

## POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: DAS NORMAS OPERACIONAIS AO PACTO PELA SAÚDE

POLITICS OF HEALTH'S REGIONALIZATION: FROM THE TRANSACTION RULES TO THE PACT FOR HEALTH

POLÍTICA DE REGIONALIZACIÓN DE LA SALUD: DE LAS NORMAS OPERACIONALES AL PACTO POR LA SALUD

Angela Maria Weizenmann Sauter<sup>1</sup>  
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini<sup>2</sup>  
Águida Wichrowski Kopf<sup>3</sup>

### RESUMO

Revisão de literatura cujos objetivos são: caracterizar a trajetória do processo de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da legislação estruturante; conhecer as novas responsabilidades colocadas para os municípios na atual política de regionalização do SUS; e identificar dificuldades e desafios relatados na literatura, em relação às responsabilidades dos gestores municipais no processo de regionalização do SUS. A base de dados utilizada na busca de artigos foi o Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e o material publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Considerando o período de 2001 a 2009, foram encontrados oito artigos em que se abordava gestão ou regionalização. A análise temática de conteúdo permitiu identificar a existência de três temas, definidos *a priori*, abordando a descentralização e a regionalização. A análise dos artigos e da legislação vigente permitiu compreender os avanços na consolidação do SUS, mas também as dificuldades enfrentadas para constituir um sistema composto por serviços, em todos os níveis de assistência, que possa garantir a atenção integral à saúde da população, com acesso facilitado, maior equidade e resolutividade.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Regionalização; Descentralização; Gestores de Saúde.

### ABSTRACT

This is a literature review that aims at identifying the trajectory of the decentralization process and regionalization of the Brazilian Unified Health System, (in Portuguese, SUS) through its structuring legislation; the new municipalities' responsibilities according to the SUS current regionalization policy; and the difficulties and challenges reported by specific literature on the responsibilities of local managers in the process of SUS regionalization. The Scientific Electronic Library Online (Scielo) database was used as well as material published by the Brazilian Health Department. Eight articles on management or regionalization, dating from 2001 to 2009, were found. Thematic content analysis identified three topics addressing decentralization and regionalization. Analyses of articles and current legislation enabled to understand the advances in the consolidation of the SUS as well as the difficulties faced for the construction of a health system that offers services encompassing all levels of care and that guarantee easy access to a comprehensive health care to the population, greater equity and resolvability.

**Key words:** Unified Health System; Regionalization; Decentralization; Health Managers.

### RESUMEN

Este trabajo es una revisión de la literatura con el objetivo de caracterizar el proceso de descentralización y regionalización del Sistema Único de Salud (SUS), a través de la legislación estructuradora; conocer las nuevas responsabilidades de las ciudades en la política actual de regionalización del SUS e identificar los obstáculos y retos relatados en la literatura, en relación con las responsabilidades de los gestores municipales en el proceso de regionalización del SUS. La base de datos empleada para buscar artículos fue la Biblioteca Electrónica Científica en Línea (Scielo) y el material publicado por el Ministerio de Salud de Brasil. Se encontraron ocho artículos que enfocaban estos dos asuntos entre 2001 y 2009. El análisis de contenido permitió identificar tres temas que se referían a descentralización y regionalización. El análisis de los artículos y de la legislación vigente permitió entender los avances en la consolidación del SUS y los obstáculos para construir un sistema de salud que ofrezca servicios en todos los niveles de atención y que garantice atención integral, fácil acceso, mayor equidad y resolución de problemas.

**Palabras clave:** Sistema Único de Salud; Regionalización; Descentralización; Gestores de Salud.

<sup>1</sup> Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de São José-SC. E-mail: angelamariasauter@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Professora adjunta da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP).

<sup>3</sup> Professora Titular da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijui). Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. aguida@unijui.edu.br.

Endereço para correspondência – Rua José Barachini, 200, Santa Maria/RS CEP 970600. Email: nara.girardon@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

A implementação de novos modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde (SUS) vem exigindo dos gestores inúmeras funções e, também, um conjunto de novas responsabilidades que cada município deve assumir no processo de regionalização, com vista a orientar a construção de regiões de saúde para a obtenção de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, adequados e suficientes, para a garantia do direito à saúde. Nesse sentido, devem potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação capazes de estruturar um espaço de cogestão, por meio do Colegiado Gestor Regional, propiciando que os gestores, de forma cooperativa, executem suas funções de planejamento, orçamento, coordenação e avaliação das estratégias e dos serviços regionais, garantindo à população atenção à saúde.<sup>1</sup>

Dessa forma, para melhor compreender os desafios e dificuldades encontrados pelos municípios em relação às novas responsabilidades previstas no processo de regionalização, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos sobre as políticas de regionalização que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde na trajetória de consolidação do SUS.

