

Marcus Pestana
Eugênio Vilaça Mendes

**PACTO DE GESTÃO:
DA MUNICIPALIZAÇÃO
AUTÁRQUICA À
REGIONALIZAÇÃO
COOPERATIVA**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Governador
Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Secretário
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Endereço: Av. Afonso Pena, 2.300 – Funcionários

CEP 30130 007

Telefone (31) 3261-7742

FAX (31) 3261-6192

E-mail: secr.ses@saude.mg.gov.br

www.saude.mg.br

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde.

Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004.

80 p.

1. Pacto de gestão – Descentralização. 2. Municipalização autárquica – Regionalização cooperativa. I. Título.

NLM 540

Marcus Pestana¹
Eugênio Vilaça Mendes²

**PACTO DE GESTÃO:
DA MUNICIPALIZAÇÃO
AUTÁRQUICA À
REGIONALIZAÇÃO
COOPERATIVA**

Belo Horizonte
Secretaria de Estado de Saúde
Dezembro 2004

¹ Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais.

² Consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL	11
2.1 O conceito de descentralização	11
2.2 A avaliação da descentralização dos sistemas de serviços de saúde: a importância do espaço mesorregional	13
2.3 Os paradigmas de regionalização da atenção à saúde	15
3 A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SUS E O PARADIGMA DA MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA	17
3.1 O pano de fundo: a descentralização política brasileira e o federalismo municipal	17
3.2 O processo de descentralização do SUS	20
3.3 As fortalezas e as debilidades da municipalização autárquica	24
4 UMA NOVA FORMA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA	35
4.1 O paradigma da regionalização cooperativa	35
4.2 Os fundamentos da regionalização cooperativa	36
4.2.1 <i>A concepção de rede de atenção à saúde da regionalização cooperativa: os sistemas integrados de serviços de saúde</i>	36
4.2.2 <i>A dinâmica da construção das redes de atenção à saúde</i>	43
4.3 O objetivo da regionalização cooperativa	49
4.4 Os princípios da regionalização cooperativa	50
4.4.1 <i>A integralidade da atenção à saúde</i>	51

4.4.2	<i>A eqüidade</i>	51
4.4.3	<i>A participação social</i>	51
4.4.4	<i>A qualidade dos serviços</i>	51
4.4.5	<i>A eficiência</i>	52
4.4.6	<i>A gestão da demanda</i>	52
4.4.7	<i>A responsabilização inequívoca</i>	52
4.4.8	<i>O financiamento solidário</i>	52
4.4.9	<i>A endogenia microrregional</i>	52
5 A OPERACIONALIZAÇÃO		
DA REGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA		55
5.1	Os critérios para a regionalização da atenção à saúde	55
5.2	A construção da regionalização cooperativa	58
5.2.1	<i>Os territórios sanitários</i>	58
5.2.2	<i>A responsabilização inequívoca dos entes federativos na regionalização cooperativa</i>	61
5.2.2.1	RESPONSABILIDADES DA UNIÃO	61
5.2.2.2	RESPONSABILIDADES DOS ESTADOS	61
5.2.2.3	RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS	62
5.2.3	<i>A modelagem da regionalização cooperativa</i>	63
5.2.3.1	O MODELO INSTITUCIONAL	63
5.2.3.2	O MODELO GERENCIAL	64
5.2.3.3	O MODELO LOGÍSTICO	67
5.2.3.4	O MODELO DEMOCRÁTICO	69
5.3	O financiamento	69
5.3.1	<i>O financiamento do custeio</i>	69
5.3.2	<i>O financiamento dos investimentos</i>	71
CONCLUSÃO		75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		79

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu um federalismo singular ao definir os municípios como entes federativos com competências tributárias e autonomia política e administrativa. E deu as bases para a municipalização do SUS. A Lei nº 8.080/90 consolidou o aparato legal de municipalização do sistema público de serviços de saúde.

Mas foi a NOB SUS/93 – editada após a realização de uma Conferência Nacional de Saúde que teve como lema “A municipalização é o caminho” – que consolidou esse processo de descentralização do SUS ao instituir as formas de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena.

Se a municipalização levou a avanços indiscutíveis, ela, também, gerou problemas sérios que não podem mais continuar. É preciso reconhecer que a forma de descentralização pela municipalização, engendrada pelo SUS, através de paradigma da municipalização autárquica, esgotou-se e necessita de ser repensada.

Reconhecer isso está na base das mudanças microeconômicas necessárias para transformar o SUS e fazê-lo avançar neste início de século. Parece que essas idéias, tão solitárias tempos atrás, vão se avolumando e constituindo um movimento em busca de uma regionalização mais conseqüente que permita conciliar o positivo da municipalização com a construção de outros espaços relevantes para o desenho e operacionalização das redes de atenção à saúde em nosso País; ou seja, superar o dilema entre a municipalização autárquica e a regionalização cooperativa (MENDES, 2001).

A introdução dos consórcios intermunicipais de saúde, ainda que originária da experiência pioneira de Penápolis em 1986, adquiriu uma dimensão nacional a partir da segunda metade dos anos 1990. Contudo, os consórcios não foram concebidos como uma releitura crítica da municipalização do SUS, mas como uma solução pragmática aos problemas de déficits da atenção secundária à saúde. Foram soluções de baixo para cima, realizadas no vácuo deixado pela fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde e através de uma lógica eminentemente política. Mas, sem dúvida, os consórcios intermunicipais de saúde foram estimulados pela municipalização do SUS, sem, contudo, significar uma crítica a esse movimento de descentralização. Na realidade, acabaram por criar mais um subsistema público de serviços de saúde, fora das normas do SUS.

Foi Oliveira (1995), em sua dissertação de doutorado, que, pela primeira vez, enxergou as fragilidades da municipalização do SUS. Com base nesse trabalho seminal, Mendes (1998) elaborou uma crítica mais contundente e fundamentada a esse processo de municipalização do sistema de serviços de saúde e formulou a concepção de municipalização autárquica para defini-lo e mostrar suas debilidades. E propôs, como alternativa, a instituição de sistemas microrregionais de serviços de saúde.

No mesmo ano, o Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais desenvolveu, com apoio da Fundação Kellogg, a proposta do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde do Alto Rio Grande (NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 1998). É interessante notar que essa proposta foi contemporânea da política pública mais estruturada de consorciamento municipal em saúde, executada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais no Governo Eduardo Azeredo, e se constituía, de fato, numa alternativa para ela.

A experiência do Alto Rio Grande foi interrompida por um novo governo, mas serviu como um dos insumos para a estruturação, pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará, do projeto piloto do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ, 2000a). O modelo desenvolvido em Baturité foi expandido para todas as 21 microrregiões cearenses, num processo que teve o apoio do Department for International Development do Reino Unido (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ, 2000b). Esse movimento cearense de instituição de sistemas microrregionais de saúde, sem a presença de consórcios intermunicipais de saúde, teve forte repercussão e foi discutido em muitos foros nacionais e internacionais.

A norma federal, entretanto, continuava a ignorar os problemas determinados pela municipalização autárquica, até que a NOAS 01/2001 acolheu, em seu desenho territorial, os espaços dos módulos e das regiões de saúde e propôs o planejamento regional. A complexidade da norma e a fragilidade de seus fundamentos praticamente anularam a operacionalização dos novos territórios assistenciais. Mas ficou no ar uma esperança de que os problemas da municipalização autárquica tivessem sido detectados e incorporados na normativa federal, ainda que sem resultados práticos substantivos.

O Ministério da Saúde, em trabalho recente, motivado pela discussão do Pacto de Gestão, retomou a discussão de regionalização da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esse trabalho tem o mérito de recolocar, no centro do debate do SUS, a idéia de sucesso das experiências de descentralização dos sistemas de serviços de saúde que é a existência de um espaço organizacional mesorregional, localizado entre as esferas estadual e municipal (MILLS *et al.*, 1990).

O reposicionamento da regionalização da atenção à saúde na agenda nacional estimula o debate democrático. É o que se procura fazer neste texto, de uma forma que não se restringe ao desenho operacional da regionalização. Ao contrário, tenta-se construir uma sólida fundamentação para o desenho proposto, a partir das experiências internacionais relevantes nesse campo da descentralização dos sistemas de serviços de saúde, até porque a literatura nacional sobre regionalização da atenção à saúde, se é rica no aspecto da espacialização – especialmente em função das contribuições da geografia política dos territórios –, é débil nos fundamentos técnicos da construção e operação das redes assistenciais articuladas territorialmente.

O trabalho que se apresenta é uma contribuição ao oportuno debate do Pacto de Gestão que se faz em âmbito nacional. É necessário promover mudanças mais profundas no SUS que superem o modelo de incrementalismo lento que vem se dando através dos ajustes das normas operacionais.

É hora de uma reforma mais radical. É hora de mudar com coragem; mudar para continuar avançando.

2 A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

2.1 O conceito de descentralização

Há que se precisar bem o que é descentralização porque há entendimentos diversos sobre esse significante e porque a descentralização não constitui um movimento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais.

A descentralização, enquanto processo, não constitui conceito unívoco, articulado como oposto à centralização. Ao contrário, apresenta-se, na realidade política, como unidade dialética que se exprime, empiricamente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso deva ser o descentralizatório.

Torna-se difícil buscar uma conceituação geral que dê conta da descentralização. Entretanto, as tentativas de buscar um significado unívoco para a descentralização articulam-na com o deslocamento do poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos. Daí ser preferível uma interpretação conceitual referida pela unidade dialética da centralização/descentralização e por uma visão processual que admite que a descentralização apresenta-se, na prática social, com graus ou formas distintas.

Na literatura, aparecem tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, sendo uma das mais abrangentes a que identifica quatro formas de descentralização (RONDINELLI *et al.*, 1983): desconcentração, devolução, delegação e privatização.

A desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de nível subnacional que adquire, assim, autonomia política e administrativa. A delegação dá-se em outro âmbito, envolvendo as relações entre Estado e sociedade civil, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. Aqui, dá-se a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de entes públicos não-estatais. A privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Ela refere-se à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma de venda de ativos estatais. Nos sistemas de serviços de saúde, a privatização se dá quando se retiram do Estado, ainda que parcialmente, as macrofunções de regulação e financiamento dos sistemas de serviços de saúde, passando-as ao setor privado.

Em quase todos os países, deu-se a descentralização dos sistemas de serviços de saúde. Uma análise das experiências europeias nesse campo mostrou como essas formas se deram em países distintos (SALTMAN; FIGUERAS, 1997): no Reino Unido e na Suécia, deu-se desconcentração para regiões federais; na Polônia e na Espanha, deu-se a devolução para os Estados; na Itália, fez-se a delegação para as *Aziendas*, empresas públicas

com autonomia administrativa e financeira; na Hungria, deu-se a privatização; no Casaquistão, houve uma descentralização que não resultou e foi seguida de uma recentralização.

O processo de descentralização do SUS vem sendo feito através da combinação das três primeiras formas: há uma desconcentração das Secretarias Estaduais em regionais de saúde e de certas Secretarias Municipais de grandes municípios em distritos sanitários; a devolução foi realizada através, especialmente, da municipalização de serviços nacionais ou estaduais; e a delegação é uma prática rotineira, já que a maior parte dos serviços hospitalares e quase um terço dos serviços ambulatoriais do SUS são prestados por entes privados lucrativos e não-lucrativos, sob contrato com os órgãos gestores.

2.2 A avaliação da descentralização dos sistemas de serviços de saúde: a importância do espaço mesorregional

A descentralização dos sistemas de serviços de saúde constitui uma tendência inequívoca no cenário internacional como contraposição aos modelos centralizados. Mas essa descentralização, como processo social, apresenta, na sua consecução prática, fortalezas e debilidades, havendo, pois, que se buscar uma maximização das suas fortalezas e uma minimização das suas debilidades.

