



01.03 Regionalização em Saúde e a Organização das Redes Assistenciais



Este capítulo se constitui como uma adaptação de textos desenvolvidos pelo autor e relacionados a estudos sobre regionalização em saúde

Autora: Carlos Eduardo Menezes de Rezende

Trabalho final de Master

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Menezes de Rezende C.E. Regionalização em Saúde e a Organização das Redes Assistenciais[Internet].

Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Trabalho final de Master 2015 [consultado día mes año].

Disponibile en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Introdução

Este capítulo se constitui como uma adaptação de textos desenvolvidos pelo autor e relacionados a estudos sobre regionalização em saúde. Tem como finalidade motivar o debate sobre o assunto no Curso de Coordenação Médica e Gestão da Clínica oferecido pelo HCor em parceria com a UNED, não se tratando, portanto, de visão acabada e definitiva sobre o tema.

Cabe lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS) embora

previsto, em sua origem, como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços (Brasil, 1988), levou cerca de uma década até que o tema retornasse com relevância aos seus

1. Introdução

2. Regionalização como concepção geográfica

3. Resgate histórico do sistema de saúde brasileiro com enfoque na regionalização

4. A organização regionalizada dos serviços de assistência à saúde e a legislação no caso brasileiro

4.1. As bases legais da regionalização no sistema único de saúde

4.1.1. As portarias ministeriais (nobs 1991, 1992, 1993 e 1996 e a noas 2001 e 2002)

4.1.2. Uma nova etapa na regionalização do sus: o pacto pela saúde e o decreto federal 7.508/2011

5. Conclusão

6. Bibliografia

normativos, experimentando nesta área diferentes enfoques, concepções e contextos (Viana et al., 2008).

A reintrodução formal da regionalização da saúde na gestão do SUS ocorreu com a Norma Operacional Básica de 1996 – a NOB 1996.

(...) A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (...) (Brasil, 1997, p. 8)

No entanto, foram as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e NOAS 2002) as responsáveis em definitivo por reforçar a criação de sistemas regionais e funcionais de saúde, organizados em base territorial e desafiando as demarcações legais político-administrativas de estados e municípios.

Numa linha de racionalização de recursos, as NOAS 2001 e NOAS 2002 apresentaram a regionalização como meio para implementar uma descentralização considerando a atuação em nível ampliado, além do município, com o objetivo de oferecer

acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência com melhor aproveitamento de recursos e economia de escala (Rezende, 2004).

Neste sentido, para a NOAS 2002 a regionalização da assistência à saúde deveria ser entendida como:

(...) uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Brasil, 2002, p. 9)

Em que pese o avanço representado pelas NOAS 2001 e NOAS 2002, inclusive na consolidação das ferramentas de planejamento: a) Programação Pactuada e Integrada (PPI); b) Plano Diretor de Regionalização (PDR) – (Brasil, 2001); c) Plano Diretor de Investimento (PDI) e d) Termo de Compromisso e Garantia de Acesso (TCGA); a regionalização proposta, de cunho normativo técnico e padronizada, não foi suficiente (Viana et al., 2008).

No momento atual, há o reconhecimento de que a regionalização, como instrumento de aprofundamento do processo de descentralização do SUS, requer, para sua operacionalização, a apreensão da realidade geográfica em sentido mais amplo, conhecimento regional da epidemiologia, da disponibilidade de serviços, quer sejam públicos, privados ou mistos, e de sua complexidade assistencial.

Vale lembrar que organizar um sistema de saúde em nível regional significa a consideração de diferentes variáveis como o fluxo espontâneo de usuários influenciado pelo papel socioeconômico exercido pelos diferentes municípios, o conflito de interesses devido ao direcionamento de recursos, a identificação das necessidades regionais e sua contraposição às propostas dos prestadores e serviços instalados, no correr do tempo, numa lógica mercantilista (Elias, 2001).

Por isso, a noção de "território usado" (Santos, 2002) adquire

importância fundamental para a definitiva regionalização da saúde.

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. (Santos, 2002, pp. 96-97)

Com a publicação da Portaria Ministerial nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006), denominada Pacto pela Saúde, foi reforçado no planejamento o conceito mais amplo de regionalização – mais especificamente no item desta portaria denominado **Pacto de Gestão**. Esta portaria deu início a novo processo de planejamento das redes assistenciais (Trevisan e Junqueira, 2007), pois conferiu às Comissões Intergestores Regionais (CIRs) a responsabilidade pela negociação e estruturação de seus serviços, permitindo considerar a variabilidade necessária em um país de dimensões continentais. Neste sentido, ao contrário da NOAS 01/2002 que propunha desenho rígido de implantação, a nova regra acabou por “descentralizar a regionalização”.

Cinco anos depois, em continuidade à trajetória de implantação e aprofundamento da regionalização, o Decreto Federal nº 7.508/11, regulamentando a Lei Federal 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, dispôs “sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (Brasil, 2011, art. 1º). No referido decreto consta, dentre outras definições:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Brasil, 2011, art. 2º, I)

O Decreto Federal nº 7.508/11 representa um novo passo e a formalização legal mais recente da consideração do planejamento regionalizado do sistema de saúde e, ainda, mesmo que de forma incipiente, a incorporação do setor privado: “O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada” (Brasil, 2011, art. 15, parágrafo primeiro).

Fato que deve ser ressaltado, visto que o Sistema Nacional de Saúde brasileiro, caracterizado como um *mix* público-privado, carece de estudos e ações sobre os efeitos desta composição na universalidade, nos riscos advindos de segmentação e iniquidades (Santos, 2011).

2. Regionalização como concepção geográfica

Conforme acima mencionado, numa perspectiva contemporânea e de forma sucinta, a regionalização da assistência à saúde precisa considerar o fator geográfico e sua complexidade inerente. Não se trata de distribuir serviços numa lógica técnica restrita ao setor saúde, mas de considerar aspectos constitutivos históricos da região e a demanda populacional por outros tipos de produtos e serviços. Assim, o planejamento regional envolve componentes que entre si funcionam em numerosas relações de interdependência ou de subordinação, dinâmicos e de apreensão muitas vezes trabalhosa.

