ampliação e qualificação da atenção básica nos municípios; -Investimentos para ampliação ou implantação de serviços especializados de média e alta complexidade; -Sustentabilidade financeira das políticas específicas que contemplem a totalidade das ações e serviços de assistência à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> -PDI elaborado para a regionalização estadual da saúde, explicitando as decisões de investimentos, com definição dos critérios de alocação equitativa dos recursos e parâmetros de incorporação tecnológica. 	<p>Garantia de investimentos para a conformação e manutenção do desenho equitativo da rede regionalizada de assistência à saúde.</p>	

Quadro 5 Componente político do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual.

6.3.2 Componente Gerencial

No componente gerencial foram identificados cinco sub-componentes, apresentados no quadro 6. São eles: organização e gestão dos serviços; regulação da assistência à saúde; gestão compartilhada/ co-gestão; planejamento regional e controle social.

A *organização e gestão dos serviços* nos espaços regionais conduzirá a operacionalização da integralidade da assistência, configurando um modelo assistencial ou modelo de atenção a saúde, que segundo Paim (2003a) consiste numa dada forma de técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Incorpora, portanto, uma lógica que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde.

A aplicação dessa definição no recorte da regionalização da assistência buscou vislumbrar, no espaço regional, as atividades gerenciais necessárias a tornar o modelo de assistência regional à saúde eficiente e eficaz. Dentre as práticas requeridas identificaram-se as seguintes: o estabelecimento de fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macrorregional) aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar para áreas específicas de assistência em média e alta complexidade; estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informações em Saúde, bem como a utilização rotineira de informações clínicas, epidemiológicas e administrativas, obtidas dos sistemas de informações, na condução da organização e gestão dos serviços; implementação de política de assistência farmacêutica e insumos e a política de interiorização de recursos humanos, entre outras.

Os fluxos assistenciais de referência e contra-referência constituem a base da regionalização, sendo essenciais tanto à garantia da integralidade quanto ao controle da garantia do acesso através dos mecanismos regulatórios. Tais fluxos precisam estar bem definidos tanto nos espaços micro quanto nos macrorregionais, a fim de contemplar todas as áreas específicas de assistência em média e alta complexidade, no que se refere aos serviços especializados, ambulatoriais ou hospitalares, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

O MS define média complexidade como o conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Tal assistência inclui: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior e médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédicos; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; órteses e próteses; anestesia (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Já a alta complexidade envolve alta tecnologia e alto custo nas seguintes áreas: doença renal crônica; cirurgia cardiovascular; assistência ao paciente oncológico; procedimentos de neurocirurgia; assistência aos portadores de queimaduras; cirurgia reprodutiva; genética clínica e outras (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Uma gestão para ser eficiente e eficaz deve utilizar das estratégias para alimentação e qualidade dos dados que compõem os sistemas de informação em saúde, de forma a ter disponível informações clínicas, epidemiológicas e administrativas que orientem as ações.

Segundo Branco (2004), muitos dos problemas enfrentados pelas esferas gestoras podem ser minimizados com a utilização de informações que auxiliam a compreensão dos fatos e avaliação das ações empreendidas. A adequada gestão da informação potencializa o gerenciamento não apenas das atividades-fim, como também das atividades-meio, como sistema de compras, auditoria, controle de material e pessoal, contribuindo com a modernização administrativa e financeira. Além disso, a informação facilita a comunicação com a população, suas instâncias de representação e com a mídia.

Paralelamente, pode-se realizar inquéritos e pesquisas domiciliares, de forma periódica, como importante fonte de detecção de necessidades de saúde não atendidas, bem como para um maior conhecimento da realidade da assistência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

A implementação de políticas estratégicas, como a assistência farmacêutica e de insumos e a política de recursos humanos, é condição essencial ao processo de regionalização, na medida em que constituem elementos-chave para uma assistência resolutiva e integral.

O financiamento da assistência farmacêutica básica é de responsabilidade das três esferas gestoras, da assistência farmacêutica de programas estratégicos de responsabilidade do MS e os medicamentos de dispensação excepcional de responsabilidade do MS e dos Estados (BRASIL. M. S., 2006). No espaço regional, há que se estabelecer, entre municípios e estados, as estratégias para que os medicamentos e insumos de dispensação excepcional e os relacionados aos programas estratégicos, sejam ofertados permanentemente e garantido o acesso através da definição dos fluxos para sua aquisição pela população. Cabe aqui, mencionar novamente a necessidade de desenvolvimento de estratégias criativas e inovadoras de tecnologias de informação (destacadas no componente *qualificação da gestão no SUS*), em especial voltadas à dispensação de medicamentos e insumos, que permitam a melhoria dos processos de trabalho, promovendo maior controle e racionalização do uso, bem como a garantia da disponibilidade.

Já no que se refere à política de recursos humanos, esta deve ser implementada no plano estadual de forma a garantir a fixação de profissionais especializados no interior do estado. Questões relativas aos baixos salários ofertados aos especialistas e ao incipiente desenvolvimento urbano nos municípios interioranos colocam a contratação de recursos humanos como uma forte limitação para a assistência clínica e cirúrgica aos agravos de natureza aguda e crônica, limitando a resolutividade dos serviços aos casos de baixa gravidade (DUBEUX; BEZERRA; FREESE, 2006).

Tais questões precisam ser alvo de estratégias que permitam garantir suficiência de quadros profissionais especialistas nos serviços de média e alta complexidade das regiões de saúde, reduzindo as desigualdades inter-regionais existentes. Essas estratégias devem incluir tanto aspectos financeiros, a fim de desprecarizar os vínculos e favorecer a fixação, quanto aspectos de oportunidade de qualificação profissional, gerando condições para o desenvolvimento destes.