As fortalezas da descentralização dos sistemas de serviços de saúde são: uma maior eficiência alocativa pela influência dos usuários locais; a inovação e a adaptação às condições locais; uma maior qualidade, transparência, responsabilidade e legitimidade derivadas da participação da população no processo de tomada de decisão; uma maior integração entre agências

governamentais e não-governamentais; e melhoria das atividades intersetoriais (MILLS *et al.*, 1990). Por outro lado, as principais debilidades são: um enfraquecimento das estruturas centrais; uma dificuldade de coordenação; o incremento dos custos de transação; a fragmentação dos serviços; a ineficiência por perda de economia de escala e de escopo; a escassez de recursos gerenciais; o clientelismo local; e a desestruturação de programas verticais de saúde pública (PRUD'HOMME, 1995).

Uma avaliação da descentralização dos sistemas de serviços de saúde na Europa indica que ela, sempre, traz vantagens e desvantagens, que não é possível estabelecer relações entre descentralização e equidade, que, para haver ganhos de eficiência, não se podem criar deseconomias de escala e que várias formas de descentralização aumentam as possibilidades de escolha por parte dos usuários (HUNTER; VIENONEN; WLODARCZYK, 1998). Estudos comparativos da descentralização dos sistemas de serviços de saúde, realizados no Chile, na Colômbia e na Bolívia (BOSSERT, 2000), concluíram que, no Chile e na Colômbia, houve algum aumento de equidade e que, nos três países, não se podem evidenciar resultados favoráveis em relação à eficiência e à qualidade dos serviços.

As avaliações internacionais da descentralização dos sistemas de serviços de saúde não indicam resultados definitivos e apontam para a necessidade de se aprofundar os estudos para obter evidências. Mas apontam, também, no sentido de que os processos descentralizatórios sempre apresentarão fortalezas e debilidades e que a questão central está em desenvolver processos de descentralização dos sistemas de serviços de saúde que maximizem as suas fortalezas e minimizem as suas debilidades e que minimizem os *trade-offs* entre equidade, eficiência, efetividade e qualidade dos serviços de saúde.

Para concretizar essa descentralização ótima, uma das propostas mais consistentes está em instituir, entre os níveis estaduais e locais dos sistemas de serviços de saúde, uma instância mesorregional (MILLS *et al.*, 1990). A instituição desse nível mesorregional pode conduzir a uma descentralização mais racional porque permite compatibilizar o acesso pronto a serviços eficientes em função da escala, efetivos e de qualidade com a proximidade dos problemas locais e da população.

2.3 Os paradigmas de regionalização da atenção à saúde

A regionalização da atenção à saúde surgiu após a Revolução Russa numa proposta de Semachko. Foi adaptada ao ocidente pelo trabalho seminal de Lord Dawson of Penn (1920), dando origem aos sistemas públicos de serviços de saúde de base territorial. Por isso, esses sistemas regionalizados são conhecidos como sistemas *dawsonianos*.

A experiência internacional é dominada pelo paradigma da regionalização autárquica. Nele, a instância de gestão de um sistema regional de serviços de saúde é exercitada por uma mesorregião sanitária que funciona como financiadora e reguladora do sistema e onde se exercita, inequivocamente, a função de compra de serviços públicos de saúde. Nesse paradigma, o papel dos municípios ou inexistente, ou é secundário, limitando-se a algumas ações de saúde pública.

Em alguns países, a autoridade sanitária regional é exercitada por uma região federal; é o caso da Autoridade Sanitária, no Reino Unido, e do *County Council*, na Suécia. Em outros países, a autoridade sanitária regional é exercida por uma região estadual, como nos distritos sanitários canadenses, na *Azienda* italiana e na experiência espanhola.

Dessa forma, o ambiente internacional é dominado pelo paradigma da regionalização autárquica, do qual o Brasil fugiu ao optar por uma devolução municipalizada na organização do SUS. Assim, nosso País é um caso singular de organização municipalista de um sistema público de serviços de saúde, o que fez estruturando o paradigma da municipalização autárquica somente adotado, em algum momento, pela Finlândia, mas depois abandonado (BENGOA, 1998).

No paradigma da municipalização autárquica, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com a União e os Estados. Esse modelo organizacional constitui a vertente polar da regionalização autárquica. Ainda que apresente algumas fortalezas, é um sistema que, no limite, transforma cada município num sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade.

Se essa opção propiciou ao SUS vantagens inequívocas, trouxe, junto, enormes desvantagens que o impedem de operar com economicidade e qualidade dos serviços e devem ser superadas com urgência. O momento de superar o paradigma da municipalização autárquica parece ter chegado.

3 A DESCENTRALIZAÇÃO DOS SUS E O PARADIGMA DA MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA

3.1 O pano de fundo: a descentralização política brasileira e o federalismo municipal

O Brasil é um País continental, com uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e com uma população de aproximadamente 180 milhões de habitantes. Além de extenso, é um País complexo e muito desigual, onde se manifestam nítidas diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias entre suas diferentes regiões e, dentro delas, entre seus distintos grupos sociais. Isso, por si só, já coloca a imprescindibilidade da descentralização como viabilizadora das políticas públicas.

Além disso, constitui um sistema federativo, estruturado em três níveis político-administrativos: a União, os Estados e os municípios. O País está dividido em 26 estados, Distrito Federal e 5.560 municípios. O federalismo brasileiro é especial no quadro mundial porque, aqui, os municípios são entes federativos, com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem estabelecidas, e apresentam, entre si, à semelhança do País como um todo, altíssimos diferenciais de tamanho, de população e de desigualdades socioeconômicas.

Na América Latina e, muito particularmente, no Brasil, a descentralização foi introduzida como parte de processos de redemocratização, uma vez que os regimes autoritários caracterizavam-se por ser centralizados, burocráticos e excludentes e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas. A intervenção do Estado brasileiro, no autoritarismo, foi crescente e com ampla participação da burocracia militar e civil. As políticas sociais foram construídas e implantadas como decisões particularizadas de burocratas e de grupos de interesses (ABRANCHES, 1985). Não obstante, algumas iniciativas do regime militar apontavam no sentido da descentralização: o Decreto-Lei 200, de 1967; o Programa Nacional de Desburocratização, o Decreto 83.740, de 1979; e o Programa Nacional de Desestatização, o Decreto 86.215, de 1981.

A crise do Estado brasileiro aguçou-se nos anos 1980 e expressou-se em quatro dimensões: a crise fiscal, a crise da forma de intervenção do Estado na economia, a crise do aparelho de Estado e a crise política. A crise fiscal definiu-se pela perda do crédito público e por poupança pública negativa; a crise do modo de intervenção estatal, pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações e pelas dificuldades de criar um Estado de bem-estar social no País; a crise do aparelho do Estado, pelo enrijecimento burocrático extremado e pela apropriação clientelista e corporativa das instituições públicas; e a crise política, pelo esgotamento do pacto burocrático-capitalista que sustentou o regime autoritário. A resposta da sociedade brasileira à crise política deu-se com a redemocratização de 1985 e concretizou-se na Constituição de 1988. A crise fiscal vem sendo superada, mas as crises do modo de intervenção na economia e do aparelho do Estado ainda estão por resolverem-se.

É nesse contexto de redemocratização e de reforma do Estado brasileiro que a descentralização adquiriu força no País.

A descentralização política brasileira pós-regime militar, consolidada pela Constituição de 1988, gerou o fenômeno do federalismo municipal, caracterizado pelo *status* de membros da Federação concedido aos municípios e pela repartição de recursos da União e dos Estados para os municípios.

Esse tipo singular de descentralização política conduziu a alguns resultados, analisados por Gomes e Mac Dowell (2000): intensa criação de municípios – 1.405 novos municípios, no período de 1984 a 1997, um incremento de 34,3% nesse período; concentração dos novos municípios nas regiões Sul (405) e Nordeste (402); proliferação de pequenos municípios: dos 1.405 novos municípios, 1.329 (94,5%) têm menos de 20 mil habitantes, 1.095 (78%) têm menos de 10 mil habitantes, e 735 (52%) têm menos de 5 mil habitantes; um percentual enorme de pequenos municípios: 25,4% com menos de 5 mil habitantes, 50% com menos de 10 mil habitantes e 74,8% com menos de 20 mil habitantes; disso decorre que a criação de novos municípios tem sido feita através da multiplicação dos pequenos municípios e, especialmente, de micromunicípios, aqueles com menos de 5 mil habitantes; aumento da receita disponível dos municípios que, em relação à da União, foi multiplicada por um fator próximo a três; associação entre receita própria e tamanho dos municípios: 8,9% nos municípios de menos de 5 mil habitantes, 10,1% nos municípios com menos de 10 mil habitantes, 38,1% nos municípios com 500 mil a 1 milhão de habitantes e 55,9% nos municípios de mais de 1 milhão de habitantes; forte dependência dos pequenos municípios de transferências, especialmente do Fundo de Participação Municipal; transferência líquida de recursos dos mega e grandes municípios para os pequenos e médios municípios; em 1996, a receita *per capita* foi maior nos municípios de menos de 5 mil habitantes (R\$ 431,30) que nos municípios de 500 mil a 1 milhão de habitantes

(R\$ 307,90) e que nos municípios de mais de 1 milhão de habitantes (R\$ 405,80); os grandes beneficiários do sistema tributário redistributivo são os pequenos municípios nos quais vivem apenas 19,6% da população do País; proporcionalmente, os gastos com os Legislativos municipais são maiores do que esses gastos nos estados e na União; em 1996, os gastos *per capita* ano com o Legislativo foram maiores nos municípios com menos de 5 mil habitantes (R\$ 20,60) que nos municípios de mais de 1 milhão de habitantes (R\$ 15,60). Os mesmos autores tratam de destruir um mito da literatura municipal brasileira: o de que os municípios menores são aqueles em que está localizada a população mais pobre. Trabalhando dados do Censo de 1991 eles mostram que os municípios de até 5 mil habitantes estão distribuídos em todos os decis de renda, com uma concentração nos decis cinco, seis e sete, ou seja, na metade superior da distribuição de renda *per capita*; nos municípios de 5 mil a 10 mil habitantes, a concentração se dá nos decis seis, sete e oito.

Este País federativo, grande, complexo e desigual e sua forma muito especial de descentralização política através da trina federativa é o objeto da presente discussão que se faz sobre a regionalização do SUS.

3.2 O processo de descentralização do SUS

A opção dos constituintes brasileiros pela descentralização foi inequívoca. No Art. 196 e inciso I da Constituição Federal, declara-se que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes, dentre elas a descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

A legislação infraconstitucional, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reiterou a diretriz da descentralização e a definiu operacionalmente, protagonizando a municipalização das ações e serviços de saúde. Com essa base jurídica, o SUS passou a regular-se, na sua ação cotidiana, através de Normas Operacionais Básicas. Assim, apareceram, consecutivamente, as NOBs Inamps/91, SUS/93 e SUS/96 que tenderam a aprofundar a descentralização para Estados e, principalmente, para os municípios.

A NOB 01/91, ainda editada pela presidência do Inamps, teve por objetivo fornecer instruções para implantação do SUS, visando, basicamente, operacionalizar a legislação infraconstitucional, e o fez tendo como instrumento o convênio entre a União, Estados e municípios. Ela criou a unidade de cobertura ambulatorial, critérios para transferências de recursos federais para os Estados e municípios e instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação, expressando uma nítida cultura “inampsiana”. Essa norma instituiu o pagamento por produção de serviços, transformando os prestadores públicos em vendedores de serviços. Apesar de isso significar um recuo em relação ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os municípios apoiaram aquela NOB por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos Estados. Estava, assim, pavimentado o caminho para a radicalização da municipalização dos serviços de saúde.