Em um âmbito geográfico, a percepção de região leva a identificar aspectos que guardam homogeneidade dentro de um território delimitado e a diferenciações quando a referência for o entorno ou espaços mais distantes. Lencioni (2003) coloca que

“... A idéia de região (...) faz parte da linguagem comum, é passível de mistificação social e manipulação política. Ela se constitui na construção da própria sociabilidade dos homens, denunciando o quanto a Geografia está presente em suas vidas...” (Lencioni, 2003, p. 20)

Nesse enfoque, os acidentes geográficos correspondem a um fragmento regional e dividem com os outros elementos diversos - política, religiosidade, hábitos de consumo, demandas e

necessidades, enfim a cultura estabelecida - uma representação dialética construída na espontaneidade histórica.

“... É aí, nesse espaço microrregionalizado de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social. Essas regiões já existem, não há que criá-las nas pranchetas dos planejadores, (...) e devem constituir um ponto central de organização dos serviços de saúde...” (Mendes, 2001, p. 44)

Por ser a região uma “parte de um todo”, sua apreensão será tão mais adequada à medida que se considere o seu papel dentro da totalidade. A dinâmica regional, sua interação com as outras regiões que a cercam e os incessantes fenômenos naturais e sociais, tendo como consequência a mutabilidade, representam importante desafio na introdução dos conceitos geográficos na regionalização da assistência à saúde.

Exemplos da importância desses elementos podem ser encontrados em Yazlle Rocha e Fávero (1972) que demonstraram o fator limitante da distância ao atendimento médico em um Hospital Universitário em município estabelecido como referência regional, mesmo considerando cidades localizadas em importantes eixos rodoviários onde haveria maior interligação na rede de transportes e a menor suscetibilidade da assistência hospitalar a este elemento. Montero D’Oleo e Fávero (1992) questionaram se mantido o mesmo padrão de acessibilidade haveria, para os diferentes grupos socioeconômicos, uma mesma utilização dos serviços. Estes últimos autores e Guedes (2000) produziram informações sobre o perfil da população que demanda assistência médico-hospitalar apontando características socioeconômicas de relevância para a regionalização. Davanzo e Fonseca (2002) destacaram a preponderância dos fluxos de pacientes interestaduais para cidades pólo no interior dos estados de destino, contrariamente ao fluxo presumido em direção às capitais.

Entretanto, em que pese a visão regionalizada na organização da atenção à saúde, novos desafios precisam ser considerados, pois farão parte cada vez mais dos elementos de configuração regional. Santos (2002) apresentou, como exemplo, a crescente

vulnerabilidade das áreas agrícolas – caso típico da economia regional de muitos municípios brasileiros dependentes das transações das *commodities* – em relação à nova configuração capitalista globalizada.

“... Daí se criarem situações de alienação que escapam a regulações locais ou nacionais, embora arrastando comportamentos locais, regionais, nacionais em todos os domínios da vida, influenciando o comportamento da moeda, do crédito, do gasto público e do emprego, incidindo sobre o funcionamento da economia regional e urbana, por intermédio de suas relações determinantes sobre o comércio, a indústria, os transportes e os serviços...” (Santos, 2002, p. 93)

3. Resgate histórico do sistema de saúde brasileiro com enfoque na regionalização

O acúmulo de atividades relacionadas à saúde pública e seu papel estratégico na economia nacional levaram à criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953. Em 1959, a criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) fez com que a visão de planejamento e trabalho numa abordagem regionalizada adquirisse maior complexidade dentro das ações governamentais. Em 1967, a reforma da Administração Federal estabeleceu como responsabilidades do MS a elaboração da Política Nacional de Saúde, as ações diretas de prevenção e vigilância sanitária, atividades médicas e paramédicas prestadas à população e o ensino e pesquisa em saúde pública (Luz, 1979). O Estado de São Paulo, nesse ano, como exemplo, foi dividido em dez regiões administrativas.

Com as modificações ocorridas no perfil de atividade econômica do país e a progressiva industrialização acompanhada da urbanização, o enfoque se desviou do modelo hegemônico realizador de campanhas para a assistência médica a cargo da Previdência Social e o financiamento Estatal de prestadores privados. A consequência foi o posicionamento suplementar do setor público e a ascensão do setor privado sem a devida regulação e regido pela lógica de mercado, exceção feita aos riscos inerentes da atividade (Cohn, 2001). Esse fato justifica a histórica maior concentração de serviços junto aos grandes

mercados consumidores e população de maior poder aquisitivo.

É muito provável que a medicalização, impulsionada por uma indústria farmacêutica internacional, o enfoque hospitalar, acompanhado da indistinta tendência de importação de equipamentos destinados aos cuidados de alta complexidade - representativos de maior rentabilidade - e o financiamento do setor privado, estabelecido pelo pagamento por produção de serviços, vantagens tributárias e fiscalização ineficiente, foram grandes responsáveis, inclusive nos anos mais recentes, pelo desinteresse do uso racional e otimizado de recursos como proposto pelos processos de regionalização da assistência à saúde.

Os acontecimentos da década de 1970 foram marcantes e responsáveis em grande parte pela futura configuração do Sistema Único de Saúde (SUS). O período de "milagre econômico" do governo militar começou seu arrefecimento ocasionado pela interrupção do fluxo de empréstimos. A incipiente abertura política permitiu o questionamento das ações governamentais no setor social, do progressivo empobrecimento do povo brasileiro e da forma como se estruturou a assistência à saúde no país - caracterizada por um modelo hegemônico médico assistencial privado, não integrado, excludente e corrupto. Tomou forma no meio acadêmico o Movimento da Reforma Sanitária que transcendeu a Universidade e foi buscar na comunidade e lideranças sociais a articulação e realização de práticas inovadoras no campo da saúde (Teixeira e Mendonça, 1989).