A implementação do SUS, que inicialmente transferiu para os municípios o poder de gestão – Municipalização da Saúde –, paulatinamente, evidenciou, no decorrer do processo de descentralização, a necessidade de investir na política de regionalização dos serviços de saúde, de modo a promover maior acesso da população à saúde, bem como maior equidade e racionalização na distribuição dos recursos.<sup>2</sup>

A Lei nº 8.080/90 consolidou o aparato legal da municipalização das ações e dos serviços da saúde, buscando a organização deles, apoiados nas estratégias de regionalização e hierarquização. Com o processo de descentralização, a gestão do SUS, inicialmente, passou a ser regulada pelas normas operacionais básicas, que definem as responsabilidades dos municípios, Estado e União<sup>3</sup> e, mais recentemente, pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, e, por último, pelo Pacto pela Saúde.<sup>4</sup>

A regionalização se insere no contexto e história da saúde, desde a Constituição Federal de 1988 e legislação complementar, destacando-se a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 –, que dispõe, no seu artigo 7º, sobre a regionalização e hierarquização da rede de serviços e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.<sup>1</sup>

Na trajetória da descentralização e regionalização dos serviços de saúde do SUS, passou-se da municipalização à regionalização. Segundo Pestana e Mendes<sup>3</sup>, a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, chamada pelos autores de “Municipalização Autárquica”, resultou em fragmentação dos serviços e perdas na qualidade dos serviços e da assistência. A partir disso pensou-se na regionalização cooperativa, ofertando serviços com maior economia de escala e de

escopo, além de melhor qualidade. Essa reorientação ocorre, atualmente, por meio do Pacto pela Saúde.

Assim, o processo de descentralização tem ampliado o contato do SUS com a realidade das necessidades da população, colocando os gestores à frente de desafios para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, com qualificação da gestão. Diante dessas necessidades e dificuldades, a União, os estados e os municípios pactuaram responsabilidades na gestão do sistema e da atenção em saúde por meio do Pacto pela Saúde<sup>2</sup>, um instrumento que vai produzir mudanças significativas no SUS. O Pacto pela Saúde<sup>2</sup> comporta três dimensões – o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. A regionalização é o eixo orientador e estruturante do Pacto de Gestão e objetiva tornar possível acordos entre as três esferas do sistema para promover inovações, com instrumentos de gestão com vista à maior eficiência, redefinindo ainda novas responsabilidades dos gestores de acordo com as necessidades de saúde da população. O Pacto Pela Saúde tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.<sup>1</sup>

A relevância deste estudo situa-se na compreensão e aquisição de conhecimento sobre a gestão da saúde, para qualificar a atuação de profissionais e de gestores que se interessem pelo assunto, proporcionando maior entendimento sobre o processo de gestão e as responsabilidades previstas para os secretários municipais. Isso se faz importante, uma vez que a gestão trata da otimização dos recursos financeiros, humanos, equipamentos e tecnologias que repercutem na qualidade dos serviços e, conseqüentemente, na saúde da população.

A seguinte pergunta de pesquisa orienta este trabalho: “Quais as novas responsabilidades e os principais desafios previstos para os municípios, no processo de regionalização do SUS?”

Este estudo tem como objetivos: caracterizar a trajetória do processo de descentralização e regionalização do SUS, por meio da sua legislação estruturante; conhecer as novas responsabilidades colocadas para os municípios na atual política de regionalização do SUS; identificar dificuldades e desafios relatados na literatura em relação às responsabilidades dos gestores municipais no processo de regionalização do SUS.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa de natureza bibliográfica propõe buscar publicações sobre o processo de regionalização e gestão, identificando, além da trajetória, as novas responsabilidades, desafios e dificuldades desse processo como uma estratégia para a organização da assistência em todos os níveis de atenção à saúde.

A opção em realizar um trabalho de revisão bibliográfica deve-se ao fato de que esse tipo de estudo possibilita conhecer e entender melhor as necessidades de

publicação de determinados assuntos. Pode-se, dessa forma, conhecer várias opiniões para formular conhecimentos e senso crítico amplos em relação ao assunto. A revisão bibliográfica é conceituada como aquela que se desenvolve por meio de materiais já elaborados, constituídos principalmente de livros e artigos científicos, apoiando-se nas leituras exploratórias e seletivas do material de pesquisa durante a trajetória.<sup>5</sup>

Para coleta de dados foi realizada busca eletrônica com base em resumos de artigos brasileiros na área das ciências da saúde disponíveis em banco de dados *online* que abordassem o processo de regionalização no sistema de saúde. As informações foram coletadas mediante o levantamento de produções científicas que tratam da temática, utilizando a base de dados eletrônica o Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se as palavras *regionalização* e *gestão*.