A NOB SUS-93 - surgida após a IX Conferência Nacional de Saúde que tinha como lema a municipalização do SUS – institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, criando, dessa forma, um fórum de negociação permanente

entre as instâncias federativas. Além disso, impulsionou a municipalização dos serviços de saúde, através da instituição das três formas de gestão: incipiente, parcial e simplena, que expressavam, por si mesmas, graus crescentes de devolução.

A NOB 01/96 consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados. A municipalização, que já vinha aumentando tendencialmente, acelerou-se, de tal modo que, ao final de 1996, havia 3.078 municípios habilitados para a municipalização e, ao fim de 2000, eram 5.398, 98% dos municípios brasileiros.

Fica claro que, nesse período, a ênfase na descentralização se deu no campo da atenção ambulatorial e hospitalar e sob a forma de devolução da União para os municípios. Houve uma nítida polarização institucional entre o governo federal, detentor do poder financeiro e normatizador, e os municípios, novos atores sociais que surgiram na cena político-sanitária e com capacidade de responder, com agilidade, através de Secretarias Municipais de Saúde, às demandas organizacionais colocadas pelo Ministério da Saúde. Ao contrário do que ocorreu nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), onde a municipalização foi conduzida pelas Secretarias Estaduais de Saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS), esse processo foi dirigido pelo Ministério da Saúde em relação direta com os municípios.

O processo de descentralização do SUS, através da devolução municipalizada, com forte centralização do financiamento

na União, e sem a participação primordial dos Estados, em um País grande e desigual, consolidou, com a NOB 01/96, o paradigma da municipalização autárquica.

Os problemas da municipalização autárquica, especialmente a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão dos sistemas, apontaram, na NOAS 01/2001, revista em 2002, para a necessidade de se organizar os espaços territoriais de forma a contemplar, além dos municípios, os módulos, as microrregiões, as macrorregiões e as regiões de saúde, onde se articulariam as redes assistenciais. Já os problemas da gestão do sistema deveriam ser enfrentados através das novas formas de habilitação: a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada.

Ao instituir territórios supramunicipais, a NOAS apontava para a necessidade de ganhos de escala e de melhoria da qualidade da atenção. Mas foi uma norma que não pegou, por várias razões: o foco na gestão da oferta, a concepção hierárquica do sistema, o mau uso dos fundamentos da regionalização, a extrema burocratização e a responsabilização difusa (MENDES, 2003). Como diz o Ministério da Saúde:

Os aspectos nucleares da NOAS não se efetivaram ou só aconteceram parcialmente. Dentre eles, podem ser destacados os seguintes impasses: falta de iniciativa pela qualificação das microrregiões de saúde; pouco interesse dos municípios pela habilitação em gestão plena do sistema municipal; fragilidade dos espaços de negociação e planejamento regional; excesso de instrumentos normativos (PDR, PPI, PDI, Termo de compromisso etc.); discordâncias em relação ao papel das esferas de governo; discordâncias em relação à forma de alocação dos recursos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

3.3 As fortalezas e as debilidades da municipalização autárquica

O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível. Esse incentivo implícito, na realidade federativa brasileira onde 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e, como consequência, baixa qualidade dos serviços ofertados.

Do ponto de vista das relações entre descentralização e eficiência, o processo de devolução municipalizada, com autarquização dos municípios e sem estruturação orgânica do espaço microrregional, está levando ao que, empiricamente, se constatou na Região Metropolitana de Campinas e que foi denominado de modelo de assistência municipalista (OLIVEIRA, 1995). Neste modelo, o município expande a assistência à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências.

Os resultados do paradigma da municipalização autárquica no SUS são inquestionáveis. A AMS/99 mostrou que no período 1992/1999 o número de estabelecimentos públicos cresceu 24,9%, enquanto que os estabelecimentos privados tiveram uma redução de 2,8%. Dentre os serviços públicos em geral – com e sem internação –, destaca-se a participação dos estabelecimentos municipais que passaram de 69% em 1992 para 92% em 1999. Considerando apenas os estabelecimentos públicos com internação, a participação da esfera municipal, em

1999, foi de 70%. No mesmo período de 1992/1999, os leitos hospitalares, apesar de terem sofrido uma redução no seu número total, cresceram 3% no setor público e tiveram uma redução de 18,4% no setor privado (IBGE, 2000).

O incremento da rede hospitalar pública merece uma análise mais aprofundada porque vem se fazendo através de hospitais pequenos, conforme se vê na Tabela 1.

TABELA 1 – NÚMERO DE HOSPITAIS VINCULADOS AO SUS POR TAMANHO, MEDIDO EM NÚMERO DE LEITOS, BRASIL, 2001.

NÚMERO DE LEITOS	NÚMERO DE HOSPITAIS	%
até 30 leitos	2.362	36,5
de 31 a 50 leitos	1.406	21,7
de 51 a 100 leitos	1.405	21,7
de 101 a 200 leitos	849	13,1
de 201 a 300 leitos	245	3,8
de 301 a 500 leitos	146	2,3
de 501 a 1.000 leitos	47	0,7
mais de 1.000 leitos	13	0,2
Total	6.473	100,0

Fonte: Mendes (2002)

O exame da Tabela 1 denota um quadro de extrema irracionalidade: 58,2% dos hospitais vinculados ao SUS têm menos de 50 leitos, e somente 7% apresentam a escala mínima econômica

de 200 leitos, referida na literatura internacional. Diferentemente do SUS, no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, 63,5% dos hospitais têm mais de 300 leitos, e 90,5% dos leitos disponíveis estão em hospitais de mais de 200 leitos (POSNETT, 2000)

Pior ainda quando se sabe que a rede hospitalar vinculada ao SUS opera com baixa taxa média de ocupação dos leitos; em 1995, essa taxa foi de 54%, tendo diminuído para 48% em 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A perda de escala, decorrente da municipalização autárquica, além de ineficiência, vem junto com baixa qualidade, porque certos serviços, como os de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, para terem qualidade, necessitam de uma base quantitativa (MENDES, 2001).

Um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde é o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, um indicador de morbidade hospitalar. Esse indicador capta aquelas condições que são internadas desnecessariamente ou que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade (BILLINGS; ANDERSON; NEWMAN, 1996).

Estudo feito por Alfradique e Mendes (2002), examinando todas as internações do SUS no ano de 2001, mostrou que, de um total de 12.426.111 internações pagas pelo SUS, 3.405.452 foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Assim, naquele ano, as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial significaram 27,4% do total de internações; quando se retiraram os partos, que não são condições patológicas, esse percentual subiu para 33,8%.

Essas internações desnecessárias ou evitáveis custaram ao SUS, em 2001, 1,036 bilhão de reais do total de 6,675 bilhões

gastos com internações, no ano; isso representou um gasto *per capita*/ano de aproximadamente R\$ 6,00, mais da metade do valor do PAB fixo modal.

Quando se analisam as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, por tamanho dos hospitais em que ocorreram, verifica-se uma alta concentração nos hospitais pequenos conforme se vê na Tabela 2.

TABELA 2 – INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL (ICSAA) NO SUS, POR NÚMERO DE LEITOS DOS HOSPITAIS DE OCORRÊNCIA DA INTERNAÇÃO E POR VALORES PAGOS, 2001.

NÚMERO DE LEITOS	% de ICSAA *	% de recursos pagos a ICSAA*
até 30 leitos	55,3	53,7
de 31 a 50 leitos	50,7	49,1
de 51 a 100 leitos	41,0	36,0
de 101 a 200 leitos	29,7	22,3
de 201 a 300 leitos	22,1	15,5
de 301 a 500 leitos	18,1	13,3
de 501 a 1.000 leitos	14,5	10,7
mais de 1.000 leitos	13,6	10,4
Total	33,8	24,1

Fonte: Mendes (2002)

(*) Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, excluídos os partos

As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial variaram de 55,7% nos hospitais de até 30 leitos a 50,7% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 41,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, para alcançar valores inferiores a 15% em hospitais de mais de 500 leitos. Constatou-se, então, que, somente a partir de hospitais de mais de 100 leitos, os valores encontrados são inferiores à média nacional de 33,8%.

Observou-se que o percentual de gastos com as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial chegou a 55,3% nos hospitais de menos de 30 leitos, a 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, caindo para valores iguais ou menores a 15,5% nos hospitais de mais de 200 leitos.

A análise dessas informações permite inferir que as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no Brasil estão determinadas pela conjunção de dois fenômenos.

Primeiro, parte delas se deve à baixa resolutividade da atenção primária à saúde, o que leva a internações desnecessárias ou evitáveis. Segundo, a variação por tamanho de hospitais indica que há uma manifestação clara da Lei de Roemer que diz que, “se há leitos hospitalares, eles tendem a ser usados”, independentemente das necessidades da população, um caso particular do princípio mais geral da indução da demanda pela oferta, característico dos sistemas de serviços de saúde (ROEMER, 1993).

Parece ocorrer que os pequenos hospitais, que recebem um número determinado de AIHs, vão sempre gastá-las, no limite, para cobrir seus custos fixos. Esse fenômeno pode ser denominado de “queima de AIHs”. Isso mostra que a expansão hospitalar, através de pequenos hospitais, provoca brutal ineficiência, sendo parte do problema e não da solução.

O caso da Bahia é emblemático: os leitos hospitalares públicos saltaram de 2.935 em 1990 para 11.340 em 1997; parte significativa desses leitos são municipais; a maioria deles são hospitais pequenos. Muitos hospitais apresentam taxas de ocupação baixas, taxas de permanência elevadas e baixa atividade ambulatorial, baixa coordenação entre atividades ambulatoriais e hospitalares; e inúmeras internações são realizadas sem encaminhamento ambulatorial (SPAGNOLO, 1998).

Mas a fragmentação não se restringe aos hospitais. A Microrregião de Baturité, composta por oito municípios, no Ceará, é um exemplo emblemático da fragmentação causada pela municipalização autárquica: havia hospitais que operavam com uma taxa de ocupação média de 22%; havia sete aparelhos de ultrassonografia quando seriam suficientes apenas dois; e havia oito laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e sem controle de qualidade (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ, 2000a). Essa situação encontrada na Microrregião de Baturité está longe de constituir uma exceção no SUS, tendo, muito mais, a aproximar-se de uma regra geral.

Pesquisa feita na Microrregião do Alto Rio Grande, em Minas Gerais, também composta por oito municípios, mostrou que, em 1998, havia dez pequenos laboratórios de patologia clínica. Nessa microrregião, 80% dos exames foram normais ou negativos, 40% não chegaram aos médicos que os solicitaram, e todos, sem exceção, apresentaram confiabilidade discutível porque não foram submetidos a controles de qualidade, internos e externos (NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, 1998).

Uma publicação da SAS/Ministério da Saúde propõe laboratórios de patologia clínica, de bancada, realizados sem automação, para uma população em torno de 25 mil pessoas e laboratórios de semi-automação, para uma população de 25 mil

a 50 mil pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Ainda que isso possa justificar-se em regiões de baixa densidade demográfica e de longas distâncias relativas, como ocorre no Norte do País, toda evidência internacional mostra que os laboratórios de patologia clínica devem apresentar grandes escalas de processamento para serem econômicos. Por exemplo, três laboratórios privados de São Paulo detêm 25% do mercado privado daquela cidade e estão buscando avidamente aumentar suas escalas para sobreviverem no mercado (VALOR, 2001).

Um bom desenho laboratorial implica a construção de uma rede de laboratório com a máxima descentralização da coleta e uma máxima centralização do processamento, as duas pontas interligadas por eficazes sistemas logísticos, tal como se faz na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SANTOS *et al.*, 1998).