Em 1974, como consequência do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), ocorreram novas modificações institucionais sem contudo, alterar o modelo de assistência estabelecido e o gradativo enfraquecimento do MS. Após a separação entre a área do trabalho - agora Ministério do Trabalho - e a previdenciária, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi incorporado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando, o setor assistencial a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Foi extremo o contraste na disponibilidade de recursos: o MPAS detentor do maior orçamento dos órgãos da União e o MS com sofríveis menos de 2% dos gastos federais em toda a década de 1970 (Cohn, 2001).

Por força do II PND, houve o estabelecimento de convênio entre o Ministério da Educação (MEC) e o MPAS, propiciando lenta e tumultuada integração entre os Hospitais Universitários (HUs) e a Previdência Social. Porém, estabelecida nos moldes do relacionamento MPAS e setor privado e vislumbrando principalmente a ampliação de cobertura (Escorel, 1999), esta integração não levou a uma proposta hierarquizada de serviços e menos à regionalização da assistência. Posteriormente modificado, o convênio MEC/MPAS se tornou um elemento de oposição ao modelo não publicista.

Ainda em 1974, sujeitando-se às pressões de privatização, o MPAS criou o Plano de Pronta Ação (PPA) com a finalidade de estender a assistência médica, em casos emergenciais, aos não conveniados. A análise histórica demonstrou o uso ilícito do PPA para o enriquecimento do setor privado e o uso inadequado de sua fonte de recursos: o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), também financiador de um parque hospitalar privado de alta complexidade – novamente organizado na lógica de mercado e não na racionalidade da demanda regional (Elias, 2001).

Em 1975, foi organizado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujo arcabouço legal seria introduzido, em 1977, na institucionalização da previdência com a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), completando o objetivo de racionalizar, aprofundar a especialização e centralizar a administração (Almeida et al., 2001). O SINPAS era formado por três institutos - o INPS (benefícios), o IAPAS (controle financeiro) e o INAMPS (assistência médica) - , duas fundações – Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (FUNABEM) - , uma empresa – a DATAPREV – e uma autarquia – a Central de Medicamentos (CEME).

Buscando conquistar e ampliar a responsabilidade pela elaboração da Política Nacional de Saúde (estabelecida legalmente, mas na prática outra realidade), grupo progressista no interior do MS adotou o discurso técnico difundido pelos organismos internacionais – como por exemplo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - como estratégia para justificar maior atuação, poder e autonomia do ministério (Escorel, 1999). Seriam encaradas alternativas de estruturação como a hierarquização e regionalização da assistência, explicitadas em regulamentações

da lei do Sistema Nacional de Saúde (lei 6.229).

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Atenção Primária (Conferência de Alma-Ata) com o objetivo de divulgar e estimular os países a adotarem políticas de justiça social e ampliarem o acesso à saúde. Apesar das frustrantes conquistas e interpretações errôneas verificadas na atualidade (RIVERO, 1999), o evento representou um marco para o fortalecimento da proposta de reforma sanitária nacional, incluído o desenvolvimento de rede assistencial de primeiro nível de complexidade responsável pela organização e orientação do fluxo ascendente na hierarquia do sistema de saúde.

A década de 1980 se iniciou com grave crise econômica acompanhada da inversão do fluxo de capitais, agora revertidos aos credores internacionais acrescidos de vultosos juros. As consequências foram a hiperinflação, a drástica diminuição nos investimentos sociais, o desemprego e subemprego associados a um cenário de globalização e avanço de políticas neoliberais.

Na Previdência Social, a criação do SINPAS sem que se alterasse a contraditória universalização de benefícios com inadequada sustentação financeira e modelo privado, provocou a previsível "crise da Previdência" (Scorel, 1999). Sob influência do colapso financeiro, das discussões de conferências anteriores e da experiência do Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) a VII Conferência Nacional de Saúde propôs o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), uma expansão nacional da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração a regionalização e hierarquização do sistema, que não chegou a ser aprovada.

A crise financeira levou à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) com o objetivo de racionalizar e conter os gastos com a assistência médica. Tendo como um de seus princípios a integração de instituições federais, estaduais e municipais, a regionalização e hierarquização da assistência, seus fundamentos eram marcadamente econômicos sem considerações quanto ao acesso e equidade. Cruz (1992) menciona que foram excluídas desse processo, devido ao período eleitoral da época, as medidas que pudessem contrariar interesses de grupos organizados. Deste órgão partiram propostas como o uso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), remunerando

por procedimentos (Almeida et al., 2001), e a intensificação de contratos do INAMPS com prestadores públicos da assistência, onde havia maior possibilidade de controle sobre os pagamentos.

A década de 1980 se configurou por uma maior participação dos estados e municípios propiciada pela inclusão, na administração do INAMPS, de personagens oriundos do Movimento Sanitário (Teixeira e Mendonça, 1989). Mostra disso foi a criação em 1985 e o aprofundamento das Ações Integradas de Saúde (AIS) - que consistiam no financiamento pelo MPAS das ações de atenção básica prestadas por serviços estaduais e municipais - à época subutilizados e sub-financiados, representando um significativo reforço ao setor. Isto significou a extensão aos serviços públicos do que já era propiciado há muito ao setor privado.

Consideradas como extensão da estratégia do Conasp, as AIS incluíram em seus princípios a regionalização e hierarquização dos serviços e introduziram como ferramentas de planejamento os estudos sociais e epidemiológicos (Cruz, 1992). As AIS se transformaram em 1987 no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) - convênio tripartite entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde - que foi responsável pelo início da municipalização e pela introdução das bases para a futura tentativa de estruturação regional dos serviços e da assistência.

Assim, o INAMPS foi fixando gradativamente sua responsabilidade no financiamento e administração da assistência até a sua extinção em 1993. Ressalta-se que a sobrevivência desse órgão após 1987, passando pela Constituição Federal e posteriormente pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde é considerada na atualidade um equívoco no percurso do sistema de saúde brasileiro. Além de controlar recursos que deveriam ser direcionados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) passou a legislar contrariamente ao definido na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O fim da ditadura militar e o processo de democratização - quando analisados em profundidade uma transição política negociada - diligenciaram a elaboração de um novo arcabouço jurídico-institucional para o país o que culminou na convocação da Assembléia Nacional Constituinte de 1986. Com a finalidade de embasar as decisões para a proposta do Sistema Único de Saúde, foi concomitante a realização da VIII Conferência Nacional de

Saúde – a única até então a ensaiar maior participação popular.