Para a seleção dos artigos eletrônicos, foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos publicados em periódicos da língua portuguesa, com resumos disponíveis *online* na base de dados selecionada, publicados entre 2001 e 2009. Considerou-se o ano de 2001 como limite para a busca de artigos, por ser nesse ano que se iniciou o processo de regionalização, incentivado pelo Ministério da Saúde, com a publicação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

Nessa busca, identificaram-se 48 artigos que abordavam o tema regionalização ou gestão. Porém, após a leitura dos resumos, foram excluídos os artigos que não comportavam os critérios de inclusão. Dentre esses, estão artigos que abordam aspectos relacionados aos contextos econômico, administrativo e geográfico da regionalização e gestão, que não estavam voltados para a saúde. Considerando os critérios que pretendíamos explorar no estudo, selecionamos oito artigos que constituíram fonte de análise e fundamento para a elaboração deste texto, bem como o material

bibliográfico publicado pelo Ministério da Saúde sobre a legislação estruturante do SUS, por ser de total pertinência ao tema abordado.

Para a análise do material, foram utilizados os passos descritos por Gil<sup>5</sup>: leitura do material obtido, seleção do material e ordenação dos achados, constituídas de três categorias temáticas definidas *a priori*. Os artigos que compõem o *corpus* temático desta revisão teórica estão apresentadas no QUADRO 1.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

### Descentralização e regionalização: descrevendo a trajetória de implementação

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo que, para sua implementação, foram criadas as Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas normas definem as responsabilidades de cada esfera de governo, estratégias e movimentos que visam dar operacionalidade ao sistema e, a partir disso, realizar uma avaliação da implementação e do desempenho do SUS.<sup>6</sup>

Desde o início do processo de implementação do SUS, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOBs), e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01).

As Normas Operacionais visaram à reordenação dos modelos de atenção e de gestão da saúde, definindo os papéis de cada esfera de governo; os instrumentos de gestão; os critérios e fluxos de financiamento; o acompanhamento, controle e avaliação do SUS; participação e controle social.<sup>7</sup>

As normas foram formalizadas pela portaria do Ministério da Saúde e seu conteúdo, com base na NOB 01/96,

**QUADRO 1 – Artigos que compõe o *corpus* temático da revisão teórica – Brasil, 2001-2009.**

Nº	Referência
10	Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2008; 24(1): 197-206.
13	Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AMB. Entendendo o Pacto pela Saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. <i>Rev Eletrônica Enferm</i> . 2009; 11(3):181-7.
14	Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2003; 8(2):417-37.
15	Schneider A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. <i>Physis</i> . 2001; 11(2):51-66.
16	Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2006; 22(10):2207-17.
17	Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2001; 6(2):451-555.
18	Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. <i>Cad Saúde Pública</i> . 2002; 18(supl):153-62.
19	Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. <i>Ciênc Saúde Coletiva</i> . 2007; 12(4):825-39.

definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite, que inclui, além do gestor federal, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).<sup>6</sup>

A primeira Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91), nº 258, de 7 de janeiro de 1991, foi editada pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inapms), e publicada no Boletim de Serviço daquele Instituto<sup>6</sup>. Essa norma instituiu o pagamento por produção de serviços, equiparando prestadores públicos e privados na compra e venda de serviços. Apesar de esse fato ser desfavorável para o sistema de saúde, os municípios apoiaram aquela NOB, por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos estados.<sup>3</sup>

A NOB 01/92, editada pelo Inamps (PT 234/02), segue, em linhas gerais, a NOB 01/01 e mantém intocados os mecanismos de pagamento por produção de serviços, à exceção das internações hospitalares.

Seguiu-se a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 – NOB/SUS 01/93 –, editada pela Portaria GM/MS nº 545/93, que formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que teve como tema “A municipalização é o caminho” e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão ao instituir formas de gestão municipal e estadual: Incipiente, Parcial e Semiplena. Ela também estabeleceu a transferência de recursos de forma regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em Gestão Semiplena; habilitou os municípios como gestores; instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação e articulação entre os gestores das três esferas de governo na condução do SUS.<sup>6</sup>

Com as mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93, desencadeou-se ampla discussão no setor saúde que levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica NOB/SUS 01/96, que promoveu um avanço no processo de descentralização, pois criou novas condições de gestão para os municípios e estados, definiu as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefiniu competências de estados e municípios.<sup>6</sup>

A NOB 01/96 modificou as condições de gestão ao estabelecer duas formas de habilitação dos municípios, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, sendo que para os estados estabeleceu a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

O seu período de implementação foi marcado por uma série de avanços no processo de descentralização do SUS. A referida norma criou o Piso da Atenção Básica (PAB), uma forma de financiamento global *per capita*, favorecendo avanços na ampliação e no acesso nesse nível de atenção, bem como reorientou o modelo de atenção, mediante o estabelecimento de incentivos

de financeiros a determinados programas, conforme a adesão de cada município a esses, consolidando o Programa da Saúde da Família (PSF).<sup>7</sup>

Se, quando criado, este foi considerado como mais um programa direcionado, principalmente, a cobrir as áreas mais carentes dos municípios, atualmente se consolida como estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial da Atenção Básica, no âmbito do SUS, ganhando a adesão crescente dos municípios e espaço no debate técnico-científico, tanto por parte dos serviços de saúde como da academia.<sup>8</sup> Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96.