A visão da gestão da oferta das normas operacionais leva a uma lógica política de investimentos em serviços de saúde, onde o importante é dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente os equipamentos de maior visibilidade política, os hospitais.

Esse processo, na prática social, está conduzindo, também, a uma banalização da atenção hospitalar, em que os cidadãos são ludibriados por uma lógica política perversa de instituição da oferta local que redundava em hospitais que não têm condições técnicas para funcionar como hospitais. Uma combinação de enganação e desperdício, dois predicados indesejáveis nos sistemas públicos de serviços de saúde.

A NOAS SUS 01/02 não é responsável pela fragmentação dos serviços de saúde, que lhe é anterior, mas continua a incentivar implicitamente esse processo quando mantém a visão da gestão da oferta na habilitação, o que é um convite à implantação de serviços nos territórios municipais. Além disso, ao instituir o

módulo assistencial, exigindo que, nesse espaço, se ofereçam certos exames de patologia clínica, de radiodiagnóstico, de ultra-sonografia e de atenção hospitalar em clínica médica, pediátrica e obstétrica, poderá levar a um incremento da fragmentação dos serviços de saúde no SUS, do que deverá resultar maior ineficiência e menor qualidade de serviços.

No que concerne à equidade, uma pesquisa sobre o gasto público assistencial federal, em Minas Gerais, mostrou que os recursos estão extremamente concentrados em poucos municípios. Dos 756 municípios examinados, apenas 75 recebiam acima da média, sendo 681 (90% do total) municípios perdedores, por estarem abaixo da média estadual. Mesmo quando se limpou a polaridade inter-municipal, trabalhando-se com o gasto federal corrigido, a desigualdade intermunicipal e interregional foi muito grande, sendo as regiões e os municípios mais pobres os grandes perdedores.

O índice do gasto federal corrigido, que teve um valor médio estadual, em 1995, de 0,821, variou de 0,948 na Região Central, uma região rica, a 0,509 no Noroeste de Minas, uma região pobre. O que explica a desigualdade no gasto público assistencial federal é a estrutura concentrada da oferta que se cristaliza no sistema de subsídio à oferta vigente. É evidente que a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, resultado, em boa parte, do paradigma da municipalização autárquica, as impede de exercitar a função redistributiva nos espaços estaduais, acentuando o problema (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1997).

Por fim, a municipalização autárquica tem gerado, num quadro de restrições financeiras grave, uma competição intermunicipal pelos recursos escassos (TEIXEIRA, 2003). Dessa forma, o processo de municipalização tem gerado mais que cooperação, mecanismos de competição intermunicipais que se

expressam em disputas distributivas no interior das Comissões Intergestores Bipartites.

Em síntese, a descentralização pela municipalização autárquica teve fortalezas inquestionáveis como constata o Ministério da Saúde:

a radicalização do processo de descentralização, com a conseqüente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; a democratização do setor, com ampliação da participação social; a melhoria do acesso às ações e serviços, devido à expansão da cobertura assistencial, tanto na atenção básica quanto de serviços mais complexos; e o êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

Mas agrega:

os avanços do processo de descentralização da saúde não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS. (Ministério da Saúde, 2004)

É necessário, portanto, avançar, reconhecendo que, no momento, as debilidades da municipalização autárquica superam as suas fortalezas. Mais uma vez, recorrendo ao Ministério da Saúde:

há um significativo consenso em torno da necessidade de adotar novas estratégias ao processo de descentralização que promovam a integralidade e a equidade no acesso. A regionalização, prevista constitucionalmente, constitui uma dessas estratégias, ao induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas. (Ministério da Saúde, 2004)

Parece ter razão quem diz que os movimentos da história são pendulares. O traço forte de um sistema centralizado de serviços de saúde, rompido pela reforma sanitária brasileira, deu origem a um movimento de municipalização autárquica, levando o pêndulo para uma contraposição polar. É hora de voltar ao ponto de equilíbrio, o que significará maximizar as inegáveis fortalezas da descentralização por devolução municipalizada e, ao mesmo tempo, tratar de minimizar suas debilidades. Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa.



4 UMA NOVA FORMA DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: A REGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA

4.1 O paradigma da regionalização cooperativa

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.

Ao se associarem, os municípios da microrregião devem constituir um sistema microrregional de serviços de saúde – sob a forma de uma rede de atenção à saúde –, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excelente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde.

O paradigma da regionalização cooperativa assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal e o componente gerencial explicita-se em mecanismos de planejamento, controle e avaliação compartilhados de redes microrregionais de atenção à saúde. É uma forma de organização dos sistemas de serviços de saúde que se diferencia de outro modelo,

internacionalmente proposto e adotado em alguns países, a competição gerenciada (ENTHOVEN, 1988).

O paradigma da regionalização cooperativa não tem similar na experiência internacional e, por isso mesmo, deve ser construído, singularmente, em nosso País.

A regionalização cooperativa supera uma visão restrita de recorte territorial e da imposição de uma autoridade sanitária regional para apresentar-se como um processo de mudança das práticas sanitárias no SUS, o que implica considerar suas dimensões política, ideológica e técnica (MENDES, 1995a).

A regionalização cooperativa tem uma dimensão política, dado que busca a transformação do SUS, atuando num espaço mesorregional, numa situação de poder compartilhado onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. Tem, também, uma dimensão ideológica, uma vez que, ao se estruturar na lógica das necessidades e demandas da população, implicitamente opta por um modelo de atenção à saúde contraflexneriano, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. E tem uma dimensão técnica que exige a utilização e, até mesmo, a produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com o projeto político e ideológico que a referencia.

4.2 Os fundamentos da regionalização cooperativa

4.2.1 A concepção de rede de atenção à saúde da regionalização cooperativa: os sistemas integrados de serviços de saúde

A regionalização cooperativa deverá implicar uma clara opção por uma forma peculiar de conformação das redes de atenção à saúde, os sistemas integrados de serviços de saúde. Para isso, é fundamental superar a forma vigente no SUS da

concepção hierárquica de redes de atenção à saúde e de sua conseqüência, os sistemas fragmentados de serviços de saúde.

A NOAS SUS 01/02 propõe a organização de uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões – com base em territórios auto-suficientes em atenção básica à saúde, em atenção mínima de média complexidade (M1), em atenção de média complexidade (MC) e em atenção de alta complexidade.

Essa proposta decorre de uma visão prevalecente do sistema de serviços de saúde como estrutura piramidal, organizado por níveis que são hierarquizados por suas complexidades relativas, indo da atenção primária à saúde, que seria a menos complexa, até a atenção de alta complexidade, que seria a mais complexa. Esse enfoque da atenção à saúde, intrínseco à NOAS SUS 01/02, é teoricamente errado, e sua adoção tem, na prática social, implicações muito graves.

Essa visão piramidal supõe que a atenção primária à saúde é menos complexa que os procedimentos definidos como de média e alta complexidades. Não é correto esse suposto. Ou será mesmo que ofertar uma atenção primária à saúde de qualidade – o que exige uma interação constante com os cidadãos usuários dos serviços, a responsabilização por sua saúde, a utilização de procedimentos promocionais e preventivos, a resolução de 85% dos problemas e a coordenação dos fluxos e contrafluxos na rede de serviços – é menos complexo que oferecer serviços ditos de média e alta complexidades ambulatorial e hospitalar?

A atenção primária à saúde exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades muito mais amplos que aqueles solicitados nos procedimentos de média e alta complexidade. A atenção primária à saúde convoca conhecimentos e habilidades

nos campos da biologia, da medicina, da psicologia, da antropologia, da sociologia e os utiliza numa perspectiva de intersectorialidade que a torna, inquestionavelmente, muito mais complexa que as ações catalogadas como de média e alta complexidade na NOAS SUS 01/02.

Os procedimentos considerados de alta e média complexidades apresentam, sem dúvida, maior densidade tecnológica, incorporando maior quantidade de tecnologias de produtos, enquanto os procedimentos de atenção primária à saúde são mais intensivos em cognição. Conseqüentemente, aqueles têm maior custo em relação a estes. Portanto, não é correto dividir as ações dos sistemas de serviços de saúde por níveis de complexidade, tal como faz a NOAS SUS 01/02. As ações denominadas de média e alta complexidade são mais densas tecnologicamente e mais custosas, mas definitivamente não são mais complexas.

Esse enfoque piramidal determina, nos sistemas de serviços de saúde, conseqüências desastrosas, especialmente quando conduz a uma banalização da atenção primária à saúde ao transformar, equivocadamente, as ações mais complexas de um sistema de serviços de saúde em ações de baixa complexidade. Essa hierarquização da atenção à saúde leva a uma representação por políticos, por profissionais de saúde e pela própria população de uma atenção primária à saúde como algo muito simples, quase banal.

A expressão primária, instituída para marcar o princípio complexíssimo do primeiro contacto (STARFIELD, 2002), é interpretada, então, na prática social, como algo muito simples que pode ser ofertado de qualquer forma e em quaisquer circunstâncias. Essa banalização da atenção primária à saúde facilita a adoção de estratégias reducionistas do tipo da atenção primária seletiva (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986) ou da atenção

primitiva à saúde (TESTA, 1989). Nesse sentido, a substituição na NOAS SUS 01/02 da expressão internacionalmente consagrada de atenção primária à saúde por atenção básica é bastante infeliz e pode estar reforçando esse processo reducionista da atenção primária à saúde.

A apresentação da atenção primária à saúde como atenção básica de baixa complexidade reforça a visão político-ideológica da atenção primária à saúde como programa destinado a populações pobres, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo (MENDES, 1999). O resultado é que a atenção primária à saúde passa a ser ofertada por equipes de profissionais sem formação fundamentada em saúde da família; com frequência esses profissionais passam, exclusivamente, por um curso introdutório de 40 horas antes de serem incorporados como profissionais de saúde da família; ela pode ser oferecida em espaço físico improvisado, muitas vezes uma casa alugada e adaptada precariamente para a atenção primária à saúde; as estruturas desta (recursos humanos e físicos) não passam por processos rigorosos de certificação periódica; os profissionais podem ser submetidos a relações de trabalho de extrema precarização; a gerência das unidades básicas de saúde é entregue, com frequência, a gerentes de baixa capacitação etc.

Tudo isso compõe um quadro de banalização da atenção primária à saúde em que tudo pode porque é um nível de atenção sem complexidade. Pode, inclusive, como é comum ocorrer, oferecer serviços sem qualidade à população. Nada disso é imaginável na oferta da atenção de alta complexidade, em que os critérios de certificação, ainda que não-ideais, são mais rigorosos.

A visão piramidal tem implicações negativas, também, no sistema de financiamento do SUS. De um lado, pela hegemonia do paradigma flexneriano na prática médica; de outro, porque os

grupos de interesse que se estruturam em torno da atenção primária à saúde estão menos organizados. Por fim, porque a menor densidade tecnológica, expressa numa incorporação maior de cognição frente às tecnologias de produto, leva a uma desvalorização relativa das ações de atenção primária à saúde, o que reforça o ciclo vicioso dos programas de atenção primária seletiva e consolida o desfinanciamento da atenção primária à saúde no Brasil (MENDES, 2002).

Um estudo comparativo das tabelas de pagamento do SUS em relação ao sistema *Medicare* em Boston, Estados Unidos, mostrou que essa relação variou de 1 para 3 em procedimentos ditos de alta complexidade até 1 para 300 em procedimentos intensivos em cognição, típicos da atenção primária à saúde (JANETT, 2002). Essa estrutura perversa de preços relativos no SUS é fruto, em boa parte, da desqualificação da atenção primária à saúde em função da visão equivocada de sua baixa complexidade.