O estado deve ainda desenvolver e apoiar os municípios na implementação de experiências inovadoras de gestão e organização da rede. Diversas iniciativas exitosas para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema, com impacto

positivo sobre a saúde da população, implementadas no país, tiveram origem local e/ou estadual, tendo sido posteriormente adotadas em nível nacional, como é o caso do Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e outras. Experiências inovadoras devem ser pensadas e estimuladas a fim de se avançar na implementação do SUS, de forma a garantir seus princípios e diretrizes.

A *regulação da assistência à saúde*, enquanto mecanismo de ordenação das práticas assistenciais e de controle das metas pactuadas é fundamental para garantir e facilitar o acesso à assistência especializada, oferecendo a melhor alternativa assistencial de acordo com a disponibilidade. A regulação da assistência à saúde tem como objeto a assistência à saúde realizada por prestadores de serviços, públicos e privados, e suas ações compreendem a contratação, regulação do acesso à assistência, controle e avaliação assistencial e a auditoria assistencial (BRASIL. M. S., 2006).

Dentro desse escopo de ações, a implantação de centrais de regulação (de Centrais de Atenção Pré-hospitalar, Centrais de Internação e Centrais de Consultas e Exames) de abrangência municipal e micro ou macro-regional, a depender do desenho regional, torna-se primordial para uma adequada intermediação entre a demanda dos usuários e a oferta de serviços de saúde. A abrangência e a respectiva gestão deve ser resultado do processo de negociação entre os gestores (BRASIL. M. S., 2006).

A integração e articulação dessas centrais deve se dá tanto do ponto de vista operacional do estabelecimento das relações, constituindo complexos reguladores, quanto da comunicação adotada, através da uniformização dos sistemas de gerenciamento e operação das Centrais, na busca de uma linguagem mais universal de regulação. Nesse sentido, a adoção de protocolos assistenciais e de regulação do acesso, são extremamente importantes visando uniformizar as condutas de encaminhamento e os fluxos de referência.

Entre as principais atividades de uma central de regulação, destacam-se o acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais e garantindo a efetivação da programação pactuada e integrada, e a distribuição equitativa dos serviços de saúde para a população, adotando para isso os parâmetros assistenciais.

Entre as demais atividades inerentes ao processo de regulação da assistência encontram-se: o cadastramento completo e atualizado de todas as unidades prestadoras de serviços; o controle, supervisão e avaliação de todas as unidades prestadoras de serviços; implantação dos sistemas municipais de auditoria dos serviços de saúde e a contratualização dos prestadores de serviços.

A informação resultante da produção dos serviços (cadastro, controle, supervisão e avaliação) retroalimenta o planejamento, indica auditorias e fornece indicadores para a avaliação e melhoria de atenção à saúde. A implementação dos sistemas municipais de auditoria institui um processo regular para aferir e induzir a qualidade do atendimento (BRASIL. M. S., 2006).

Vale destacar que a contratualização dos prestadores de serviços é o mecanismo através do qual o gestor municipal ou estadual do SUS e o serviço, estabelecem metas quantitativas e qualitativas visando o aprimoramento do processo de assistência à saúde e da gestão do serviço, formalizado por meio de um convênio (BRASIL. M. S., 2005). Esse processo iniciou com os hospitais filantrópicos em 2005, diante da crise que estes atravessavam, determinada por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial e de gestão dessas unidades, bem como, ao processo de inserção na rede de serviços do SUS, sendo posteriormente estendido com o Pacto pela Saúde para todos os prestadores de serviços, incluindo os públicos (BRASIL. M. S., 2006).

Essa nova forma de estabelecer contrato com os serviços visa superar em parte a lógica de pagamento exclusivo por produção, definindo um novo modelo de alocação de recursos financeiros, composto um componente pré-pagamento e outro pós-pagamento, sendo o primeiro condicionado ao cumprimento das metas expresso no Contrato de Metas. Este especifica as metas físicas (quantitativas) e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitem seu acompanhamento e avaliação, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência (BRASIL. M. S., 2005).

A *gestão compartilhada ou co-gestão* é o sub-componente da regionalização da assistência que visa fortalecer o processo de pactuação entre gestores, tornando a gestão da saúde um processo integrado, cooperativo e solidário entre as três esferas gestoras do SUS. O paradigma da regionalização cooperativa fundamenta-se no princípio da cooperação gerenciada, onde a cooperação se dá pela associação intermunicipal e o gerencial pelos mecanismos de planejamento, controle

e avaliação compartilhados das redes regionais de assistência. Visa fundamentalmente superar uma visão restrita de recorte territorial e da representação gestora regional para apresentar-se como um processo de mudança das práticas sanitárias do SUS (MINAS GERAIS, 2004).

Entre outros aspectos, a conjunção do espaço regional cria a possibilidade de uma cooperação mais próxima entre os municípios e entre estes e o estado, viabilizando a transição de uma regionalização político-administrativa para uma regionalização funcional-assistencial e contribuindo para: um planejamento mais racional e participativo, com maior visão das singularidades regionais; criar uma base territorial permanente para as programações pactuadas e integradas; ajustar a oferta de serviços de saúde; superar a fragmentação dos serviços, instituindo sistemas integrados de serviços; fortalecer o papel das Secretarias Estaduais de Saúde; criar uma consciência de pertencimento regional; substituir uma atitude de competição intermunicipal por uma de cooperação intermunicipal e melhorar a qualidade do controle público sobre os serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2004).

Para qualificar o processo de regionalização, o Pacto pela Saúde, através do Pacto de Gestão estabelece que o espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa entre os gestores de saúde da Região se dará através de um Colegiado de Gestão Regional, sem comprometimento das demais instâncias de pactuação. O Colegiado se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva e deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual, sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. Tais colegiados deverão ser apoiados por Câmaras técnicas permanentes, que têm o papel de fornecer informações e análises relevantes da situação de saúde (BRASIL. M. S., 2006).