De acordo com Carvalho, Martin e Cordoni Junior,<sup>9</sup> 63% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão em 2006. Entretanto, segundo os autores, essa transferência de recursos significou, de fato, descentralização de recursos apenas para os municípios que assumiram mais responsabilidades, os em Condição de Gestão Semiplena (3% dos municípios), correspondendo a municípios de médio e grande portes.

Dessa forma, o processo de descentralização, por meio da municipalização, transferiu para os municípios recursos e responsabilidades. A descentralização dos serviços de saúde para os municípios (denominada Municipalização Autárquica) trouxe vantagens e desvantagens ao sistema de saúde. Entre as vantagens, destaca-se a expansão dos serviços municipais de saúde, com o objetivo de prover, no município, o maior número de serviços de saúde.<sup>3</sup>

Para os autores, a Municipalização Autárquica obteve fortalecimentos inquestionáveis: a radicalização do processo de descentralização, com a consequente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; maior democratização do setor; melhoria do acesso às ações e serviços, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos; e êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

No entanto, os avanços não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados, nem o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS.

As desvantagens foram a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços de saúde, pois o município expandia a assistência à saúde com pouca economia de escala e de escopo e, ainda, sem criar nenhuma articulação regional dos serviços de saúde.<sup>3</sup>

As Normas Operacionais Básicas conduziram a uma política de investimentos na saúde em que o relevante era dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente com muitos hospitais sem condições técnicas para funcionar, incluindo aqui a falta de Serviços de Diagnóstico e Terapia, levando à fragmentação, à ineficiência e a menor qualidade dos serviços prestados.<sup>3</sup>

Em dezembro de 2001, mais de 99,21% dos municípios brasileiros se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal. Em relação aos estados, cinco estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual.<sup>6</sup>

A NOB 01/96 consolidou a política de Municipalização da Saúde estabelecendo o pleno exercício dessa esfera de poder, com forte centralização do financiamento na União e pouca participação dos estados, num país com grande heterogeneidade. Com isso, vai ficando evidente a necessidade de avançar na regionalização, mediante a adoção de novas formas de organização a atenção e de gestão.<sup>3</sup>

Em decorrência dos problemas enfrentados com o processo da NOB/SUS 01/96, em 2001, após a discussão entre os gestores das três esferas de governo, ocorreu a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), com o pressuposto de ampliar as responsabilidades dos municípios para garantir acesso aos serviços de saúde e reorganizar a atenção, tendo como eixo norteador desse processo a regionalização e, nela, como foco os desafios a serem superados.<sup>6</sup>

A NOAS/SUS 01/01 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência e cria alternativas para o fortalecimento da gestão do sistema de saúde. O conjunto de estratégias apresentadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde tem por pressuposto a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de Atenção Básica, sendo a regionalização e a hierarquização estratégias para buscar a equidade na alocação de recursos e serviços de saúde.<sup>7</sup>

Nesse contexto, a regionalização deve contemplar, no planejamento, noções de territorialidade, identificando prioridades de intervenção nos sistemas funcionais de saúde, a fim de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços para a resolução dos problemas de saúde, com bom aproveitamento dos recursos.<sup>7</sup>

Assim, a NOAS instituiu o Plano Diretor de Regionalização como um instrumento de organização do processo de regionalização, na perspectiva de garantir o acesso aos serviços de saúde o mais próximo da residência dos cidadãos, sendo ainda parte integrante desse processo o Plano Diretor de Investimento, com o objetivo de desenvolver estratégias de investimentos, a fim de promover a assistência em todos os níveis de complexidade.<sup>6</sup>

A organização dos serviços no âmbito da atenção básica passa a ser responsabilidade dos municípios, com as ações de atenção secundária ficando a cargo da responsabilidade solidária dos municípios da microrregião e as ações de alta complexidade sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde.

Essa proposta estaria fundamentada em um sistema como estrutura piramidal, na qual a atenção primária à saúde é menos complexa que os procedimentos de média e alta complexidade.<sup>3</sup>

A necessidade de revisão de alguns aspectos instituiu, em 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02), resultado das discussões da Comissão Intergestores Tripartite e que expressa os acordos relativos aos prestadores de serviços de média e alta complexidade, com fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, e no que diz respeito aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento à população.<sup>6</sup>

Para esses autores,<sup>6</sup> o foco na oferta, a concepção hierárquica do sistema, a inadequada regionalização, o excesso de burocracia e a deficiente responsabilização vão exigir a revisão de sua proposta.