A concepção hierárquica de redes de atenção à saúde está na base da forma organizacional dos sistemas fragmentados de serviços de saúde, prevalecente no SUS.

Há várias formas para a organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito microeconômico, mas, contemporaneamente, elas agregam-se em duas opções alternativas: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados de serviços de saúde (MENDES, 2001).

Os sistemas fragmentados de serviços de saúde são aqueles que se (des)organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, com débil atenção primária à saúde, e que, por conseqüência, são incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada.

Contrariamente, os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada pela atenção primária à saúde, que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população.

Nos sistemas integrados de serviços de saúde, a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra, de uma rede horizontal integrada. Aqui, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles.

Numa rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede, e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede, e que são os nós da rede.

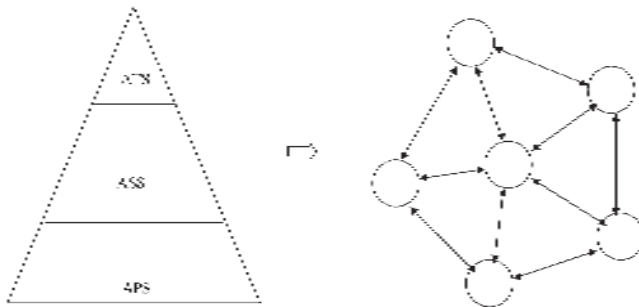
Nos sistemas integrados de serviços de saúde, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na atenção primária à saúde. Nesses casos, contudo, não há uma hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, mas apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas.

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, a

atenção primária à saúde deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o de responsabilização, o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

A Figura 1 procura ilustrar essa mudança de um sistema piramidal hierarquizado, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde, para uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, o ponto da atenção primária à saúde, representado pelo círculo central.

Figura 1: Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal integrada de serviços de saúde



APS: atenção primária à saúde

ASS: atenção secundária à saúde

ATS: atenção terciária à saúde

A Figura 1 aponta para mudança radical da organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito microeconômico que não se pode limitar a uma inversão do modelo de atenção, como é proposto freqüentemente; porque não se trata, apenas, de inverter a forma piramidal, mas de subvertê-la, substituindo-a por uma outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta, a rede horizontal integrada de pontos de atenção à saúde, organizada a partir da atenção primária à saúde. Assim, serão construídos sistemas integrados de serviços de saúde, uma forma peculiar de organização microeconômica, compatível com a regionalização cooperativa.

4.2.2 A dinâmica da construção das redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços.

Economia de escala e de escopo, grau de escassez de recursos de maior densidade tecnológica e acesso aos diferentes

pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional dos sistemas de serviços de saúde.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2001).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que, além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. A economia de escala nos serviços de saúde decorre de vários fatores: a divisão do trabalho; a alta relação entre custos fixos/custos variáveis; a natureza singular das tecnologias de saúde, que as torna particularmente sensíveis à escala (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000); as reservas de capacidade da força de trabalho ou de outros insumos; e as economias de custo de capital.

As economias de escopo ocorrem quando uma determinada unidade de saúde aumenta a variedade dos serviços que oferece; por exemplo, quando um hospital oferece, ao mesmo tempo, serviços de internação e ambulatoriais (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997). As economias de escopo são relevantes nas unidades hospitalares. Os hospitais operam com um conjunto complexo de funções inter-relacionadas, e parece adequado colocar diferentes serviços dentro de uma mesma unidade hospitalar. Há fortes argumentos para criar grandes unidades operacionais que facilitem as ligações entre especialidades, fortaleçam o trabalho multidisciplinar, assegurem o ótimo uso de equipamentos de alta densidade tecnológica e dêem suporte à educação permanente dos profissionais (McKEE; HEALY, 2000).

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala e de escopo em hospitais. E esses estudos revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 200 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão se tornar importantes em hospitais de mais de 650 leitos (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Essa relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (BUNKER; LUFT; ENTHOVEN, 1982). Por isso, os compradores públicos de saúde devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade.

Na Holanda, a busca de escala levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (BANTA; BOS, 1991); similarmente, nos Estados Unidos, o Colégio Americano de Cirurgiões recomendou que as equipes de cirurgia cardíacas abertas façam, no mínimo, 150 operações por ano (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 1984).

Uma ampla revisão de evidência, realizada em 220 estudos que relacionam escala e qualidade, sugere que pode haver ganhos de qualidade com aumento de volume das atividades para alguns serviços, mas que essas evidências são menos significativas quando se faz um ajuste do *case-mix* dos diferentes serviços (SOWDEN; WATT; SHELDON, 1997). Outros estudos encontraram uma relação entre resultados e o volume de atividades dos hospitais, mas não encontraram a mesma relação entre os resultados e o volume de médicos, sugerindo que o *expertise* da equipe cirúrgica é mais importante que a capacidade de cirurgiões individuais (McKEE; HEALY, 2000).

Essa busca por eficiência e qualidade tem levado ao incremento do tamanho das unidades de saúde, dentro de um movimento mais amplo de instituição de sistemas integrados de serviços de saúde (MENDES, 2001). E isso tem sido feito pelo processo de integração horizontal, ou seja, a integração de unidades de saúde que produzem serviços similares. Na prática, a integração horizontal tem levado a fechamentos de unidades de saúde pequenas ou desnecessárias e à fusão ou alianças estratégicas de unidades similares.

No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais (FERGUSON; SHELDON; POSNETT, 1997). O incremento da escala dos hospitais,

juntamente com uma racionalização das internações hospitalares, tem sido responsável por uma notável diminuição dos leitos por habitantes, em países da Europa Ocidental, nas duas últimas décadas (EDWARDS; HENSHE; WERNEKE, 1998).

Um outro ponto que merece ser analisado, em termos de concentração de serviços de saúde, são as fusões de serviços. Nos Estados Unidos, as fusões hospitalares têm levado à instituição de grandes cadeias hospitalares; isso levou a que 300 grupos empresariais administrassem 50% dos hospitais daquele país (DOWLING, 1997). Algo semelhante ocorre no campo dos laboratórios de patologia clínica, onde um único laboratório, o Quest, faz 1 milhão de exames por dia, alcançando 50% desse mercado naquele país (VALOR, 2001).

A necessidade de operar sistemas de serviços de saúde, com eficiência, efetividade e qualidade, tem levado alguns estudiosos a propor uma escala mínima populacional para se organizar racionalmente esses sistemas. Só a partir de uma determinada base populacional, os sistemas de serviços de saúde poderiam operar com eficiência e qualidade e ratear adequadamente os riscos. Nesse sentido, Bengoa (2001) fala de uma escala mínima de 100.000 a 150.000 pessoas. Essa deve ser a escala mínima de uma microrregião sanitária, o que é proposto, também, pelo Ministério da Saúde para o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diante dessas evidências, as redes de atenção à saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde.

Esses critérios de organização dos sistemas de serviços de saúde podem apresentar, entre si, *trade-offs*. Muitas vezes,

um ganho de eficiência e de efetividade, dado por uma maior escala dos serviços, pode ser acompanhado pelo exercício de poder monopólico, com conseqüente dano na responsabilização, ou por dificuldades de acesso, especialmente de grupos mais vulneráveis da população. Por isso, o arranjo ótimo de um sistema de serviços de saúde deve procurar equilibrar esses diferentes critérios (FERGUSON; SHELDON & POSNETT, 1997).

O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde; e a distância dos serviços de saúde. Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (CARR-HILL; PLACE; POSNETT, 1997): a utilização da atenção primária à saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais; isso é particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não-sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia, de seguimento de câncer de mama; não há associação entre a distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde se faz, sobre os territórios sanitários, combinando dialeticamente, de um lado, economia de escala, de escopo e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação

ótima é dada pela concomitância de economias de escala e de escopo e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos. Quando se der – como em regiões de baixa densidade demográfica – o conflito, entre escala e escopo e acesso, prevalece o critério do acesso. Assim, do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, as microrregiões estarão definidas por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala e de escopo porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

4.3 O objetivo da regionalização cooperativa

O objetivo fundamental da regionalização cooperativa é garantir o acesso pronto dos usuários do SUS a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível.

Para isso, a regionalização cooperativa recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde ao agregar, num sistema cooperativo, um conjunto de municípios. Além de garantir uma melhoria na eficiência e na qualidade, especialmente pela via da construção de uma escala adequada, a regionalização cooperativa pode impactar positivamente a equidade ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos pólos estaduais e pode determinar um aumento na satisfação dos usuários reduzindo os custos sociais altíssimos (ainda que nunca contabilizados), impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas microrregiões. Agregue-se, a isso, os benefícios psicossociais de uma interiorização de recursos de maior densidade tecnológica. Mas o objetivo fundamental é garantir o acesso pronto dos usuários a serviços de qualidade, ao menor custo social e econômico possível.

Mas há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização cooperativa deve ser alcançado: a conjunção do espaço subestadual com o espaço supramunicipal cria a possibilidade de uma cooperação mais próxima e mais concreta entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde; viabiliza a transição de uma regionalização político-administrativa para uma regionalização funcional-assistencial; cria uma instância permanente de negociação e pactuação, viabilizando um sistema de planejamento mais racional e participativo e com maior visão da singularidade microrregional; cria uma base territorial permanente para as programações pactuadas e integradas; permite, através de uma ação cooperativa, ajustar a oferta de serviços de saúde, seja pela eliminação da sobreoferta, seja pela redução da suboferta; permite diminuir a pressão da demanda por serviços localizados nos pólos, especialmente nas regiões metropolitanas; propicia mecanismos para a superação da fragmentação dos serviços e para a instituição dos sistemas integrados de serviços de saúde; cria uma consciência de pertencimento microrregional e de endogenia microrregional; fortalece o papel regulatório das Secretarias Estaduais de Saúde; substitui uma atitude de competição intermunicipal, própria da municipalização autárquica, pela cooperação intermunicipal e com a Secretaria Estadual de Saúde, substituindo uma atitude de cada um por si, por outra, de todos por todos; e permite melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde.

4.4 Os princípios da regionalização cooperativa

A construção operacional da regionalização cooperativa será feita em obediência a alguns princípios, além do princípio da descentralização do SUS que lhe é medular:

4.4.1 A integralidade da atenção à saúde

A integralidade da atenção à saúde será garantida através do acesso pronto aos serviços necessários que sejam ofertados em diferentes pontos de atenção à saúde de uma rede horizontal coordenada pela atenção primária à saúde, ou seja, implica a operação de um sistema integrado de serviços de saúde.

4.4.2 A equidade

O princípio da equidade se expressará na igualdade de recursos para necessidades iguais. Isso significará que a distribuição eqüitativa dos recursos deverá incorporar uma *proxy* de necessidades que permita dimensionar as desigualdades relativas entre as condições sanitárias e socioeconômicas das populações dos diferentes municípios e das diferentes regiões.

4.4.3 A participação social

A participação social será garantida através do controle da cidadania organizada sobre o SUS, nas suas diversas instâncias territoriais. Isso envolverá Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde e Plenárias Microrregionais de Saúde e as respectivas Conferências.

4.4.4 A qualidade dos serviços

Os serviços prestados pelo SUS devem ser de qualidade. Isso significa que devem ser: seguros: evitem injúrias aos usuários pela atenção à saúde; efetivos: prestados com base na melhor evidência científica; oportunos: reduzam as esperas e os deslocamentos desnecessários; centrados nos usuários: atendam às necessidades e demandas dos usuários; e humanizados: providos numa relação profissional-usuário empática num ambiente acolhedor.

4.4.5 A eficiência

Os serviços devem ser prestados de forma eficiente, o que significa que se deve otimizar o uso dos recursos em função dos produtos obtidos.