Fica definido ainda como diretriz operacional do Pacto, o Termo de Compromisso de Gestão (Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal), como o documento de formalização deste nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, devendo conter as metas e objetivos do Pacto, as responsabilidades e atribuições de cada gestor e os indicadores de monitoramento. O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação para estados e municípios

estabelecidos na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS 01/02, contudo até sua assinatura ficam mantidas as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema nessas normas (BRASIL. M. S., 2006).

O PDR deve ser revisado periodicamente, no intuito de avaliar se o desenho regional estabelecido é suficiente e adequado tendo em vista os princípios da acessibilidade e integralidade da assistência, a fim de que alterações necessárias possam ser feitas no desenho, conferindo dinamicidade ao processo de regionalização.

Considerando tais aspectos, a gestão compartilhada ou co-gestão poderia ser considerada um processo eminentemente político e portanto mais adequada ao componente político deste modelo lógico. Contudo, seu caráter gerencial fortemente voltado para as decisões de âmbito regional, apoiadas tecnicamente, permitiu-nos considerá-la um sub-componente gerencial, com forte implicação na condução do planejamento regional.

O *planejamento regional*, destacado como um sub-componente pela necessidade de destacar esse processo, está fortemente vinculado ao espaço de gestão compartilhada e nele ocorre. Este pressupõe que cada esfera de gestão realiza o seu planejamento, articulando-se de forma a contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades locorregionais, fazendo-se necessária a formulação de metodologias e modelos básicos de instrumentos de planejamento para aplicação em âmbito regional (BRASIL. M. S., 2006).

Nesses moldes o planejamento se dá de forma ascendente e integrada, constituindo-se num processo estratégico para a eleição de prioridades e pactuação das metas regionais de assistência.

Mais que uma exigência formal, o planejamento regional deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado (BRASIL. M. S., 2006).

Destaca-se que o sistema de planejamento inclui o monitoramento e avaliação das ações implementadas e dos resultados alcançados, como instrumento

estratégico de gestão do SUS e de fortalecimento do próprio planejamento, na medida em que lhe confere direcionalidade e precisão (BRASIL. M. S., 2006).

Nesse sentido, assume relevância a participação do *controle social* na discussão das metas pactuadas e acompanhamento das ações programadas, obtidas com o processo de planejamento. O controle social visa ainda estimular a participação dos cidadãos na avaliação das ações e serviços de saúde implementados, utilizando como uma das estratégias a implantação de ouvidorias nos estados e municípios (BRASIL. M. S., 2006). A participação dos usuários fica também garantida no processo de contratualização dos prestadores de serviços com a constituição, no âmbito dos Conselhos de Saúde correspondentes, das Comissões de Acompanhamento do Contrato de Metas para avaliar trimestralmente o desempenho dos prestadores de serviços frente as metas pactuadas.

OBJETIVO GERAL: Promover maior equidade na alocação de recursos e garantir acesso e resolutividade às ações de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.							
Componente	Sub-componente	Objetivo	Insumo	Atividade	Produto	Resultados intermediários	Resultado final
Gerencial	Organização e gestão dos serviços	Garantir a eficiência e eficácia gerencial do modelo de assistência regional à saúde.	Recursos humanos; Recursos financeiros; Equipamentos de informática; Material de expediente.	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecimento de fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macro- regional) aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar para áreas específicas de assistência em média e alta complexidade, em conformidade com os parâmetros das políticas nacionais correspondentes (urgências e emergências; oncologia; terapia intensiva; doenças renais e cardiovasculares; próteses e órteses; reabilitação etc.); -Conformação da rede de laboratórios de saúde pública e hemocentros; -Estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informações em Saúde; -Utilização rotineira de informações clínicas, epidemiológicas e administrativas, obtidas dos sistemas de informações, na condução da organização e gestão dos serviços; -Inquéritos e pesquisas domiciliares periódicas para maior conhecimento e detalhamento da realidade da assistência; -Implementação de política de assistência farmacêutica e de insumos; -Implementação de política de recursos humanos favorecendo a fixação profissional em municípios do interior do estado; -Implementação de experiências inovadoras de gestão e organização da rede. 	<ul style="list-style-type: none"> -Fluxos de referência e contra-referência definidos para as áreas específicas de assistência à saúde; -Rede de laboratórios de saúde pública e hemocentros conformada; -Informações de saúde coletadas e analisadas rotineiramente; -Inquéritos e pesquisas domiciliares realizadas periodicamente; -Política de assistência farmacêutica e de insumos implementada; -Política de recursos humanos implementada, com estímulo à fixação do profissional no interior do estado; -Experiências inovadoras de gestão implementadas. 	<p>Integração dos serviços em rede regionalizada;</p> <p>Acessibilidade garantida aos serviços de urgência/emergência, hospitalização e serviços de média e alta complexidade;</p> <p>Modelo gerencial pautado pelo uso de informações, por mecanismos de controle da assistência e na garantia de políticas estratégicas.</p>	Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com redução das iniquidades macro e mirrorregionais.
	Regulação da Assistência à saúde	Garantir e facilitar o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.		<ul style="list-style-type: none"> -Implantação e articulação de Centrais de Atenção Pré-hospitalar, Centrais de Internação e Centrais de Consultas e Exames, de abrangência municipal e micro ou macro-regional em co-gestão com o estado; -Uniformização dos sistemas de gerenciamento e operação das Centrais; -Adoção de protocolos clínicos e de regulação do acesso aos serviços especializados; -Acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais; -Distribuição equitativa dos serviços de saúde, adotando os parâmetros assistenciais; -Cadastramento completo e atualizado de todas as unidades prestadoras de serviços, sob responsabilidade do município no qual se localiza ou do Estado, quando corresponder a sua gestão; -Controle, supervisão e avaliação de todas as unidades prestadoras de serviços, sob responsabilidade do município no qual se localiza ou do Estado, quando corresponder a sua gestão; -Implantação dos sistemas municipais de auditoria dos serviços de saúde; -Contratualização dos prestadores de serviços sob gestão municipal e/ ou estadual para elaboração do Contrato de metas, definindo as metas quantitativas e qualitativas a serem seguidas por estes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Centrais de Atenção Pré-hospitalar implementadas; -Centrais de Internação implementadas; -Centrais de Consultas e Exames implementadas; -Centrais de regulação integradas e com sistemas uniformizados de gerenciamento; -Protocolos assistenciais e de acesso implementados; -Relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre municípios acompanhados; -Serviços de saúde distribuídos de forma equitativa; -Unidades prestadoras de serviços com cadastro completo e atualizado; -Unidades prestadoras de serviços sob controle, supervisão e avaliação da instância gestora correspondente; -Sistemas municipais de auditoria dos serviços de saúde implantados; -Prestadores contratualizados e funcionando sob orientação do Contrato de metas. 	<p>Referenciamento em todos os níveis de atenção, na rede pública e contratada/ conveniada;</p> <p>Mecanismos de acesso e integração da regulação assistencial em âmbito regional/ microrregional estabelecidos;</p> <p>Fluxo de pacientes entre municípios monitorado para efetivação da PPI.</p>	