A regionalização é uma estratégia para a formação de sistemas de saúde mais eficientes, em que governos levam municípios e estados a assumirem efetivamente seus papéis a fim de executar suas ações em seus respectivos territórios, garantindo, por meio da ampliação e do acesso aos serviços de saúde, as estratégias de prevenção e promoção dos serviços na área.<sup>1</sup>

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde.<sup>3</sup>

Oliveira *et al.*<sup>10</sup> apontam que os municípios, na regionalização da assistência à saúde, devem atender à população da sua área de abrangência, e apenas quando o caso for mais complexo deverá ser encaminhado pelo profissional da saúde a outro serviço de referência. Afirmam, ainda, que esse princípio não é muitas vezes respeitado, resultando em excesso de demanda aos serviços especializados. Também destacam que o princípio da hierarquização da assistência, em que a organização dos serviços se constitui em forma de pirâmide, atendendo à população conforme o grau de complexidade, apresenta dificuldade e falta de acesso para a obtenção desses atendimentos mais especializados e de maior complexidade.<sup>10</sup>

### **Novas responsabilidades para os gestores na atual política de regionalização**

O processo de implementação do SUS mostra que o processo de descentralização e regionalização das ações e serviços de saúde evoluiu muito. A descentralização ampliou o contato do sistema de saúde com a realidade de cada região, mediante maior visibilidade aos gestores diante dos desafios em superar a fragmentação e a organização de uma política de saúde que busque melhorar o sistema por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços.<sup>2</sup>

Em decorrência dessas novas necessidades, as três esferas de governo que compõem a CIT, com participação do Conass e do Conasems, pactuaram responsabilidades na implementação de uma nova política de saúde – O Pacto pela Saúde –, definido, conforme já expresso, em três dimensões – o Pacto pela Vida, o Pacto Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.<sup>2</sup>

Segundo o Ministério da Saúde, as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde estão consolidadas pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o pacto firmado entre os gestores das três esferas de governo do SUS e conforma-se num conjunto de reformas institucionais com o objetivo de promover inovações no processo de gestão, com vista a alcançar maior eficiência e qualidade em relação às metas e objetivos a serem alcançados.<sup>1</sup> Nesse sentido, conforme o Conass,<sup>11</sup> o Pacto pela Saúde é uma política para resolução dos desafios e dificuldades do sistema de saúde, tendo como finalidade a qualificação da gestão pública e a busca de maior eficiência e qualidade.

Já a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, regulamenta e orienta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, bem como seus processos para acompanhamento e transição dos pactos, incluída a avaliação dos processos de pactuação e metas.<sup>12</sup>

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos e prioridades definidos pelos três gestores, derivado da análise da situação de saúde da população. Está estruturado em uma política que reforça o movimento da gestão por resultados, em que há metas nacionais, estaduais e municipais a serem definidas e cumpridas no Termo de Compromisso de Gestão.<sup>2</sup>

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações articuladas entre os três níveis de gestão no sentido de reforçar e qualificar o SUS como uma política de Estado, e não apenas de governo, reafirmando os princípios basilares estabelecidos na Constituição Federal. Tem como objetivos apoiar a mobilização social, com a finalidade de garantir a saúde como um direito; regulamentar a Emenda Constitucional nº 29, que incrementa recursos orçamentários; e, ainda, elaborar e divulgar a Carta de Direitos dos Usuários.<sup>2</sup>

O Pacto de Gestão, foco deste estudo, estabelece responsabilidades a cada ente federado, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS; reforça a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e destes para os municípios: incentiva a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo Colegiados de Gestão Regional.<sup>1</sup>

Para alcançar seus objetivos, o Pacto de Gestão explicita diretrizes sobre a Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.<sup>2</sup>

A regionalização é o eixo estruturante do Pacto da Gestão, devendo orientar o processo de identificação e construção

de regiões de saúde, que, por sua vez, devem organizar seus serviços a fim de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde e, ao mesmo tempo, potencializar os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Estes são os principais instrumentos do planejamento da regionalização: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).<sup>2</sup>

O PDR deverá identificar e reconhecer as regiões de saúde, com o objetivo de garantir o acesso, a promoção da equidade, a integralidade da atenção, qualificar o processo de descentralização, racionalizar os gastos e realizar bom aproveitamento dos recursos. O PDI, referente aos recursos, define que, em âmbito regional, deverão ser atendidas as necessidades de Atenção Básica e de média complexidade e, na macrorregião, o que se refere à alta complexidade. O referido plano também deverá contemplar as necessidades da Vigilância em Saúde. A PPI é um processo instituído no SUS que define, com base no planejamento, as ações de saúde para o atendimento das populações residentes nos territórios.<sup>1</sup>

Para constituir uma rede de atenção à saúde regionalizada, os gestores deverão identificar as regiões de saúde que vão propiciar resolatividade nas ações de saúde daquele determinado território. Para garantir à atenção na alta complexidade, às regiões devem se agregar a uma macrorregião com maior adensamento tecnológico.<sup>1</sup>

Para qualificar o processo de regionalização, porém, os gestores devem constituir um espaço permanente de pactuação de cogestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão Regional (CGR), um espaço de negociação, planejamento e decisão, mediante a identificação de prioridades e de pactuações para organizar uma rede regional de ações e serviços de saúde. O funcionamento deste colegiado deve ser acordado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).<sup>2</sup> Ressalte-se a importância desse espaço regional de articulação, uma vez que o CGR é uma instância de aproximação para o enfrentamento das questões do SUS no âmbito regional. “O CGS deve ser composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais)”<sup>1:35</sup>