4.4.6 A gestão da demanda

O foco da gestão da oferta, consagrado nas Normas Operacionais do SUS, deve ser superado instalando-se um sistema baseado na gestão da demanda. Isso significará que o importante para a gestão dos sistemas de serviços de saúde não é ter serviços próprios num território político-administrativo, mas dar acesso a serviços eficientes e de qualidade aos cidadãos, independentemente de sua localização e razão social. Do ponto de vista do financiamento, esse princípio se expressará na diretiva “o dinheiro segue o cidadão”.

4.4.7 A responsabilização inequívoca

O SUS deverá ter um responsável inequívoco pela saúde da população, facilmente identificável. Ao identificar claramente as responsabilidades federativas, os cidadãos poderão se localizar nas agendas da saúde, votar com mais consciência e exercitar melhor o controle social.

4.4.8 O financiamento solidário

Os serviços a serem prestados deverão ter um financiamento solidário da União, estados e municípios, com responsabilidades bem definidas nas normativas do SUS.

4.4.9 A endogenia microrregional

A endogenia é um componente básico da formação da capacidade de organização social de uma microrregião, e nasce

como uma reação aos modelos de desenvolvimento regional que colocam ênfase maior na atração e na negociação de recursos externos como condição suficiente para a promoção do crescimento econômico e social de áreas específicas. Ao contrário, num processo de desenvolvimento endógeno, a ênfase maior está na mobilização de recursos latentes na microrregião e se privilegia o esforço, de dentro para fora, para se promover o seu desenvolvimento.

5 A OPERACIONALIZAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA

5.1 Os critérios para a regionalização da atenção à saúde

A regionalização da atenção à saúde pressupõe a explicitação, num Plano Diretor de Regionalização (PDR), dos territórios sanitários. Já que os espaços político-administrativos dos municípios e do Estado estão dados, há que se definirem, principalmente, os territórios macro e microrregionais. No território macrorregional serão exercitadas, auto-suficientemente, as ações de atenção terciária (alta complexidade); no território microrregional serão ofertadas, auto-suficientemente, as ações de atenção secundária (média complexidade); e no território municipal, serão desenvolvidas, no mínimo, as ações de atenção primária à saúde.

Para a elaboração do PDR devem ser levados em conta critérios políticos, culturais e técnicos de forma equilibrada. Dentre os critérios técnicos, estão os elementos descritos no desenho de redes de atenção à saúde, ou seja, as complexas inter-relações entre escala, escopo, qualidade e acesso e determinadas tecnologias de construção de redes.

Infelizmente, a tradição brasileira é de supervalorizar os critérios políticos na territorialização. Foi, assim, na experiência

dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e tem sido, assim também, no desenho de boa parte dos PDR's.

As macrorregiões e as microrregiões sanitárias deverão ser recortadas com base numa série de critérios, analisados em seu conjunto. Esse trabalho envolve dois tempos: um tempo técnico, onde, a partir dos critérios definidos, chega-se a um esboço de regionalização do Estado; e um tempo político, onde esses critérios técnicos fundamentarão uma discussão política com os diversos atores sociais da arena sanitária estadual, e quando serão feitas modificações que, consensadas, devem ser reti/ratificadas pela CIB Estadual e pelo Conselho Estadual de Saúde.

Os critérios principais para a regionalização da atenção à saúde são:

- i. Contigüidade intermunicipal: os municípios que compõem uma macrorregião ou uma microrregião devem estar próximos e contíguos.
- ii. Subsidiaridade econômica e social: avaliam-se, por este critério, as cadeias produtivas na microrregião e os fluxos de demanda por serviços bancários, educacionais etc.
- iii. Escala adequada: o conjunto de municípios deve apresentar uma população que gere economia de escala na operação da rede de serviços de saúde; na experiência internacional, esta escala mínima deve ser de 100 a 150 mil habitantes para a microrregião e 500 mil habitantes para a macrorregião (BENGOA, 2001). Em regiões de baixa densidade demográfica é possível que a escala mínima microrregional não seja atingida, em função da prioridade do acesso aos serviços de saúde.
- iv. Herança e identidade cultural: uma microrregião sanitária deve incorporar o critério da herança e identidade

cultural, isto é, o conjunto de valores através dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencente a um território comum, de modo a transformar-se numa escala adequada.

- v. Endogenia microrregional: este é um critério que vem emprestado das propostas do planejamento regional (ALBUQUERQUE, 1998) e que implica o esforço e a possibilidade de desenvolver a regionalização cooperativa num movimento de dentro para fora e de baixo para cima, através, principalmente, dos recursos latentes na microrregião.
- vi. Possibilidade de organizar a regionalização cooperativa: esta possibilidade é dada pela constatação de que há disponibilidade ou potencialidade de recursos para estruturar, cooperativamente, os sistemas de atenção à saúde na microrregião.
- vii. Disposição política de cooperação: este critério implica uma disponibilidade inicial da Secretaria Estadual de Saúde, dos Prefeitos Municipais e dos Secretários Municipais de Saúde de estabelecerem uma relação entre si para a construção da regionalização cooperativa que possa gerar um excedente cooperativo.
- viii. Fluxos assistenciais: devem ser levantados os fluxos assistenciais, especialmente através do estudo de origem e destino das internações hospitalares e das atenções ambulatoriais, o que deve ser feito utilizando-se os sistemas de informações do SUS.
- ix. Fluxos viários: deve ser feito um estudo dos fluxos viários, especialmente rodoviários, através do uso de mapas com classificação das estradas e dimensionamento das

distâncias relativas. Isso deve gerar um mapa de fluxos que permite identificar o volume de tráfego entre os locais de residência e de assistência.

- x. Estabelecimento das redes com seus nós, suas ligações e com seus fluxos dominantes e definição da hierarquia da rede com base em três propriedades dos fluxos: município independente, transitividade e município não subordinado (NYSTUEN; DACEY, 1961); isso permitirá definir os fluxos hierárquicos e os fluxos transversais.

Um bom trabalho de regionalização fará emergir as microrregiões sanitárias, algo que, em geral, já existe na realidade econômica e social. Porque é aí, nesse espaço mesorregional 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, muito menos que ignorá-las no desenvolvimento das políticas públicas. Essas microrregiões são normalmente referidas pelo rio que as banha, por sua localização geográfica ou por sua vocação econômica (por exemplo, Microrregião do Alto São Francisco, Microrregião do Vale do Aço ou Microrregião do Maciço do Baturité) e devem constituir um ponto central da organização da atenção à saúde do SUS.

5.2 A construção da regionalização cooperativa

5.2.1 Os territórios sanitários

É inerente à regionalização cooperativa a dimensão territorial. Mas há que precisar bem a noção de território sanitário (MENDES *et al.*, 1995b).

Há, pelo menos, duas concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde. A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e está completo; nesta concepção, são os critérios geográficos que definirão um território denominado de território-solo. A segunda, coerente com a proposta da regionalização cooperativa, vê o território como processo, como um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena político-sanitária. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em permanente construção e reconstrução.

Portanto, a concepção de território-processo transcende à sua dimensão de uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos e pactuação de interesses e de projetos. Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território político, cultural e epidemiológico. Atores sociais em situação, nesses territórios, podem, pela ação associativa, gerar um excedente cooperativo que torne o SUS mais eficaz, eficiente e democrático.

Na dinâmica de um sistema público de serviços de saúde, os territórios são, também, espaços de responsabilização sanitária. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e dos serviços de saúde que cada território ofertará a grupos populacionais adscritos. Isso é que marca, na experiência internacional, os sistemas de serviços de saúde de base populacional ou *dawsonianos*. Esses territórios sanitários são, então, recortados de forma a compatibilizarem-se com os princípios da construção de redes de atenção à saúde e de se impor uma responsabilização inequívoca de autoridade sanitária.

A responsabilização conseqüente será mais factível se instituída em territórios que sejam amalgamados por um sentimento de pertencimento coletivo. Por isso, as agregações territoriais levarão em conta as manifestações culturais que imprimam e manifestem o sentido de pertencimento.

Há alguns territórios que estão pré-definidos pela nossa divisão político-administrativa: o País, os estados e os municípios. Eles deverão, certamente, ser considerados como territórios sanitários. Mas, para se construir redes de atenção à saúde eficazes, eficientes e de qualidade e com responsabilização sanitária, há que se considerar outros territórios sanitários.

No espaço mesorregional, há que se instituir as microrregiões sanitárias, compostas por municípios contíguos, e onde se prestarão, concentradamente, os serviços de atenção secundária à saúde (média complexidade). O protagonismo que a microrregião apresenta, na concepção da regionalização cooperativa, decorre do fato de que, quantitativamente, os serviços de atenção primária e secundária à saúde, somados, respondem por 97% do total de ações de um sistema de serviços de saúde.

Cada um dos municípios deverá, no mínimo, prestar os serviços de atenção primária à saúde aos seus cidadãos.

Para que a atenção primária à saúde se faça eficazmente, nos municípios, há que se definir as áreas sanitárias. Esses territórios serão, nas unidades básicas de saúde convencionais, definidos pela sua abrangência territorial-populacional; quando se opera com o Programa de Saúde da Família (PSF), as áreas sanitárias serão os espaços de abrangência territorial-populacional de cada equipe do PSF.

Impõem-se, ainda, espaços maiores de resposta de saúde, as macrorregiões sanitárias, onde se dará, de forma concentrada,

a prestação dos serviços de atenção terciária à saúde (alta complexidade).

5.2.2 A responsabilização inequívoca dos entes federativos na regionalização cooperativa

A regionalização sanitária deverá fazer-se segundo o princípio da responsabilização inequívoca. Isso significará definir e operar as responsabilidades dos entes federativos de forma que se minimizem os conflitos de competências e que os diferentes atores sociais do SUS saibam quem é responsável por quais ações, o que é fundamental para que o SUS seja um espaço de construção democrática, tal como foi concebido juridicamente.

5.2.2.1 RESPONSABILIDADES DA UNIÃO

As responsabilidades da União, através do Ministério da Saúde, serão: i. definir as prioridades e diretrizes nacionais e explicitá-las no Plano e Agenda Nacional de Saúde; ii. co-financiar o sistema, segundo critérios eqüitativos; iii. estabelecer normas federais sobre as ações e serviços de saúde; iv. controlar, auditar e avaliar as ações e serviços de saúde; v. exercer a avaliação tecnológica em saúde; vi. articular a cooperação técnica nacional e internacional; vii. articular a cooperação interestadual.

5.2.2.2 RESPONSABILIDADES DOS ESTADOS

As responsabilidades dos estados, através das Secretarias Estaduais de Saúde, serão: i. definir as prioridades e diretrizes estaduais e explicitá-las no Plano e Agenda Estadual de Saúde; ii. elaborar, em conjunto com os municípios, o Plano e as Agendas Microrregionais de Saúde; iii. co-financiar o sistema, segundo critérios eqüitativos; iv. estabelecer normas estaduais sobre

as ações e serviços de saúde; v. controlar, auditar e avaliar as ações e serviços de saúde; vi. exercitar, complementarmente, a avaliação tecnológica em saúde; vii. articular a cooperação técnica às microrregiões e aos municípios; viii. participar das Comissões Intergestores Bipartite; ix. exercitar a gestão da atenção terciária (alta complexidade); x. organizar e operar as centrais de regulação, nos módulos macro e microrregionais; xi. articular a educação permanente a ser desenvolvida pelos pólos regionais.