Quadro 6 Componente gerencial do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual.

OBJETIVO GERAL: Promover maior equidade na alocação de recursos e garantir acesso e resolutividade às ações de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.							
Componente	Sub-componente	Objetivo	Insumo	Atividade	Produto	Resultados intermediários	Resultado final
Gerencial	Gestão compartilhada/ Co-gestão	Fortalecer o processo de pactuação entre gestores, tornando a gestão da saúde um processo integrado, cooperativo e solidário entre as três esferas gestoras do SUS.	Recursos humanos; Recursos financeiros; Equipamentos de informática; Material de expediente; Recursos tecnológicos (equipamentos de saúde); Insumos de assistência à saúde; Medicamentos básicos e excepcionais.	-Instituição dos Colegiados de gestão regional como espaço permanente de pactuação e co-gestão da região de saúde com a participação de todos os gestores municipais da região e gestores estaduais; -Elaboração da Programação integrada de ações e serviços de saúde; -Instituição das Câmaras técnicas de apoio aos colegiados de gestão regional para fornecimento de informações e análises relevantes; -Estabelecimento de contrato entre os gestores municipais e estadual através da assinatura do Termo de compromisso de gestão; -Revisões periódicas do PDR pelos gestores.	-Um Colegiado de gestão regional implantado em cada microrregião/ região de saúde; -Programação das ações de saúde elaborada; -Uma Câmara técnica implantada para cada Colegiado de gestão; -Termo de compromisso de gestão firmado;- -PDR revisado periodicamente.	Gestores com capacidade de elaborar projeto comum na saúde; Sistemas Municipais de saúde complementares.	Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com redução das iniquidades macro e mirrorregionais.
	Planejamento Regional	Conferir direção e precisão ao processo de gestão regional no SUS.		-Formulação de metodologias e modelos básicos de instrumentos de planejamento para aplicação em âmbito regional; -Eleição das prioridades de saúde com definição e pactuação de metas regionais; -Apoio técnico aos municípios no processo de planejamento e pactuação das metas a serem alcançadas nos níveis regionais; -Definição das responsabilidades de cada gestor no que se refere às metas pactuadas; -Elaboração de estratégias para alcance das metas pactuadas; -Seleção dos indicadores para monitoramento das metas pactuadas; -Estabelecimento de um cronograma de avaliação dos resultados alcançados.	-Modelo de planejamento estratégico regional formulado; -Quadro de metas regionais estabelecido; -Apoio técnico aos municípios no processo de planejamento e pactuação de metas; -Responsabilidades de cada gestor instituídas; -Estratégias traçadas para o alcance das metas; -Indicadores de monitoramento selecionados; -Cronograma de avaliação dos resultados estabelecido.	Processo ascendente e integrado de planejamento; Espaço regional como unidade de planejamento assistencial; Intervenções orientadas por prioridades; Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação pela gestão regional.	
	Controle social	Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, visando o fortalecimento da gestão estratégica do SUS.		-Implantação e implementação de ouvidorias em âmbito municipal e estadual; -Discussão no âmbito dos Conselhos Municipais e Estadual das metas pactuadas e acompanhamento das ações programadas; -Participação dos usuários no processo de contratualização dos prestadores de serviços; -Constituição, no âmbito dos Conselhos correspondentes, Comissões de Acompanhamento do Contrato de Metas para avaliar trimestralmente o desempenho dos prestadores de serviços frente as metas pactuadas;	-Número de ouvidorias implementadas em âmbito municipal; -Ouvidoria estadual implementada; -Conselhos Municipais e Estadual com participação na discussão das metas e acompanhamento das ações; -Participação social garantida na contratualização dos prestadores de serviços. -Avaliação trimestral do Contrato de metas.	Participação do controle social no espaço regional garantida.	

Quadro 6 Componente gerencial do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual (continuação).

6.3.3 Componente técnico-assistencial

O componente técnico-assistencial é composto de dois sub-componentes: a qualidade da assistência e a educação permanente, descritos no quadro 7.

A qualidade da atenção representa as atividades necessárias a obtenção de uma assistência resolutiva e integral, incluindo as seguintes ações: dimensionamento das equipes multiprofissionais de acordo com a complexidade do atendimento; suficiência de equipamentos, insumos e medicamentos; estímulo ao processo de acreditação e avaliação dos serviços de saúde; implementação de estratégias de acolhimento ao usuário; adequação da infra-estrutura física dos serviços; manutenção da capacidade instalada para apoio diagnóstico e terapêutico e utilização de normas de rotina e funcionamento dos serviços e protocolos para as práticas profissionais.

A identificação dessas atividades não esgota a discussão da qualidade da assistência em si mesma, mas busca uma aproximação das necessidades verificadas nos serviços a fim de satisfazer a resolutividade, com conseqüente qualidade da assistência.