Após articulações e exercício do jogo político pelos diferentes atores, foi aprovado o primeiro texto constitucional brasileiro que se aprofundou nas questões de saúde dedicando toda uma seção ao assunto, englobado na Seguridade Social. A Constituição de 1988 em seus artigos 196 a 200 definiu um sistema unificado de saúde, universal, vinculado ao paradigma de construção social da saúde, organizado de forma hierárquica em diferentes níveis de complexidade e orientado no sentido da descentralização e regionalização da assistência – uma vitória do Movimento de Reforma Sanitária.

A construção do SUS estava, então, apenas começando e a consideração de um sistema regionalizado, um objetivo possível em médio prazo.

4. A organização regionalizada dos serviços de assistência à saúde e a legislação no caso brasileiro

Traçar o percurso histórico de construção do sistema nacional de saúde teve por finalidade apresentar os diferentes contextos em que as discussões sobre a regionalização apareceram. A regionalização oscilou de uma proposta de organização basicamente técnica do sistema para uma das medidas que buscava solucionar a crise da atenção médica oferecida pela Previdência Social e recentemente, foi incluída no arcabouço jurídico-institucional do SUS como forma de gestão mais adequada dos recursos com economia de escala, procurando incrementar o caráter resolutivo da assistência prestada, a integração entre níveis de complexidade diferentes ou semelhantes, melhora do acesso e diminuição das iniquidades regionais.

Do ponto de vista da lógica internacional cabe lembrar que os sistemas nacionais de saúde passaram no séc. XX por três diferentes gerações de reformas (OMS, 2000) – a terceira ainda em curso. A primeira geração correspondeu à criação e expansão dos sistemas de saúde que mais tarde se revelou centrada na alta tecnologia com menor relevância à participação da população nos cuidados com sua saúde. Veio então a segunda geração de reformas com o intuito de introduzir e ampliar a chamada Atenção Primária à Saúde (APS), um processo que, em linhas

gerais, se diferenciou em medidas bem sucedidas nos países desenvolvidos e fracos avanços nos países em desenvolvimento. As duas reformas anteriores foram regidas tendo como princípio a oferta da assistência. A terceira geração de reformas, aqui merecedora de maior enfoque por reforçar o interesse sobre a regionalização, é a responsável por motivar preocupações tais como a demanda das populações, o acesso, a interação entre os setores público e privado e por adicionar o conceito de que os recursos para o financiamento do sistema “devem seguir os usuários” – fator gerador de conflitos.

Assim, tendo como pano de fundo este contexto apresentado, a proposta na sequência é de se repassar a trajetória legal do SUS naquilo que se relaciona à regionalização.

4.1. As bases legais da regionalização no sistema único de saúde

Após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a construção e implantação de um complexo sistema nacional de saúde ocorrem em uma trajetória caracterizada por constantes embates devido a fatores diversos, dentre eles o financiamento. Com os lineamentos constitucionais e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), leis 8.080/90 e 8.142/90, fez-se necessária a operacionalização do SUS, o que vem ocorrendo, com divergências, através de Portarias Ministeriais editadas pelo MS.

Inicialmente, vieram as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em número de 4 – NOBs 1991, 1992, 1993 e 1996. Posteriormente, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que apesar desta denominação, também correspondem a NOBs porém, com enfoque na assistência. A primeira NOAS foi editada em 2001 e a segunda, que substituiu a anterior, em 2002, apresentando, até então, a proposta mais organizativa de regionalização para o SUS.

O princípio constitucional de que “... As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...” (BRASIL, 1988, art. 198) representou a continuidade de um processo onde a descentralização da gestão se articula com as propostas

e legislação referentes à regionalização da assistência. Esse processo é necessário para que seja evitada a atomização do sistema nacional de saúde ou a privatização anárquica de seus serviços (São Paulo, 1987). Ilustrativa a situação descrita por Mendes (2001) sobre o crescimento do número de pequenos hospitais municipais e a contratação de laboratórios de análises clínicas de pequeno porte e portanto, de menor volume de procedimentos e conseqüente menor qualidade dos exames realizados.

A descentralização político-administrativa do SUS, com ênfase na municipalização de ações e serviços, se constituiu na linha mestra de implantação do sistema. Dentro da descentralização, a regionalização, ou seja, a integração entre os municípios no intuito de adequar a oferta de serviços, melhorar o acesso, permitir a integralidade da assistência na demanda pelos diferentes níveis da hierarquia da atenção médica, representa peça fundamental na satisfação das necessidades dos usuários e materialização do princípio da universalidade.

“... Regionalizar serviços não significa, portanto apenas distribuí-los espacialmente, mas também e, sobretudo organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido. Do contrário, um dos objetivos principais da regionalização, que é o de evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (inciso XIII, do art. 7º da lei 8.080/90), não será conseguido, produzindo-se ao revés efeitos perversos, como deixar de prover serviços onde estes se fazem necessários e manter ou criar serviços onde deles não há necessidade...” (Carvalho e Santos, 1992, p. 84)

As primeiras experiências de regionalização dentro do SUS ficaram por conta da formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Esse modelo regional público de direito privado de oferta de serviços encontrou o seu fundamento jurídico na CF e LOS. Aquela, em seu art. 30, enuncia a competência dos municípios em *“legislar sobre assuntos de interesse local”* e *“prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”* (BRASIL, 1988, art. 30). A segunda diz que *“... Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.”* (Lei 8.080/90, art. 10).

4.1.1. As Portarias Ministeriais (Nobs 1991, 1992, 1993 E 1996 E A Noas 2001 E 2002)

Contrariando a LOS, que afirmava ser de responsabilidade do MS a operacionalização do SUS, as NOBs 1991 e 1992 foram editadas pelo INAMPS, autarquia mantida e absorvida pelo MS. A NOB 1991 manteve a forma de pagamento por produção de serviços e vinculou o repasse de recursos a mecanismo convencional não automático fundo a fundo. Este modelo não traria contribuições com relação ao estudo das demandas regionais, mantinha a distribuição de cotas de AIH para uma rede instalada e dificultaria a construção de um sistema regionalizado de saúde.