Pretende-se, com o processo de regionalização, melhorar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, pelo desenvolvimento de sistemas eficientes e efetivos, resultando em melhor qualidade da atenção e construindo um processo de regionalização eficaz, com bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.<sup>11</sup>

As mudanças que ocorrem com o Pacto pela Saúde referem-se aos novos processos de pactuação entre os gestores, pois se extingue o processo de habilitação firmado nas Normas Operacionais (Normas Operacionais Básicas e de Assistência à Saúde), que são substituídas pelas pactuações expressas no Termo de Compromisso de Gestão, sendo que a gestão deve realizar a repactuação anualmente, por meio de resultados.<sup>13</sup>

A pactuação refere-se, principalmente, às responsabilidades sanitárias que cada gestor deverá resolver em seu âmbito de atuação, não transferindo compromissos para as outras esferas de gestão. Outras mudanças referem-se às formas de repasse dos recursos financeiros, que passam a ser por blocos: da atenção básica, da atenção da média e alta complexidade, da vigilância em saúde, da assistência farmacêutica e da gestão do SUS. Dessa forma, os municípios terão maior autonomia na alocação dos recursos, de acordo com as metas e planejamento estabelecidos no plano de saúde.<sup>1,13</sup>

### **Desafios e dificuldades apresentados pelos gestores na construção do SUS**

Desde a implementação do SUS, apresenta-se ainda um conjunto de dificuldades e desafios a serem superados pelo sistema público de saúde, embora avanços sejam identificados e reconhecidos pelos gestores, usuários e trabalhadores da saúde.

Um dos desafios no processo de gestão é apontado por Ugá *et al.*,<sup>14</sup> referindo-se ao financiamento do SUS, com relação aos recursos destinados à saúde, que consideram de extrema importância para o bom funcionamento do sistema. A NOB/SUS 01/96 criou o Piso de Atenção Básica (PAB), definindo o repasse de recursos para Atenção Básica, recursos que também são destinados ao custeio de procedimentos relativos às ações de média e alta complexidade em saúde e de vigilância sanitária.

A Lei nº 8.080/90 prevê que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver o conjunto de ações e serviços de saúde. Os consórcios são uma alternativa para enfrentar os problemas e gerenciar unidades de saúde especializadas, sendo um importante instrumento para a consolidação do sistema de saúde.<sup>11</sup>

Com a instituição da NOB/SUS 01/96, os municípios começaram a discutir sobre as dificuldades orçamentárias em oferecer serviços de saúde de maneira racional e regionalizada. Com vista a superar entraves, muitos municípios adotaram o Consórcio Intermunicipal de Saúde como alternativa para a ampliação das ações de saúde. A formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde tem em vista a execução de atividades nas áreas de promoção e recuperação da saúde, mediante prestação de serviços de forma regionalizada e hierarquizada.<sup>15</sup>

Baseando-se em um estudo<sup>16</sup> sobre a experiência do Consórcio do município de Penápolis – o mais antigo do Brasil –, os autores identificaram o aumento de ofertas de serviços aos municípios em diversas especialidades, com capacidade de resolução e melhor qualidade no atendimento, o que, segundo eles, demonstra que os consórcios intermunicipais têm relação com a estratégia de regionalização na garantia do acesso aos serviços pela população referenciada. Consideram, ainda, que tais consórcios intermunicipais constituem um modelo de organização e de cooperação de cidades de pequeno porte para a superação de problemas

que, sozinhos, não conseguiriam resolver. Referem, também, que os consórcios de saúde no Brasil se organizam, prioritariamente, em torno da assistência especializada.

Por meio de uma pesquisa realizada com profissionais do sistema de saúde, a fim de caracterizar o conteúdo das representações sociais construídas pelos profissionais de saúde sobre a implementação do SUS, Oliveira *et al.*<sup>10</sup> identificaram, dentre outros aspectos, a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, com desproporção entre a oferta e a demanda, o que gera longas filas de espera e desgaste físico e emocional do usuário. Também constataram a diferença estrutural do atendimento entre instituições públicas e privadas, sendo que as instituições privadas apresentaram condições mais adequadas para o suprimento dos serviços, havendo uma situação de vantagem em termos da qualidade da assistência. Ao mesmo tempo e em decorrência disso, as unidades privadas apresentam-se como as responsáveis por atendimentos especializados, e não pelo atendimento geral à saúde da população, havendo, em razão dessa característica, uma situação de vantagem em termos da qualidade da assistência. Ressaltam, ainda, que, nas unidades de saúde, há ausência de recursos humanos, o que leva os profissionais a desenvolverem estratégias alternativas para a execução do trabalho.