A trajetória dos procedimentos para controle de qualidade dos serviços hospitalares no Brasil foi permeada primeiramente pelos pressupostos da acreditação e mais recentemente pelas definições da avaliação dos serviços de saúde. A acreditação se diferencia da avaliação dos serviços de saúde, pois apresenta uma conotação de incentivo para os estabelecimentos alcançarem outros fins como o recebimento de pagamentos, verbas regulares ou ganhos publicitários, atingindo a condição de “acreditado” (SANTOS et al., 2000). Em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa de Melhoria da Qualidade, com o objetivo de disseminar a cultura de qualidade em saúde entre os profissionais e usuários desse setor. Investiu-se no desenvolvimento do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que resultou na elaboração do Manual Brasileiro de Acreditação, representando um marco orientador para os programas de incremento da eficiência, eficácia e efetividade dos hospitais brasileiros (BRASIL. S. A. S., 2002a).

Paralelamente, em 1998, o MS desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação,

além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. A partir de 2004, após reformulações, o programa passou a se denominar Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), cujo objetivo foi avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões, analisando a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL. S. A. S., 2004).

Entre os objetivos específicos do programa destaca-se a necessidade de fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde, enquanto instrumento de apoio à gestão do SUS e implementar padrões de conformidade dos serviços de saúde na busca pela qualidade da assistência (BRASIL. S. A. S., 2004).

Faz parte do rol de padrões de conformidade dos serviços de saúde a presença de equipes dimensionadas para o atendimento conforme o grau de complexidade, a existência e suficiência de equipamentos, insumos e medicamentos, a manutenção da capacidade instalada para apoio diagnóstico e terapêutico e a utilização de normas de rotina e funcionamento dos serviços e protocolos para as práticas profissionais, entre outros aspectos, sempre considerando o tipo de estabelecimento de saúde (BRASIL. S. A. S., 2004). De acordo com Rehem (2007) a adoção de protocolos clínicos, para padronização de insumos e procedimentos, é uma ferramenta básica para a qualidade, pois diminui a variabilidade desnecessária nos resultados e permite uma programação de atividades e recursos mais adequada.

Nesse contexto de promoção da qualidade da assistência, têm-se ainda resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como a RDC 50 e RDC 189, que dispõem sobre a avaliação e aprovação dos projetos arquitetônicos dos serviços de saúde pelas vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais, seja para novas construções, ampliação ou reforma, na tentativa de promover uma infraestrutura física dos serviços de saúde adequada ao seu perfil assistencial.

Intrinsecamente relacionada com a qualidade da assistência, mas vislumbrada como um sub-componente específico devido ao seu caráter abrangente e particular, a *educação permanente* é considerada uma estratégia do SUS, para a

formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação da gestão e da assistência no SUS (BRASIL. M. S., 2006). Suas ações incluem: a implementação da Política de Educação Permanente; integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente; articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para os processos de formação de acordo com as necessidades do SUS; criação de estruturas regionais formais de coordenação e execução da Política de Educação Permanente; constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e elaboração do plano de ação regional de Educação Permanente em Saúde.

A educação na saúde se estabelece no Pacto pela Saúde, enquanto uma das diretrizes para a gestão do SUS, buscando avançar na implementação da Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, considerando as especificidades regionais. Isso inclui a implementação da Política de Educação Permanente como aspecto essencial da qualificação do SUS e de seus trabalhadores, promovendo a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos e a articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para que os processos de formação sejam estabelecidos de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL. M. S., 2006).

Para tanto, a Política de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL. M. S., 2007).

A condução regional da Política de Educação Permanente em Saúde deve se dar por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que devem atuar na formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990. As CIES deverão ser compostas por gestores municipais e estaduais da saúde e ainda por gestores estaduais e municipais de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde e por movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas

de saúde e do controle social no SUS, assumindo entre outras funções, o papel de apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional da sua área de abrangência (BRASIL. M. S., 2007).

Considerando as especificidades locais e regionais, os Colegiados de Gestão Regional elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos municípios participantes (BRASIL. M. S., 2007). Isso evidencia a necessidade de criação de estruturas formais de coordenação e execução da Política de Educação Permanente no espaço regional, que promovam a articulação entre as instituições e coordenem e acompanhem a implementação das ações de educação permanente na saúde, contribuindo para a gestão descentralizada do SUS (BRASIL. M. S., 2006).

OBJETIVO GERAL: Promover maior equidade na alocação de recursos e garantir acesso e resolutividade às ações de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.							
Componente	Sub-componente	Objetivo	Insumo	Atividade	Produto	Resultados intermediários	Resultado final
Técnico-assistencial	Qualidade da assistência	Garantir resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde.	Recursos humanos; Recursos financeiros; Equipamentos de informática; Material de expediente; Recursos tecnológicos (equipamentos de saúde); Insumos de assistência à saúde;	-Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção; -Equipamentos, insumos e medicamentos em quantidade suficiente e compatíveis com o nível de complexidade do serviço; -Estímulo ao processo de acreditação dos serviços de saúde; -Implementação de estratégias de acolhimento ao usuário; -Infra-estrutura física da rede de serviços de saúde adequada ao atendimento; -Manutenção da capacidade instalada nos serviços de média e alta complexidade para realização de exames de apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica e/ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades; -Instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento (contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos) para os serviços de saúde; -Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional.	-Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento; -Equipamentos, insumos e medicamentos disponibilizados continuamente conforme a complexidade do serviço; -Serviços, hospitais e hemocentros acreditados; -Unidades com estratégia de acolhimento implementadas; -Serviços de saúde com infra-estrutura adequada; -Serviços de média e alta complexidade com capacidade para realização de exames de apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica; -Fluxos de referência para realização de exames, apoio diagnóstico e terapêutico previamente pactuados; -serviços de saúde operando sob orientação das normas de rotina e funcionamento; -Profissionais atuando sob orientação de protocolos clínicos.	Assistência ambulatorial especializada e hospitalar resolutivas e qualificadas; Atenção integral e humanizada ao usuário.	Distribuição equitativa de recursos para garantia do acesso e resolutividade às ações de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, com redução das iniquidades macro e mirrorregionais.
	Educação Permanente	Avançar na implementação da Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, considerando as especificidades regionais.		-Implementação de Política de Educação Permanente em Saúde; -Integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente; -Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para os processos de formação de acordo com as necessidades do SUS; -Criação de estruturas regionais formais de coordenação e execução da Política de Educação Permanente; -Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES); -Elaboração do plano de ação regional de Educação Permanente em Saúde .	-Política de Educação Permanente implementada; -Processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos integrados à política de educação permanente; -Processos de formação em saúde articulados e pactuados com o Sistema Estadual de Educação; -Estruturas de coordenação e execução da Política de Educação Permanente criadas; -CIES constituídas; -Plano de ação para as atividades de capacitação e desenvolvimento em âmbito regional elaborado.	Política de Educação Permanente em Saúde voltada para a superação das desigualdades regionais; Processo contínuo de qualificação dos quadros técnicos da saúde;	