A NOB 1992 representou mudanças periféricas com relação à sua precedente e seu texto, de caráter centralizador e sem maior relevância, é pouco citado inclusive nos documentos oficiais.

As discussões e articulações políticas mais presentes levantaram protestos e conduziram à edição da NOB de 1993. Avançando na descentralização de caráter municipalista, estabeleceu fases transicionais para alcançar a gestão plena - incipiente, parcial e semiplena - e suas respectivas responsabilidades. Criou os fóruns de discussão e pactuação na esfera nacional (Comissão Intergestores Tripartite - CIT) e na esfera estadual (Comissão Intergestores Bipartite - CIB), elementos importantes para uma adequada descentralização, associada à discussão dos processos de regionalização e preservando o papel público na regulação e oferta de serviços.

A NOB de 1996 apresentou fortes discussões antecedendo a sua edição e as modificações posteriores retardaram sua aplicação para 1998. Com maior participação dos municípios e o risco de interferência centralizadora estadual, o papel desta esfera de governo passou a ser instituído. Foram definidos os termos gestão (função estritamente do poder público sobre um sistema de saúde) e gerência (administração de unidade ou órgão de saúde privado ou público). A regionalização da assistência foi reafirmada e lembrada como princípio do SUS.

“... A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada

e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional...” (BRASIL, 1997, p. 8)

Foi estimulada a participação nos fóruns de discussão.

“... a composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo...” (BRASIL, 1997, p. 9)

Estabeleceu que as negociações para a assistência, no que se refere a fluxos intermunicipais, ocorram entre gestores municipais mediadas pelo gestor estadual.

“... o mais importante e permanente (...) ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual...” (BRASIL, 1997, p. 10)

A NOB 1996 foi considerada como “... mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde (...) e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços...” (BRASIL, 1997, p. 15). Apresentou como instrumento final e dinâmico das negociações a Programação Pactuada e Integrada (PPI), alocando os recursos ao município de referência e permitindo que, no caso de maior resolutividade no município que encaminha, a programação seja revista.

Outra característica da NOB 1996 foi fazer referência às vigilâncias sanitária e epidemiológica incorporando-as à PPI. Também criou o Piso da Atenção Básica (PAB) e fatores financeiros de estímulo à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Considerou duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica (GPAB) e Plena do Sistema Municipal (GPSM), estabelecendo as responsabilidades e requisitos. Para a esfera estadual, as condições de gestão foram a avançada e a plena, definidas de acordo com o número de municípios habilitados nas formas de gestão e o andamento da elaboração da PPI.

A discussão trazida pela NOB de 1996 veio adquirir maior relevância com a publicação da NOAS de 2001. Seus fundamentos para a regionalização foram a integração entre sistemas municipais de saúde e o papel coordenador e mediador do gestor estadual.

A NOAS de 2001 reforçou a importância da criação de sistemas regionais e funcionais de saúde, organizados em base territorial e desafiando as demarcações legais político-administrativas de estados e municípios. Trouxe como preocupação a atomização do sistema de serviços de saúde em um país que encontra a necessidade de aperfeiçoar sua interação com novos entes federados, os municípios.

“... A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), por sua vez, representou um importante avanço (...). Por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção e papel de referência nas redes regionais/estaduais de serviços, o que pode ser demonstrado pelas situações de conflito relacionadas à imposição de barreiras de acesso à população residente em outros municípios.” (BRASIL, 2001, p. 12)

A NOAS 2001 considerou a regionalização como a estratégia fundamental para o prosseguimento da descentralização fundada nos princípios do SUS. Procurou maior envolvimento da esfera estadual na condução da PPI e coordenação dos mecanismos de referências intermunicipais. A esta atuação dos estados também acrescentou a importância da atividade de avaliação fornecendo parâmetros para o acompanhamento do processo de sua implantação e a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência referenciada, caso do chamado Termo de Compromisso de Garantia de Acesso (TCGA). Adotou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como forma de orientar o processo de delimitação de regiões de saúde sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) com a participação ativa dos gestores municipais. Para a diminuição das desigualdades e iniquidades na distribuição de recursos, o instrumento proposto foi o Plano Diretor de Investimento (PDI).

A regionalização, levando em conta o empenho dos municípios em assumir em plenitude a capacidade de assistência com relação ao nível de complexidade a que estavam preparados a

oferecer, criou o conflituoso cenário de diminuição de demanda por serviços previamente necessários em outros municípios e unidades, próprias ou conveniadas ao SUS. As deficiências na gestão e características particulares colocaram os estados em diferentes fases de desenvolvimento e implantação da NOAS 2001. A elaboração das chamadas regiões de saúde em muitas situações foi vinculada às estruturas de representação regional das SES enfraquecendo o papel municipal. Houve dificuldades para se estabelecer o comando único do sistema na esfera municipal e fragilidade dos mecanismos para as referências intermunicipais sob gestão estadual. A maior atuação dos municípios junto aos fóruns de discussão e gestão colegiada (CIB e CIT) e suas reivindicações somaram-se aos fatores acima levando à edição da Portaria nº 373 do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2002, e denominada NOAS 01/2002, com o principal propósito de resolver os entraves citados.

A NOAS de 2002 apresentou os conceitos válidos para a formação das regiões de saúde, sua elaboração no PDR e qualificação posterior junto ao MS. Estabeleceu o ordenamento do fluxo da assistência em dimensões e complexidades cada vez maiores partindo do município e chegando ao nível regional. Assim, em uma "base territorial", municípios isolados ou agrupados constituem "módulos assistenciais", o conjunto destes módulos conforma uma "microrregião" que com outras microrregiões conformam uma "região de saúde". Também nessa ordem ficaria estabelecida a organização crescente da complexidade da assistência geralmente localizada nos municípios-pólo. De acordo com a NOAS 2002 um plano para a regionalização deveria ter como conteúdo mínimo a organização do território estadual em microrregiões e regiões de saúde referidas anteriormente, a identificação das prioridades de intervenção em cada região e microrregião, um PDI, a identificação dos papéis de todos os municípios em suas microrregiões com área de abrangência e fluxos de referência, identificação dos municípios-sede, mecanismos de organização dos fluxos e garantia de acesso, propostas de redes de referências especializadas em áreas específicas e identificação das necessidades presentes em outros estados.