Em outro contexto trazido por Oliveira *et al.*,<sup>10</sup> ressaltam-se alguns aspectos referidos pelos profissionais em relação às mudanças nas políticas de recursos humanos que, na visão dos profissionais, no período anterior ao SUS, propiciaram muitas conquistas, como a realização de concursos públicos para contratação de recursos humanos nos serviços de saúde, com níveis maiores de salários e servidores atuando no sistema. No mesmo período, após a implementação do SUS, houve deterioração dos salários, mas, por outro, teriam existido incentivos ao aperfeiçoamento dos profissionais. Nesse contexto, os autores ainda enfatizam que a

conveniência, em uma mesma unidade, de profissionais com vínculos distintos (municipal, estadual e federal), salários e direitos trabalhistas diferentes e com particularidades, constitui-se em um fato tido como empecilho na constituição de uma equipe multidisciplinar integrada.<sup>10:2005</sup>

A política de recursos humanos também é considerada, no Pacto pela Saúde, como aquela que deve buscar a valorização do trabalho, desenvolver ações para a construção de vínculos entre os trabalhadores da saúde e, nos municípios, fortalecer as estruturas de recursos humanos para produzir mudanças no campo da gestão do trabalho, assim como no campo da educação na saúde.<sup>1</sup>

Outro desafio destacado pelos gestores e identificado por Oliveira *et al.*<sup>10</sup> decorre da participação popular e do controle social na gestão do SUS. O controle social para os profissionais participantes deste estudo relaciona-se aos direitos constitucionais da população e à importância da participação de lideranças comunitárias

nos conselhos de saúde, que aproxima os gestores da população, favorece o melhor reconhecimento das necessidades e das demandas, melhorando, assim, a gestão estratégica do SUS.

A estratégia de regionalização apresenta um grande desafio para sua implementação, por envolver ações para o atendimento da população, que nem sempre podem ser ofertadas em todos os municípios de pequeno porte populacional, implicando certa incapacidade de planejar o sistema. Essa proposta, de certo modo, vem reforçar aspectos relacionados à qualificação de regiões e microrregiões na assistência à saúde, buscando a garantia de ações mais resolutivas em todos os níveis de assistência.<sup>17</sup>

Nesse sentido, em estudo realizado em 2002<sup>18</sup> também apontou-se que as mudanças propostas na gestão do SUS revelavam problemas e necessidades em relação à saúde da população, ou seja, a necessidade de reorientações que favorecessem mudanças nas ações de saúde. De acordo com o autor, se não houvesse o estabelecimento de prioridades e articulação entre os municípios para garantir um conjunto de serviços, estes não seriam garantidos à população, sobretudo em municípios menores, por apresentarem insuficiência de infraestrutura do sistema.

Outro desafio para a gestão do sistema de saúde refere-se ao controle de custos e à necessidade de aumento orçamentário para garantia de acesso e integralidade na assistência. Nesse contexto, Vecina Neto e Malik<sup>19</sup> discutem sobre os recursos do SUS destinados aos hospitais, em que cada município quer ter seu próprio hospital, o que requer financiamento e, como consequência, muitas vezes, desperdícios. Argumentam que não faltam leitos no País nem no setor público nem para a medicina privada. Todavia, os hospitais menores teriam baixa resolutividade e as internações poderiam levar a um faturamento muito baixo, cuja consequência seria a tendência em criar escalas econômicas mais adequadas, com oferta de serviços de maior complexidade, otimizando os recursos e serviços do setor.

Nesse sentido, em relação aos recursos financeiros, em estudo<sup>14</sup> sobre a alocação de recursos para saúde, destacam-se as desigualdades na respectiva distribuição, que favorecem determinadas regiões, desfavorecem muitos estados desenvolvidos. Defendem os autores que os investimentos do Ministério da Saúde devem ser distribuídos equitativamente, levando em consideração o perfil demográfico e as condições socioeconômicas de cada população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste trabalho de revisão teórica, evidenciou-se que o SUS, desde a sua implementação, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de relevância, que apresenta resultados em favor da saúde da população. Nos artigos e na legislação vigente utilizados neste estudo, abordam-se questões

referentes à consolidação do SUS, identificando os avanços conquistados ao longo dos anos e também os problemas a serem enfrentados, para que possa se constituir em um sistema capaz de efetivamente prestar serviços e atenção à saúde com qualidade.

As mudanças previstas nas novas diretrizes do Pacto pela Saúde impõem aos gestores novas responsabilidades, permitindo o fortalecimento da gestão solidária e da regionalização, mediante a construção de redes de atenção à saúde, a fim de desenvolver um sistema eficiente, aperfeiçoando os serviços e o acesso da população. Nessa perspectiva, a regionalização significa a oferta, de certo modo, centralizada, de tecnologia associada à maior complexidade, de acordo com critérios elaborados conforme as respectivas necessidades. Assim, os recursos são utilizados com efetividade e, dessa forma, possibilitam a garantia do acesso universal dos serviços e da sua utilização.

Percebe-se, com base neste estudo, que um dos maiores desafios, no momento, para os gestores, em relação ao Pacto pela Saúde, consiste no desenvolvimento e no aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão que auxiliem na construção e inovação do modelo de atenção e assistência à saúde.