Quadro 7 Componente técnico-assistencial do modelo lógico da regionalização da assistência em âmbito estadual.

6.4 Análise da coerência

Para a análise da coerência do modelo lógico faz-se necessário uma discussão inicial sobre os conceitos-chave expressos no objetivo da regionalização da assistência: garantir a *equidade* no *acesso* dos cidadãos a uma *atenção integral*.

Acesso, equidade e integralidade, explícitos no objetivo da regionalização, constituem um conceito tríplice, entrelaçado e implicam, necessariamente, repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde (CECILIO, 2001). Dessa forma, cabe aqui uma breve revisão desses conceitos, já que permeiam todo o processo de discussão acerca da regionalização e conseqüentemente da elaboração do modelo lógico.

A definição de acesso tem suscitado diversas compreensões e implicações teórico-práticas. Segundo Hortale, Pedroza e Rosa (2000), enquanto alguns autores utilizam os termos acesso, acessibilidade e disponibilidade como sinônimos, outros utilizam acessibilidade como qualidade do acesso ou disponibilidade como indicador de acessibilidade. Pretendendo uma maior sistematização para a definição de acesso, esses autores explicitam que:

O acesso depende, ao mesmo tempo, da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços que os recursos permitem oferecer e em que condições (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000. p. 60).

Entende-se, assim, que os serviços podem não ser acessíveis, mesmo quando os recursos estão disponíveis, pois podem existir obstáculos de diversas ordens para seu uso, o que significa que disponibilidade não implica em utilização (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000). De acordo com Silva (2005), esses obstáculos podem ser geográficos (relacionados por exemplo com a distância ou disponibilidade de transporte), organizacionais (existência de filas, tempo de espera, natureza do acolhimento) e econômicos (poder aquisitivo).

São complexas as razões para que um serviço de saúde seja ofertado para a população, seja utilizado por ela e que desse ato resulte em benefícios para a saúde. Para isso, os serviços especializados, os recursos humanos e os tecnológicos devem está adequadamente disponíveis à população para que seja

possível a utilização dos mesmos em um nível de resolutividade, que permita a satisfação do usuário, do profissional; além do efetivo e eficiente funcionamento do sistema de saúde.

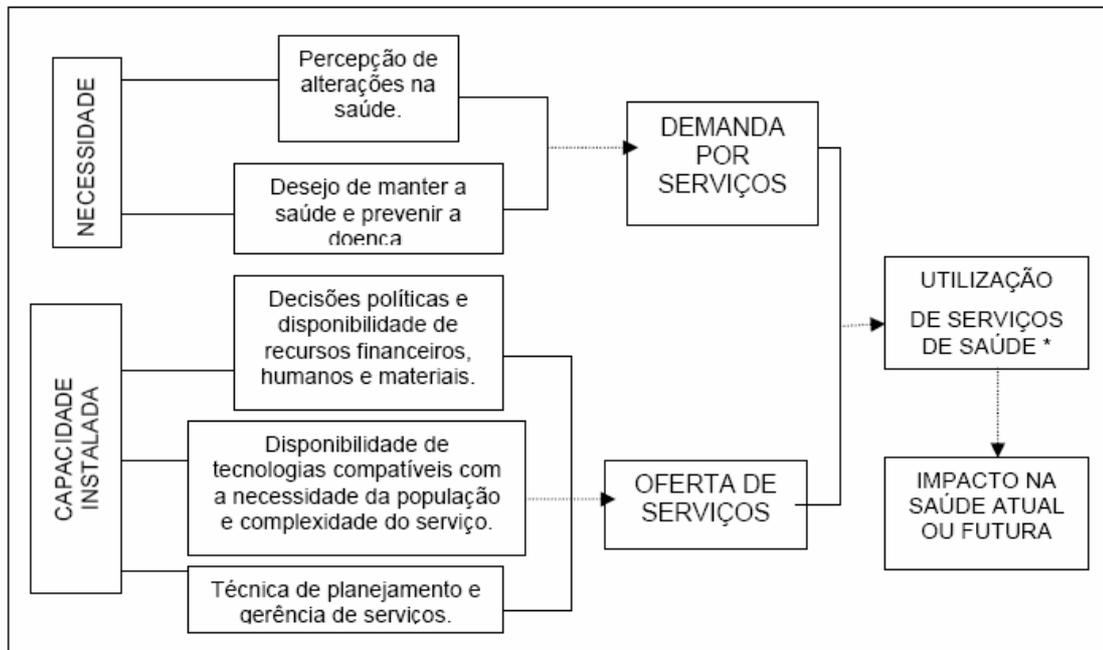


Figura 6 Modelo adaptado das relações entre os fatores que permeiam a oferta de serviços de saúde.