4.1.2. Uma nova etapa na regionalização do sus: o pacto pela saúde e o Decreto Federal 7.508/2011

A Portaria do Ministério da Saúde nº 399/2006 (Brasil, 2006) apresentou o normativo denominado Pacto pela Saúde e, conjuntamente, as suas diretrizes operacionais. Esta portaria foi concebida com três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

De forma geral, os seus principais objetivos foram:

- a) Promover a mudança de foco das normas regulamentadoras do sistema de saúde para as necessidades de saúde da população.
- b) Promover o envolvimento da sociedade na defesa do SUS e na busca por mais recursos para a saúde.
- c) Orientar a implementação e realização de ações e serviços de saúde adequados ao Estado e região de localização.
- d) Definir as responsabilidades sanitárias da União, dos Estados e Municípios.
- e) Oferecer maior autonomia para os gestores municipais e estaduais.
- f) Alocar os recursos federais em cinco blocos (atenção básica, atenção de média e alta complexidades, atenção farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS), simplificando as transferências financeiras - regulamentação ocorrida pela Portaria GM nº 698/2006 (BRASIL, 2006).
- g) Fortalecer as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e estimular a criação de Colegiados de Gestão Regional.
- h) Promover a regulação municipal ou estadual dos prestadores de serviços, conforme pactuação nas CIBs.
- i) Formalizar a gestão do sistema através do instrumento denominado Termo de Compromisso de Gestão, a ser assinado pelas esferas federal, estadual e municipal.

No terceiro componente do Pacto pela Saúde, ou seja, o Pacto de Gestão do SUS, a então denominada “regionalização solidária” é apresentada como a estratégia fundamental para o prosseguimento da descentralização fundada nos princípios do SUS, sem modelo pré-definido, com o envolvimento da esfera estadual na condução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e coordenação dos mecanismos de referências intermunicipais.

À atuação dos estados, foi destacada a importância da atividade de avaliação e acompanhamento das metas pactuadas entre os gestores no âmbito regional, fornecendo parâmetros assistenciais e a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência referenciada materializadas nos Termos de Compromisso.

O Pacto de Gestão manteve o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como forma de orientar o processo de delimitação de regiões de saúde sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) com a participação dos gestores municipais, e o Plano Diretor de Investimento (PDI), para a diminuição das desigualdades e iniquidades na distribuição de recursos (Rezende, 2004).

Considerando a definição de federalismo como “(...) arranjos e regras (formais ou informais) entre governos verticais e horizontais para a realização de ações” (Viana e Machado, 2009, p. 809), é possível identificar na proposta do Pacto de Gestão o exercício permanente do federalismo e, nesta linha de raciocínio, prever que o desenrolar da história trará diferentes “pactos de gestão”, criando novas dinâmicas administrativas do sistema.

Assim, o “desafio da construção de um sistema nacional de saúde em um país federativo é refletir a heterogeneidade das necessidades regionais e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades para concretizar a cidadania nacional” (Viana e Machado, 2009, p. 816) o que, em tese, é proposto pelo Pacto pela Saúde em suas três dimensões.

De forma mais específica, ainda assim, em consonância ao já discutido sobre o Pacto de Gestão, são apresentados no Documento Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2006, pp. 18 e 19) os seguintes objetivos para a regionalização, transcritos abaixo:

- a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local e municipal.
- b) Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país.
- c) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- d) Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região.
- e) Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

No mesmo documento, foi explicitada a necessária autossuficiência em atenção básica por parte dos municípios e a possível formatação das regiões de saúde em:

- a) Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município,
dentro de um mesmo estado.
- b) Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional.
- c) Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados.

- d) Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos. Neste caso, sua organização dependente de atuação federal para os procedimentos diplomáticos necessários.

Na organização regional, independente da formatação estabelecida, o ponto fundamental é a consolidação do denominado Colegiado de Gestão Regional (CGR), visto que 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” (Brasil, 2006, p. 21), estando o mesmo apoiado permanentemente por Câmaras Técnicas e grupos de trabalho temporários a serem constituídos em cada região, sob auxílio da esfera estadual.

Cabe observar a ligação entre o CGR e os demais pontos de gestão do sistema, visto que para conformá-lo, “os secretários municipais de saúde da Região de Saúde e os representantes indicados do gestor estadual realizam a primeira reunião e, observadas as diretrizes pactuadas na CIB, elaboram a ata de constituição do Colegiado que, após assinada por todos os presentes, é enviada à CIB” (Brasil, 2009, p. 30). Após análise da CIB, a constituição do CGR é, então, encaminhada para a CIT e desta para o Ministério da Saúde, culminando no reconhecimento do CGR e publicação de portaria de repasse financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde e deste para as respectivas regiões (Fundos Municipais de Saúde).

Com a criação do CGR, como espaço de decisão, espera-se fortalecer o planejamento regional, visto que:

mais que uma exigência formal, 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, 2009, p. 36)

Assim, percebe-se a capilaridade a ser implementada e exercitada na gestão do sistema tendo como referência a realidade loco-

regional, ou seja, o “território usado”, mencionado anteriormente quando foi considerada a importância do aspecto geográfico na regionalização em saúde.

De maneira prática, para o caso do Estado de São Paulo, este processo culminou em 2007 na criação dos Colegiados de Gestão Regional e, posteriormente, no ano de 2011, na constituição de 17 Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), objetivando o mapeamento dos recursos, a organização do acesso, a incorporação de tecnologia frente às necessidades identificadas, a auditoria do sistema e a produção de informações, apoiada pela utilização do sistema de informação gerencial denominado Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

Representando um passo adicional e importante para a estruturação do SUS e sua regionalização (Carvalho, 2013), foi publicado o Decreto Federal nº 7.508/2011 (Brasil, 2011) que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Um dos pontos de destaque do referido decreto é a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), explicitando no nível loco-regional os recursos assistenciais existentes com revisão bianual pelo Ministério da Saúde.