O exercício da gestão da atenção terciária pelas Secretarias Estaduais de Saúde impõe-se em função dos princípios de construção de redes de atenção à saúde que exigem, como escala mínima para a prestação desses serviços com eficiência e qualidade, uma população de 500 mil habitantes. Além disso, esse é o tamanho populacional que permite fazer o rateio comunitário, com minimização de riscos econômicos e sanitários, desses serviços que são muito caros. Uma flexibilização possível seria delegar aos municípios de mais de 500 mil habitantes a gestão da atenção terciária, mas só para seus cidadãos residentes.

5.2.2.3 RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS

As responsabilidades dos municípios, através das Secretarias Municipais de Saúde, serão: i. definir as prioridades e diretrizes municipais de saúde e explicitá-las no Plano e Agenda Municipal de Saúde; ii. elaborar, em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde, o Plano e a Agenda Microrregional de Saúde; iii. cofinanciar o sistema, segundo critérios eqüitativos; iv. estabelecer normas municipais sobre as ações e serviços de saúde; v. controlar, auditar e avaliar as ações e serviços de saúde; vi. participar das Comissões Intergestores Bipartite; vii. participar do Consórcio Público Microrregional; viii. exercitar a gestão dos serviços

de atenção primária à saúde; ix. exercitar, em cooperação com os municípios da microrregião sanitária, a gestão da atenção secundária à saúde (média complexidade); x. integrar-se à central de regulação e operar o seu módulo municipal.

5.2.3 A modelagem da regionalização cooperativa

A modelagem será feita sobre quatro modelos de gestão: o modelo institucional, o modelo gerencial, o modelo logístico e o modelo democrático.

5.2.3.1 O MODELO INSTITUCIONAL

O modelo institucional terá uma solução de curto prazo e outra de médio prazo.

No curto prazo, a co-gestão microrregional será realizada através das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, constituídas pelas representações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios das microrregiões. Caberá, nesse primeiro momento, à Comissão Intergestores Bipartite Microrregional a pactuação das ações de atenção secundária (média complexidade).

No âmbito macrorregional serão instituídas Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais, com representação estadual e municipais, onde serão pactuadas as ações de atenção terciária (alta complexidade).

Enquanto perdurar a existência exclusiva da co-gestão microrregional pelas Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, os contratos dos municípios da microrregião com os prestadores deverão ser realizados em bloco, conforme a programação. Isso se impõe para que o poder de barganha dos municípios menores com os prestadores seja reforçado.

No médio prazo, serão instituídos nas microrregiões, Consórcios Públicos através da associação de todos os municípios que compõem a microrregião, nos termos do Projeto de Lei que se encontra em tramitação no Congresso Nacional, em regime de urgência. Nesse momento, caberá ao Consórcio Público Microrregional gerir as ações de atenção secundária (média complexidade). Esses consórcios serão constituídos, com exclusividade, pelos municípios da microrregião, sem participação da União e do Estado.

A constituição dos Consórcios Públicos não significará a desinstitucionalização das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais que continuarão a existir como espaço de programação e pactuação.

Será fundamental garantir que os Consórcios Públicos sejam formatados em coerência com as microrregiões sanitárias definidas no PDR estadual e que tenham uma gerência profissional de alta qualificação, de acordo com normativas a serem definidas pelo SUS.

5.2.3.2 O MODELO GERENCIAL

O SUS desenvolveu um sistema gerencial compartilhado que implica a articulação das diferentes instâncias federativas. Os principais problemas residem na baixa comunicação horizontal entre esses vários instrumentos.

Esses instrumentos de gestão compartilhada do SUS são de ordens distintas: os instrumentos de certificação, os instrumentos de programação, os instrumentos de controle e os contratos.

■ *Os instrumentos de certificação*

A certificação consiste num processo de licenciamento periódico de estabelecimentos de saúde ou de interesse da

saúde, com base em padrões pré-definidos que garantam a qualidade das estruturas e dos processos.

Há vários processos de certificação no SUS: o alvará sanitário, a ficha de cadastro dos estabelecimentos de saúde, a certificação das equipes de saúde da família e a certificação dos municípios para a vigilância em saúde. Aqui, é importante garantir uma articulação horizontal desses instrumentos e compreendê-los e utilizá-los como instrumentos fundamentais da gestão de qualidade dos serviços de saúde, superando uma visão fiscalista prevaiente, e colocar a certificação como pré-condição de credenciamento.

■ *Os instrumentos de programação*

O SUS dispõe de abundantes instrumentos compartilhados de programação: a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI Assistencial), a Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), o Termo de Ajuste de Metas (TAM) e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em Saúde.

Cada um desses instrumentos tem seu objeto singular e é coordenado isoladamente nas instituições, o que resulta em baixa comunicação horizontal. Do ponto de vista da qualidade da programação, apresentam problemas derivados de uma visão cartesiana de programação paramétrica, com baixo conteúdo estratégico.

Esses quatro instrumentos de programação deverão ser unificados de forma a gerar programações pactuadas municipais, microrregionais e macrorregionais, verdadeiramente integradas.

■ *Os instrumentos de controle*

Cada sistema de programação tem seu próprio sistema de controle. Portanto, os controles são vários, mas de eficácia

duvidosa. As razões são várias: fragilidade dos sistemas de programação, baixa comunicação horizontal entre os diferentes sistemas e baixa capacidade institucional para monitorar resultados esperados.

Mas há um fator fundamental na dificuldade de controle das diferentes programações, é a ausência de sistemas de informação gerencial (SIGs), um *software* relacional que permita fazer o controle periódico dos resultados esperados, de forma mais amigável. Não havendo o SIG, a função de controle torna-se um trabalho artesanal custoso que, por isso, é deixado de lado ou feito eventualmente. Portanto, aqui, a função principal será desenvolver e operar um SIG que permita controlar, periodicamente, as programações pactuadas e integradas municipais, microrregionais e macrorregionais, num único sistema de controle, a partir de dados disponibilizados pelos diferentes sistemas de informações do SUS.

■ *Os contratos*

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, no exercício de suas funções gestoras, deverão relacionar-se com terceiros prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, através de contratos de prestação de serviços. É, assim, que se exercitará, conseqüentemente, a função de compra de serviços de saúde no SUS.

A tradição de compra de serviços é historicamente assentada em relações paternalistas e muito influída pelas razões da micropolítica. A maioria das prestações de serviços não conta com contratos para sustentá-las, fixando-se, simplesmente, na tradição prestacionária.

É urgente, pois, instituir, difusamente, relações contratuais entre os entes pagadores e os entes prestadores, fixadas em:

estabelecimento de responsabilidades mútuas; adequada especificação quantitativa e qualitativa dos produtos; definição da temporalidade dos produtos; definição do sistema de garantias; definição do sistema de incentivos; e definição do sistema de controle.

5.2.3.3 O MODELO LOGÍSTICO

A implantação das redes de atenção à saúde implica a constituição de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, o que significa organizar a oferta e, por outro lado, a possibilidade de acesso pronto aos serviços ofertados pela população usuária do SUS, o que significa articular a demanda. Isso, na prática, implica a necessidade de estruturar os fluxos de serviços e de pessoas, o que convoca uma boa logística.

O modelo logístico deverá concentrar-se em duas dimensões principais: as centrais de regulação e os sistemas de transporte sanitário.

■ *As Centrais de Regulação*

As centrais de regulação são um instrumento fundamental no ordenamento da oferta e da demanda.

Para que isso ocorra, as centrais de regulação devem ser alimentadas pelos fluxos de atenção pactuados na programação integrada e constituir um sistema de inteligência articulado em subsistemas municipal, microrregional e macrorregional. Além disso, as centrais de regulação podem organizar-se em módulos: o módulo de agenda eletrônica de consultas especializadas e exames diagnósticos e terapêuticos; o módulo de agenda eletrônica de internações eletivas; o módulo de regulação das urgências e emergências; o módulo de agenda eletrônica de procedimentos ambulatoriais

de atenção terciária à saúde (alta complexidade); e o módulo de transporte sanitário.

■ *Os Sistemas de Transportes Sanitários*

O SUS carece de uma concepção ordenada de sistema de transporte sanitário. O que prevalece são tentativas de organização da atenção pré-hospitalar das urgências e emergências. Assim, deverão ser concebidos e implantados sistemas de transportes sanitários que se articularão nos territórios municipais, microrregionais e macrorregionais do PDR.

Um bom sistema de transporte sanitário deverá organizar os fluxos de atenção primários e secundários. Os fluxos primários são aqueles que implicam o transporte das pessoas às unidades de saúde e os fluxos secundários são aqueles que estruturam o transporte das pessoas de uma unidade de saúde a outra.

Além disso, os sistemas de transportes devem ter como objeto os fluxos em busca de atenção às urgências e emergências, mas, também, os fluxos em busca de atenção eletiva quando as pessoas estão impossibilitadas, por razões sanitárias ou econômicas, de buscar os serviços necessários, como se dá nas terapias renais substitutivas, em certos cuidados de fisioterapia, em certos serviços de apoio diagnóstico ou terapêutico etc.

Para que esse fluxo de pessoas possa fazer-se de forma articulada, há a necessidade de uma central de inteligência do sistema de transporte que estará localizada na central de regulação.

Os sistemas de transportes sanitários devem ir além do transporte de pessoas, para abarcar o transporte de amostras de exames de patologia clínica, dos resíduos das unidades sanitárias e das comunicações administrativas.

5.2.3.4 O MODELO DEMOCRÁTICO

O modelo democrático implica a organização da regulação social sobre o SUS. Este modelo já está determinado nos territórios municipais e estaduais (Conselhos de Saúde e Conferências). Haverá que concebê-lo nos territórios microrregionais.

A modelagem democrática significará a instituição das Plenárias Microrregionais de Saúde, constituídas por representantes dos Conselhos Municipais de Saúde dos diversos municípios.

Além disso, deveriam ser realizadas Conferências Microrregionais de Saúde e criadas ouvidorias independentes, do SUS, nas microrregiões.

5.3 O financiamento

O financiamento será tripartite, obedecerá ao princípio da equidade e se fará, diferentemente, para custeio e investimentos.

5.3.1 O financiamento do custeio

O financiamento do custeio será feito através de três grandes blocos: custeio da atenção primária à saúde, custeio da atenção secundária à saúde (média complexidade) e custeio da atenção terciária à saúde (alta complexidade). Dessa forma, serão constrangidas, ao máximo, as transferências intergovernamentais destinadas a ações específicas.

Como caberá aos municípios, a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde, não haveria a necessidade de dividir os recursos para esses dois níveis. Mas a realidade do SUS, onde há grande déficit de recursos para os procedimentos de atenção secundária à saúde (média complexidade), impõe essa divisão, de forma a evitar a transferência de recursos da atenção primária para a atenção secundária à saúde.

Os recursos para a atenção primária à saúde e para a atenção secundária à saúde serão transferidos, diretamente, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, com base em um valor *per capita* por município, ajustado por gênero e estrutura demográfica e por um índice de necessidade de saúde municipal. Para tal, o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, deverá construir e operar uma metodologia de alocação eqüitativa de recursos financeiros, com base numa *proxy* de necessidades. Há algumas experiências nacionais nesse campo, bem-sucedidas, que deveriam ser consideradas. Uma delas, a da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que desenvolveu um índice de necessidades em saúde para os municípios mineiros, em colaboração com a Fundação João Pinheiro e o Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional (Cedeplar) e, com base nele, um fator de alocação de recursos financeiros (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2004).

Os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde aos municípios serão monitorados através de indicadores de resultados, expressos em contratos de gestão assinados entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, com intervenção das Secretarias Estaduais de Saúde, elaborados com base nas programações pactuadas e integradas. A intervenção das Secretarias Estaduais de Saúde se justifica porque o Ministério da Saúde, por falta de capilaridade nacional, poderá delegar, a elas, o controle dos contratos de gestão.