Fonte: Dubeux (2006).

Guardando íntima relação com o conceito de acesso, a equidade segundo Whitehead (1992 apud LUCHESE, 2006), implica que idealmente todos devem ter oportunidade para obter pleno potencial de saúde e que ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo se tal desvantagem puder ser evitada. Isso pressupõe que cada indivíduo tenha igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde decorrentes de suas necessidades (MENDES; ALMEIDA, 2005).

A integralidade, por sua vez, tem funcionado com uma imagem-objeto a ser perseguida, ou seja, uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas nele exercidas, sendo talvez o princípio menos visível na trajetória de implementação do SUS e de suas práticas (MATTOS, 2004).

Na prática do SUS ela tem sido operacionalizada como a garantia do acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, dispostos em rede regionalizada e hierarquizada, bem como a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Sem buscar aprofundar uma reflexão sobre as diversas dimensões que a

integralidade pode e deve assumir, essa foi a definição tomada como referência para o estudo.

Isto posto, pode-se dizer que o modelo lógico da regionalização da assistência, na busca pela promoção da maior equidade na alocação de recursos e garantia do acesso e resolutividade às ações de assistência à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema (objetivo geral da intervenção), aborda todas as dimensões do objeto regionalização, desde as ações de cunho político e financeiro que a deflagram até as ações técnicas que determinam a qualidade da assistência, passando por todos os mecanismos gerenciais que a qualificam enquanto proposta de gestão do SUS.

Os sub-componentes que integram o modelo lógico, permitem visualizar através das atividades identificadas, os vários aspectos operacionais da regionalização da assistência que busca instrumentalizar gestores, técnicos e profissionais da saúde na sua execução e condução. A conjunção de tais atividades permite considerar que foram empregados todos os meios existentes para o alcance dos resultados, numa perspectiva mais geral de modelo de gestão do SUS, observando-se relação de complementariedade entre os componentes do modelo (análise vertical do modelo).

Observa-se ainda que os elementos (objetivos, recursos, atividades, produtos e resultados) abordados em cada sub-componente do modelo da regionalização guardam estreita relação entre si, explicitando a cadeia de causalidade que leva a obtenção dos resultados esperados (análise horizontal do modelo). Verifica-se também que esses elementos se mostram suficientes frente aos conhecimentos técnicos e científicos vigentes para a gestão do sistema de saúde, que se apóia sobre os pilares da integralidade, equidade, participação social, qualidade dos serviços, eficiência da gestão, responsabilização, financiamento e gestão solidários e cooperativos.

A fundamentação teórica da regionalização, explicitada no seu modelo lógico, permite considerá-la uma intervenção plausível, ou seja, tecnicamente viável, a despeito de todas as dificuldades que possam ocorrer no seu processo de implantação, especialmente no que se refere às relações entre gestores, muitas vezes contaminadas por disputas de poder. Embora exista insuficiência de estudos que abordem como tem se dado a implantação da regionalização da assistência no Brasil, é de se esperar que pela complexidade gerencial e operacional inerente a

este processo, ocorram dificuldades de diversas ordens para sua efetivação, o que não significa necessariamente falta de plausibilidade na sua proposta. Porém, é preciso considerar que a metodologia baseada na revisão de literatura e análise documental apresenta limitações para indicar com maior precisão a factibilidade da intervenção em análise, visto que diversos fatores político-institucionais e organizacionais exercem forte influência na implementação.

Contudo, é preciso destacar que o esforço empreendido na construção do modelo lógico da regionalização, foi pautado desde o início pela compreensão de que se trata de uma proposta de modelo para a gestão do SUS, considerando para tanto suas várias dimensões e abordagens, não restritas exclusivamente à formatação do desenho regional final do estado, mas principalmente os desdobramentos implicados na sua operacionalidade. E essas dimensões e abordagens não estão facilmente explicitadas nas normas que tentam operacionalizá-las, mostrando uma insuficiência dos dispositivos legais para torná-las efetivas e praticáveis, o que vem a refletir no grau com que as ações são implementadas.

Partiu-se, portanto, da constatação mais atual de que é possível e, mais que isso necessário, obter uma ação sinérgica dos gestores na busca pela integralidade da assistência, através do processo de regionalização cooperativa e solidária, no qual se constroem as relações intermunicipais e onde se recupera uma escala adequada ao desenvolvimento econômico e social (MINAS GERAIS, 2004), buscando integrar todos os dispositivos normativos consultados na sistematização de um modelo que contribua mais ativamente para sua efetivação.

Nesse sentido, conclui-se que a regionalização da assistência à saúde, conforme apresentada e discutida, é uma intervenção passível de avaliação, na medida em que foi possível caracterizar seus elementos constituintes, oferecendo subsídios para a elaboração de indicadores de avaliação da estrutura, processo e resultados da regionalização, o que permitirá ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na sua operacionalização e contribuir com o seu aperfeiçoamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a análise de intervenção da regionalização da assistência à saúde como uma etapa do estudo de sua avaliabilidade, percebe-se que esta escolha foi adequada para responder as questões do estudo, na medida em que:

- Possibilitou compreender de forma mais clara os mecanismos implicados no processo de regionalização, apresentados pelos documentos oficiais e na literatura científica, que deram suporte a elaboração do modelo lógico;
- Permitiu identificar a relevância significativa do modelo lógico da regionalização da assistência à saúde, pois em que pese todo o potencial das normatizações específicas vigentes para sua implantação, ela ainda carece de maior explicitação quanto às ações processuais para que se efetive enquanto estratégia de organização da assistência e de indução da pactuação entre os gestores;
- Demonstrou que, embora não tenha sido utilizada nenhuma técnica de consenso para a elaboração do modelo lógico apresentado neste estudo, sua construção baseada na literatura e no referencial normativo disponível é importante como ponto de partida para desencadear o debate em torno de um consenso, na medida em que fornecerá subsídios para a discussão e servirá de referencial básico para as etapas seguintes do seu processo avaliativo;
- Permitiu conferir a plausibilidade da intervenção a partir da análise da coerência de seu modelo lógico e verificar sua avaliabilidade, servindo de subsídios para avaliações posteriores.