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. (Brasil, 2011, art. 21)

Segundo Relatório da SAS de 2011 (Brasil, 2012), uma versão preliminar das diretrizes para elaboração da RENASES foi elaborada e apresentada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de dezembro de 2011 (Brasil/SAS, 2011).

Ainda, em seu art. 30 o decreto coloca que “as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde (...)”, tendo como instrumento de gestão o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de

saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (Brasil, 2011, art. 35)

Quanto a referência explícita à regionalização, ela ocorre no art. 36 em que o conteúdo essencial do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é apresentado:

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

O decreto apresenta a definição de região de saúde como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011, art 2º, VI), colocando a região de saúde pactuada como referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.

Por fim o decreto reconhece e reafirma as Comissões Intergestoras, definindo os elementos a serem pactuados para montar ou organizar a região de saúde:

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. (Brasil, 2011, art. 7º)

Uma de suas características mais marcantes enquanto estruturação do SUS se refere ao seu caráter legal hierárquico superior aos normativos anteriores, visto se tratar de um Decreto Governamental regulamentando a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/1990.

Assim, de maneira sucinta, os principais aspectos do Decreto 7.508/2011 a serem mencionados são:

- a) O aprofundamento do conceito de regionalização com definição de região de saúde e reforço à hierarquização da atenção à saúde.
- b) Reforço à atenção básica como ordenadora e principal contato inicial com o sistema de saúde.
- c) Criação de contratos de responsabilidade entre os entes públicos com penalidade administrativa a ser estabelecida, os denominados Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP).
- d) Reforço à lógica de planejamento integrado no SUS tendo como ferramentas de gestão o denominado Mapa da Saúde, a Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) - a ser elaborada considerando protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Sua recente publicação, desperta agora pesquisas acerca de sua implantação bem como desdobramentos governamentais podendo-se citar a publicação da Portaria nº 2.432, de 19/10/2011 que Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor para implementação dos dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

5. Conclusão

É fundamental reforçar que as formas de regionalizar a atenção à saúde dependem das concepções de mundo, da evolução tecnológica, da capacitação dos órgãos responsáveis por empreendê-la e da trajetória de conformação do sistema

de saúde brasileiro, onde é possível identificar distribuição de equipamentos e serviços construída numa lógica mercantilista (Elias, 2001). A regionalização, enquanto meio para aprofundamento e implantação do Sistema Nacional de Saúde, deve trazer a discussão para nível contextualizado ao tratar de insuficiências nas referências intermunicipais (Souza, 2002).

Mendes (2001) fez referência aos fatores que determinam a lógica da regionalização dos serviços reforçando a importância da economia de escala e escopo. Mostra que os sistemas de saúde precisam realizar a difícil combinação de elementos de concentração e dispersão, oferecendo serviços de menor densidade tecnológica a distâncias cada vez menores e convergindo para locais específicos os recursos escassos e que devido à complexidade, menor frequência e continuidade individual de uso apresentam, dentro de certos limites, aceitabilidade de maiores distâncias para o acesso. Segundo esse autor, a regionalização pode impactar positivamente sobre a equidade permitindo o adequado acesso dos diferentes grupos sociais e a melhor distribuição de recursos em regiões no interior de estados.

Se a construção de sistemas regionais de saúde está avançando na incorporação de concepções geográficas, ao menos em sua metodologia de planejamento, Ramos (1972), ao discorrer sobre a integração sanitária, provoca a reflexão da necessidade de envolvimento de outros setores. Não basta atentar para uma distribuição adequada intra-setorial (saúde) de serviços e relegar as decisões e ações da justiça, educação, empresas de transportes, concessionárias de rodovias, projetos de criação de empregos, disponibilidade de recursos naturais, reforma agrária, instalação de universidades, etc. Assim, a regionalização da assistência passaria pela pactuação e compensações intermunicipais em um plano ampliado, com abrangência intersetorial.

A modificação de necessidades e demandas provocada pela transição demográfico-epidemiológica corresponde a fator contemporâneo a justificar o planejamento regionalizado. O envelhecimento da população vem representando maior demanda por cuidados com relação às doenças crônico-degenerativas que necessitam de uma rede estruturada, hierarquicamente definida e com uma retaguarda de serviços hospitalares de média e alta complexidade; inviável para determinados municípios, devido ao

impacto negativo sobre os recursos do setor, direção contrária à economia de escala e especialização requerida para enfermidades específicas.

“... mudanças do perfil demográfico, verificadas no mundo em desenvolvimento, resultando no envelhecimento da população, e em decorrência na necessidade de novas estruturas de serviços para dar conta das doenças prevalentes nas faixas etárias mais idosas...” (Elias, 2001, p. 74)

Finalmente, dentro da organização dos serviços, a estratégia de Saúde da Família, em expansão no cenário sanitário brasileiro, não poderá ser implantada em sua plenitude se além da organização dos sistemas municipais de saúde em níveis hierárquicos de assistência não houver integração microrregional coordenando sistema público de nível secundário acessível para a população. A Atenção Básica (AB) ao se constituir como a entrada da rede de serviços depende de respaldo dos demais níveis para exercer e aprimorar sua capacidade de gerenciamento de cuidados e se afirmar como resolutiva (Almeida et al. , 1998).

“... a tarefa de coordenar em nível local o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais...” (Bodstein, 2002, p. 410)

Por tudo isso, a regionalização em saúde se constitui não só como tema complexo, mas também desafiador e, com certeza, a ser considerado como ponto central na estruturação do SUS, dentro da concepção descentralizada na qual o sistema foi concebido.