Da mesma forma, os estados transferirão aos municípios, diretamente dos Fundos Estaduais de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, recursos financeiros para o custeio da atenção primária à saúde e para a atenção secundária à saúde (média complexidade). Esses recursos deverão ser alocados

através de valores *per capita* por município, ajustados por gênero, estrutura demográfica e por um índice de necessidades em saúde. Também aqui, o controle será feito a partir de resultados definidos em contratos de gestão, assinados entre as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, com base nas programações pactuadas e integradas.

Os recursos para a atenção terciária (alta complexidade) serão transferidos, diretamente, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde, a partir de um valor *per capita* macrorregional, ajustado por gênero e estrutura demográfica, pela densidade tecnológica presente na macrorregião e por um índice de necessidades em saúde. O controle desses recursos será feito por contrato de gestão entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, monitorado por resultados expressos nas programações pactuadas e integradas.

O financiamento do custeio do SUS deverá apontar, no médio e longo prazo, para uma estrutura de financiamento tripartite em que a União seja responsável por 50%, os estados por 25% e os municípios por 25% do custeio global das ações e serviços de saúde. Isso é o que será possível atingir na estrutura fiscal atual, onde há grande concentração dos recursos no Governo Federal. Uma mudança nesse perfil de financiamento deveria ser feita, com maior descentralização, mas isso exigiria uma reforma fiscal profunda.

5.3.2 O financiamento dos investimentos

O financiamento dos investimentos será feito com base em um Plano Diretor de Investimentos.

Esse Plano Diretor de Investimentos será realizado em três grandes blocos: investimentos em atenção primária à saúde, investimentos em atenção secundária à saúde (médica

complexidade) e investimentos em atenção terciária à saúde (alta complexidade).

O Plano Diretor de Investimentos para a atenção primária à saúde será realizado por cada município.

Os Planos Diretores de Investimentos para a atenção secundária à saúde (média complexidade) serão feitos, solidariamente, pelos municípios das microrregiões e aprovados nas Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais e na Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

O Plano Diretor de Investimentos para a atenção terciária à saúde (alta complexidade) será feito pelas Secretarias Estaduais de Saúde e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

O financiamento dos Planos Diretores de Investimentos da atenção primária à saúde e da atenção secundária à saúde (média complexidade) será feito com recursos transferidos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde.

O financiamento do Plano Diretor de Investimentos para a atenção terciária à saúde (alta complexidade) será feito através da transferência, fundo a fundo, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde.

Para que os Planos Diretores de Investimentos da atenção secundária à saúde (média complexidade) e terciária à saúde (alta complexidade) sejam construídos com racionalidade é necessário superar a estratégia, atualmente vigente, do fato consumado. Por ela, constroem-se uma unidade de saúde ou adquire-se um equipamento sem ordenamento prévio e pressionam-se os gestores para seu credenciamento posterior.

Será imprescindível, para equipamentos de atenção secundária e terciária à saúde, a emissão de certificados de necessidade, a serem expedidos antes do início da obra ou da aquisição do equipamento, pelas Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, no caso de obras ou equipamentos de atenção secundária à saúde (média complexidade), e pelas Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais, no caso de obras ou equipamentos de atenção terciária à saúde (alta complexidade).

Para dar suporte técnico às decisões das comissões intergestores relativas aos certificados de necessidade, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão instituir Unidades de Avaliação Tecnológica em Saúde que serão responsáveis pelos pareceres técnicos que respaldarão as decisões de concessão desses certificados.

6 CONCLUSÃO

A experiência internacional no campo da organização dos sistemas de serviços de saúde aponta no sentido de um movimento de descentralização, ainda que não haja evidências definitivas relativas ao impacto desses processos sobre a eficiência e a equidade.

É indiscutível a predominância, no cenário internacional, da descentralização dos sistemas públicos de serviços de saúde realizada pelo paradigma da regionalização autárquica; dessa forma, esses sistemas são descentralizados para mesorregiões federais ou estaduais onde se exercitam, autonomamente, as funções de compra de serviços.

No Brasil, adotou-se, na descentralização do SUS, um paradigma singular e único; o da municipalização autárquica. Isso foi fruto, por um lado, da opção constitucional pelo federalismo municipal, e, por outro, pela força que o movimento municipalista teve na estruturação do SUS. Assim, através das normas operacionais do SUS, foi se consolidando a municipalização autárquica como modo de descentralização do sistema público brasileiro de serviços de saúde.

Essa forma de descentralização sanitária trouxe vantagens indiscutíveis; mas, por outro lado, significou desvantagens claras. As principais desvantagens foram a fragmentação

do sistema que levou a perdas de eficiência e de qualidade dos serviços e a conflitos distributivos inconciliáveis.

Nesse momento, o paradigma da municipalização autárquica esgotou-se. Suas fortalezas são inferiores às suas debilidades. Está na hora de repensar a descentralização do SUS. E substituir o paradigma da municipalização autárquica pela regionalização cooperativa.

A regionalização cooperativa vai permitir recuperar uma escala adequada em espaços mesorregionais e ofertar serviços mais econômicos e com maior qualidade. E criar, por uma ação sinérgica dos gestores, um excedente cooperativo.

A regionalização cooperativa deverá se estruturar com base num conjunto de princípios e deverá estabelecer, em Planos Diretores de Regionalização, realizados com rigor técnico, as microrregiões e as macrorregiões sanitárias.

As microrregiões sanitárias deverão ser auto-suficientes em atenção secundária à saúde (média complexidade) e as macrorregiões sanitárias deverão ser auto-suficientes na atenção terciária à saúde (alta complexidade).

Deverá haver, de acordo com o princípio da responsabilização inequívoca, um gestor único e identificável pela população para as ações de saúde. A atenção primária à saúde será responsabilidade exclusiva dos municípios. As ações de atenção secundária à saúde (média complexidade) serão responsabilidade solidária dos municípios da microrregião sanitária. E as ações de atenção terciária à saúde (alta complexidade) serão responsabilidade inequívoca das Secretarias Estaduais de Saúde.

Para que a regionalização cooperativa se implante deverá haver uma modelagem do SUS nos espaços institucional, gerencial, logístico e democrático.

O financiamento do custeio da regionalização cooperativa será tripartite e realizado de acordo com o princípio da equidade. Isso significará desenvolver e aplicar um índice de necessidades em saúde.

O financiamento dos investimentos se fará de acordo com Planos Diretores de Investimentos e com ordenamentos prévios através da emissão de certificados de necessidades.

O SUS vem se construindo socialmente através de mudanças incrementais lentas realizadas através de normas operacionais. Mas vai se consolidando uma percepção de que é necessário aprofundar esse processo de reforma. Parece ser o sentido da discussão nacional do Pacto de Gestão.

Uma reforma mais conseqüente implica a superação do paradigma da municipalização autárquica e a instituição do paradigma da regionalização cooperativa. Essa é a mudança necessária para fazer avançar o SUS republicano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, S. H. *Os despossuídos: crescimento e pobreza no país do milagre*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ALBUQUERQUE, F. *Desenvolvimento econômico local e distribuição do progresso técnico: uma resposta às exigências do ajuste estrutural*. Fortaleza: Banco do Nordeste, 1998.
- ALBUQUERQUE, E. da M. & CASSIOLATO, J. E. *As especificidades do sistema de inovação do setor saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro*. Belo Horizonte: FESBE, 2000.
- ALETRAS, V., JONES, A. & SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T. A & POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- ALFRADIQUE, M.E. & MENDES, E.V. *As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS: nota prévia*. Belo Horizonte, mimeo, 2002.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Guidelines for minimal standards in cardiac surgery*. American College of Surgeons Bull. 1: 67-69, 1984.
- BANTA, H.D. & BOS, M. *The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery*. Health Policy, 18: 1-10, 1991.
- BENGOA, R. *Finlandia: experiencia de la municipalización de los servicios de salud*. Vizcaya: Banco Mundial, 1998.
- BENGOA, R. Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL. *Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- BILLINGS, J., ANDERSON, G. & NEWMAN, L. *Recent findings on preventable hospitalizations*. Health Affairs, 15: 239-249, 1996.
- BOSSERT, T. J. *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia*. Boston: Harvard School of Public Health, 2000.
- BUNKER, J. P., LUFT, H. S. & ENTHOVEN, A. *Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America*, 62: 657-668, 1982.

- CARR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, v. I, 4. ed., 2000.
- DOWLING, W. L. Strategic alliance as a structure for integrated delivery systems. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – *Integrated delivery systems: creation, management and governance*. Chicago: Health Administration Press, 1997.
- EDWARDS, N., HENSHER, M. & WERNECKE, U. Changing hospital systems. In: SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J. & SAKELLARIDES, C. (Editors). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- ENTHOVEN, A. *Managed competition of alternative delivery systems*. J. Health Politics, Policy and Law, 13: 305-321, 1988
- FERGUSON, B., SHELDON, T. A. & POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B., SHELDON, T. A. & POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Gasto federal com assistência à saúde em Minas Gerais: um estudo sobre a desigualdade na distribuição dos recursos financeiros*. Belo Horizonte: CEES, 1997.
- GOMES, G. M. & MAC DOWELL, M. C. *Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: IPEA, Texto para Discussão nº 706, 2000.
- HUNTER, D. J., VIENONEN, M. & WLODARCZYK, W. C. Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J. & SAKELLARIDES, C. (Editors). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- IBGE. *Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária*. Rio de Janeiro, IBGE, 2000.
- JANETT, R. *Utilization and management of medium and high complexity care*. Salvador: Banco Mundial, 2002.
- McKEE, M. & HEALY, J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Organizador). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das*

práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 3. ed., 1995a.

MENDES, E. V. *et al.* Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (Organizador). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec, 3. ed., 1995b.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Organizador). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2. ed., 1999.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. *1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS*. Brasília: CONASSS, 2003.

MILLS, A. *et al.* *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva: World Health Organization, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos*. Brasília: Editora MS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna*. Brasília, mimeo, 2004.

NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE. *Sistema Microrregional de Serviços de Saúde do Alto Rio Grande*. Belo Horizonte: ESMIG, mimeo, 1998.

NYSTUEN, J. D. & DACEY, M. F. *A graph theory interpretation of nodal regions*. Papers and proceedings of the regional science association, 7: 29-42, 1961.

POSNETT, J. Are bigger hospitals better? In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.

PRUD'HOMME, R. *The dangers of decentralization*. The World Bank Research Observer, 10: 201-222, 1995.

- ROEMER, M. *National health systems of the world: the issues*. New York: Oxford University Press, v. Two, 1993.
- RONDINELLI, D. *et al. Decentralization in developing countries: a review of recent experiences*. Washington: World Bank, World Bank Staff Working Paper nº 581, 1983.
- SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. *European health care reforms: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1997.
- SANTOS, C.A. *et al.* O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico no nível local. In: MENDES, E.V. (Organizador). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1998.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *O fator de alocação de recursos em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde/Fundação João Pinheiro, 2004.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ. Sistema microrregional de serviços de saúde. Fortaleza: CESA, 2000a.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ. *Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará*. Fortaleza: SESA, 2000b.
- SOWDEN, A J., WATT, I. & SHELDON, T. A. Volume of activity and health care quality: is there a link? In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- SPAGNOLO, E.T. *Proyecto de reforma del sector salud en Bahia, fortalecimiento gerencial de los hospitales: sugerencias y recomendaciones*. Salvador: mimeo, 1998.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, M. G. O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 4: 85-96, 2003.
- TESTA, M. *Pensar em salud*. Buenos Aires: OPS/OMS, 1989.
- UNGER, J.P. & KILLINGSWORTH, J. *Selective primary health care: a critical view of methods and results*. *Sci. Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: WHO, 2000.
- VALOR – Edição de 15 de julho de 2001.