Espera-se assim, ter contribuído com a elaboração de uma ferramenta de avaliação que possa oferecer aos gestores a base para um julgamento de valor de sua implantação, gerando conclusões para a tomada de decisões que permitam promover avanços e reorganização das práticas na gestão dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC n. 50 de 21 de fevereiro 2002**. Regulamento para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC n. 189 de 18 de julho de 2003**. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desenv_humano/escola_saude_publica/materiais/maika_roeder/189.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

ARAÚJO, E. F.; MACHADO, H. O. P.; FREESE DE CARVALHO, E. Gestão Intermunicipal da Saúde; modalidade e tendências de conformação. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 7, p. 143-174.

BRANCO, M. A. F. Uso da informação em saúde na gestão municipal: para além da norma. In: FREESE, E. (ORG.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. cap. 3, p. 77-90.

BRASIL. **Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1995. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/17_Decreto_1651.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.203 de 06 de novembro de 1996.** Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96. Redefine o modelo de gestão para o processo de consolidação do SUS e o efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes que o orientam. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/NOB96.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2923 de 09 de junho de 1998.** Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2923.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 479 de 15 de abril de 1999.** Altera os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_479_B.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 95 de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0165/Portaria GM_2001_0095.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0165/Portaria_GM_2001_0095.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 373 de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/noas012002.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1101 de 12 de junho de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n. 2.048 de 05 de novembro de 2002.** Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, entre outros. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.academiabarropreto.com.br/portaria_2048_B.pdf>. Acesso em: 25 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática do SUS.** Proposta 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 1721 de 21 de setembro de 2005.** Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.sindhosp.com.br/GM-1721.html>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 635 de 10 de novembro de 2005.** Publica o Regulamento Técnico para a implantação e a operacionalização do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-635.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM/MS n. 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/pacto/portaria_399.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2007.

BRASIL . Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 598 de 23 de março de 2006.** Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_598.doc>. Acesso em: 12 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 699 de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html>. Acesso em: 12 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria204_29_01_07.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria MS/GM n. 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1996_20_08_2007.pdf >. Acesso em: 17 mar. 2008.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/noas.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2007.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 3 ed. rev. atual. Brasília, DF, 2002a. (Série AA, n. 117). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/noas_2002.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2007.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS.** Edição 2004/2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno.pnass.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRITO, R. J. A. A saúde em Belo Horizonte. In: VIEGAS, M. (Org.). **Módulo 10.** Belo Horizonte, 2000. p. 5-17. Disponível em: < <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pbh/arquivos/mod10.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2008.

CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF COMMUNITY BASED PUBLIC HEALTH. Focalizar o projeto da Avaliação. In: _____. **Uma Estrutura de Avaliação para os Programas de Saúde para a Comunidade**. Carolina do Norte: CBPH, 2001. cap. 5, p. 29-38.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2001. p. 113-126.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/PactoGestao/docs/ConverDiver.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2007. 248p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29- 47.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

DUBEUX, L. S. **Avaliação da demanda e oferta de serviços especializados nos hospitais regionais de Pernambuco**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

DUBEUX, L. S.; BEZERRA, L. C. A.; FREESE, E. A Vigilância Epidemiológica e a assistência às doenças crônicas não transmissíveis: uma reflexão sobre as ações básicas de saúde. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 6, p. 121-138.

FREESE DE CARVALHO, E.; SAMPAIO, J.; CESSÉ, E. Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S.; CARNEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Abordagem ecossistêmica em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. cap. 1, p. 45-64.

FRIAS, P. G.; LIRA, P. I. C.; HARTZ, Z. M. A. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 5, p.151-206.

GIL, A. C. O delineamento da Pesquisa. In: _____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995. 207p.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOB. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.292-298, 2001.

HARTZ, Z. M. de A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p.68-82, 1998.

HEIMANN, L. S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sobravime, 2000.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em debate**, Londrina, v. 24, n. 56, p. 57-66, set./dez. 2000.

KELLOG W. K. FOUNDATION. Introduction to Logic Models. In: _____. **Logic Model Development Guide**. Michigan: Kellog, 2001. cap. 1, p. 1-12.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUCHESE, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995**. Planejamento e Políticas Públicas. Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp14/patricia.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2007.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.439-448, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MEDINA, F. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 41-63.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, H. W. B.; ALMEIDA, E. S. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 1, jan./mar. 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Pacto de Gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. PESTANA, M.; MENDES, E. V. (Org.). Belo Horizonte, 2004. 80p.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C. M.; SOUZA, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509-521, 2002.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR, L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. FILHO, N.A. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003a. cap. 19, p. 567-586.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003b. cap. 20, p. 587-604.

PEREIRA, S. S. S.; QUITO, M. V. NOAS: Houve impacto para o SUS? **Revista de direito sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 40-51, mar. 2004.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, K. L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Geneva, 2001. cap. 2, p. 45-62. (WHO Regional Publications, European Series, n. 92).

REHEM, R. Os hospitais e a nova realidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 843-46, 2007.

SANTOS, M. M. P. C. A. et al. **Notas sobre a história de acreditação em saúde no Brasil**. In: Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação, Rio de Janeiro, v.9, número especial, junho 2000, p. 97 – 112 .

SIQUEIRA, S. A. V. et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. **Saúde em debate**, Londrina, v. 26, n. 60, p. 25-36, jan./abr. 2002.

SILVA, S. F.; DOBASHI, B. F. Um novo Pacto no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n. 34, p. 9-17, maio 2006.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 3, p. 65-102.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Clareza ao demandar uma avaliação e definir suas responsabilidades. In: _____. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004. cap. 12, p. 269-299.