Reportando-se aos desafios e dificuldades identificadas nas publicações, evidencia-se que estas se relacionam a diversos aspectos, dentre eles os recursos humanos, questão-chave para a política da saúde, na qual aos gestores está reservado um papel significativo. Nesse sentido, nos serviços de saúde em que há vínculos precários entre os trabalhadores, ocorrem dificuldades para a formação de uma equipe que trabalhe unida e atenda os pacientes com qualidade, priorizando a resolução de seus próprios problemas. Dessa forma, é necessário garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando sua valorização profissional, de modo a fortalecer as relações de trabalho e promover a implementação de uma política de qualidade para os trabalhadores.

Outro aspecto identificado refere-se às dificuldades na gestão hospitalar encontradas pelos pequenos municípios, o que representa uma grande dificuldade aos gestores, dada a baixa resolutividade desses nosocômios, que não têm demanda para atender nem recursos financeiros para sustentá-los. Nesse contexto, implantar estratégias para melhorar o gerenciamento desses hospitais constitui, verdadeiramente, grandes dificuldades e desafios a um só tempo.

O SUS propõe-se a efetivar o que estabelece a Constituição Federal de 1988, "a saúde como um direito de todos", o que coloca para os gestores a responsabilidade de garantir atenção à saúde da população. Isso quer dizer que, além de administrar bem as instituições e os equipamentos, devem prover e saber gerenciar adequadamente os recursos financeiros, em princípio sempre escassos, para o bom funcionamento do sistema. Todavia, cabe destacar que o avanço do SUS também depende de recursos financeiros regulares e crescentes.

Dessa forma, a análise do material estudado permite verificar que são vários os desafios e dificuldades para os gestores, pois, além de garantirem a saúde da população, também necessitam gerir e buscar novas opções para a solução das demandas apresentadas pelos serviços e pela população, efetivando, para isso, muitas vezes, a contratação de serviços que não possuem em seu município. A regionalização se insere nesse contexto como uma alternativa no processo de constante negociação e pactuação para a construção de um sistema mais resolutivo.

Nessa perspectiva, os Consórcios Intermunicipais de Saúde vêm sendo uma estratégia de regionalização implementada por alguns municípios para garantir o atendimento às necessidades da população. Portanto, promover a defesa do interesse público regulando e fiscalizando as operadoras do setor, bem como as relações e o atendimento prestado aos usuários, também constitui ação que compete aos gestores.

Outra questão importante centra-se no fortalecimento do controle social, pois a participação da comunidade no processo de gestão aponta as necessidades de cada área de abrangência. Diante de uma participação e avaliação comunitária mais ativa, pode-se construir uma política capaz de subsidiar e fortalecer o processo de gestão, promovendo a construção de maior consciência populacional sobre o sistema de saúde. No planejamento dos serviços de saúde, a gestão assumida na forma de construção coletiva abre possibilidades de organizar os serviços de acordo com as verdadeiras necessidades dos usuários.

Cabe essencialmente a cada município o desafio de assumir a gestão do sistema, realizar o planejamento das ações, estabelecer a adequação entre a oferta dos serviços de acordo com as respectivas demandas identificadas na população, além de atuar na formulação de estratégias que viabilizem a implementação das novas diretrizes para a construção de um sistema fortalecido e com resultados positivos. Para tanto, o conhecimento dos possíveis desafios e dificuldades encontrados pelos gestores, descritos neste texto, pode servir de subsídio para a reflexão sobre o processo de regionalização, o que poderá, de alguma forma, ajudar os atuais gestores, contribuindo para que estes e os que no futuro os sucederem possam aprimorar os modos de gerenciamento do SUS, além de desenvolver novas capacidades diante das responsabilidades previstas, que, cada vez mais, impõem desafios e necessidades de qualificação.

Conclui-se, por fim, que questões envolvendo o processo de implementação do sistema de saúde necessitam de constante investigação e reflexão, em razão da complexidade da temática e da contribuição que os estudos podem propiciar aos gestores e aos profissionais que atuam nas diferentes esferas da atenção à saúde. As constatações neste estudo evidenciam a relevância de conhecer e avaliar as estratégias adotadas nos diferentes contextos, bem como que estas podem servir de referências indicativas de caminhos a serem seguidos para a implementação do processo de regionalização e gestão da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. Departamento de Apoio à Descentralização/ Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
3. Pestana M, Mendes EV. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Secretaria do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2004. 80p.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS; 2007.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.
8. Kopf AW. Estratégia de Saúde da Família: revisão de aspectos normativos e análise de seu impacto em alguns indicadores de serviços de saúde na região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde – SES/RS [monografia]. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI; 2006.
9. Carvalho BG, Martin GB, Cordoni Jr L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Andrade SM, Dalari AS, Cordoni Jr L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: Editora UEL/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.
10. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1): 197-206.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: CONASS; 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d.
13. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AMB. Entendendo o Pacto pela Saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 11(3):181-7.
14. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc Saúde Coletiva. 2003; 8(2):417-37.
15. Schneider A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. Physis. 2001; 11(2):51-66.
16. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad Saúde Pública. 2006; 22(10):2207-17.

17. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):451-555.
18. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(supl.):153-62.
19. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):825-39.