6. Bibliografia

1. ALMEIDA, Eurivaldo S. de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabioli. *Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS*. In: WESTPHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Eurivaldo S. de (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-50.
2. BODSTEIN, Regina. *Atenção básica na agenda da saúde*. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
3. BRASIL. *Constituição (1988)*. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 8. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. 349 p.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOB-SUS 1996: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95, 26 jan. 2001, e regulamentação complementar). Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2001.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373, 27 fev. 2002, e regulação complementar). Brasília: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.
7. CARDONA, Álvaro. *Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud*. **Rev. Facultad Nacional de Salud Pública**, Colômbia, v. 16, n. 1, p. 9-26, jul. / dez. 1998.

8. CARTA DE BLUMENAU (XVIII Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde). **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 1, p. 14, ago. 2002.
9. CARVALHO, Gilson; ROSEMBURG, Cornélio P.; BURALLI, Keiko O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, a. 24, v. 24, n. 1, p. 72-88, jan. / fev. 2000.
10. CARVALHO, Guido I. de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90 e lei 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992. 371 p.
11. COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez: Cedec, 2001. p. 13-57.
12. COSTA, Jurandir F. A medicina das cidades. In: _____. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 19-33. _____. A higiene das famílias. In: _____. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 49-77. _____. A cidade familiar. In: _____. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 35-48.
13. CRUZ, Maria do C. M. T. **O consórcio intermunicipal de saúde da microrregião de Penápolis como instrumento de viabilização dos sistemas locais de saúde**. 1992. 118 p. Dissertação Mestrado – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
14. DAVANZO, Aurea M. Q. ; FONSECA, Rinaldo B. Estudo para o regionalismo do SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L. d'Á. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 489-504.
15. ELIAS, Paulo E. M. Estrutura e organização da atenção

à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 4 ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez: Cedec, 2001. p. 59-133.

16. ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p.
17. FIGUEIREDO, A. F. de. **Estudo da demanda regional de hospitalização em Ribeirão Preto, São Paulo, no ano de 1987.** 1994. 64 p. Dissertação Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
18. GOUVEIA, Roberto; PALMA, José J. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. Estudos Avançados. Dossiê saúde pública.** São Paulo: IEA, v. 13, n. 35, p. 139-146, jan. / abr. 1999.
19. GUEDES, G. L. M. **Desigualdade social: estudo de hospitalizações no município de Ribeirão Preto – SP em 1998.** 2000. Tese Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
20. LENCIONI, Sandra. **Região e geografia.** São Paulo: Edusp, 1999. 224 p.
21. LUZ, Madel T. **Saúde e instituições médicas no Brasil.** In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 157-174.
22. MENDES, Eugênio V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 176 p.
23. MONTERO D’OLEO, Rafael de J. ; FÁVERO, Manildo. **Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 256-63, ago. 1992.**

24. *OBSERVATÓRIO da regionalização. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. Apresenta documentos e textos relacionados ao tema regionalização da assistência. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/observatorio/principal.cfm?...>. Acesso em: 19 jun. 2003.](http://www.opas.org.br/observatorio/principal.cfm?...)*
25. *ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Processo de descentralização da saúde no Brasil:** documento analítico. Brasília: OPAS, 2002. (Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde). 116 p.*
26. *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2000:** mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000. 240 p.*
27. *PINTO, Virgílio N. Balanço das transformações econômicas no século XIX. In: MOTA, Carlos G. (Org.). **Brasil em perspectiva.** 12. ed. São Paulo: Difel, 1981. p. 126-145.*
28. *RAMOS, Reinaldo. **A integração sanitária:** doutrina e prática. 1972. 366 p. Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.*
29. *RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro:** a formação e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 476 p.*
30. *RIVERO, David T. de. Atenção primária: frustração e dívida social para o século XXI? **Ser Médico,** São Paulo, a. II, n. 6, p. 12-15, jan. / fev. / mar. 1999.*
31. *SÁ, Marcos F. S. de. **A inserção de um hospital universitário público no Sistema Único de Saúde:** a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [Ribeirão Preto] : [São Francisco], 2002. 194 p.*
32. *SANTOS, Jair L. F.; WESTPHAL, Márcia F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados.** Dossiê saúde pública.*

São Paulo: IEA, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan. / abr. 1999.

33. SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal.** 9. ed. São Paulo: Record, 2002. 174 p.
34. SÃO PAULO [Estado]. Secretaria da Saúde. Instituto de Saúde. **SILOS: Sistemas Locais de Saúde.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde: Instituto de Saúde, 1987. 36 p.
35. SÃO PAULO [Estado]. Secretaria da Saúde. **A implantação da NOAS no Estado de São Paulo.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2002. 115 p.
36. SÃO PAULO [Estado]. Fundação Seade. **Índice paulista de responsabilidade social.** São Paulo, 2001. 93 p.
37. SOUZA, Renilson R. de. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L. d'Á. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 441-469.
38. TEIXEIRA, Sonia M. F. ; MENDONÇA, Maria H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia M. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 193-232.
39. UNGLERT, Carmen V. de S. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente.** 1995. 221 p. Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade de São Paulo, São Paulo.
40. VIANA, A. L. d'Á. **Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80, formação e tensões.** 1994. 188 p. Tese Doutorado – Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.

41. VIANA, Ana L. d'Á. et al. *Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96*. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L. d'Á. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 471-488.
42. WESTPHAL, Márcia F. ; ALMEIDA, Eurivaldo S. de (Orgs.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001. 274 p.
43. YAZLLE ROCHA, J. S. ; SIMÕES, B. J. G. ; FORSTER, A. C. *Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional*. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 636-42, out. / dez. 1993.
44. YAZLLE ROCHA, J. S. ; SIMÕES, B. J. G. ; GUEDES, G. L. M. *Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 479-87, 1997.
45. YAZLLE ROCHA, J. S. ; SIMÕES, B. J. G. *Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996*. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 44-54, fev. 1999.
46. YAZLLE ROCHA, J. S. ; FÁVERO, M. *Fatores que influenciam a demanda a um hospital regional*. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 141-151, 1972.
47. YUNES, João. *O SUS na lógica da descentralização*. **Estudos Avançados**. Dossiê saúde pública. São Paulo: IEA, v. 13, n. 35, p. 65-70, jan. / abr. 1999.