

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Mariana Rodrigues Bezerra

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE: realidade na teoria e desafio na prática

Rio de Janeiro
2012

Mariana Rodrigues Bezerra

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE: realidade na teoria e desafio na prática

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio com requisito parcial para aprovação
no curso técnico de nível médio em saúde com
habilitação em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Camila Furlanetti Borges

Rio de Janeiro
2012

Mariana Rodrigues Bezerra

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE: realidade na teoria e desafio na prática

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio com requisito parcial para aprovação
no curso técnico de nível médio em saúde com
habilitação em Gestão em Saúde.

Orientador(a): Camila Furlanetti Borges

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

(Camila Furlanetti Borges - EPSJV/Fiocruz)

(Adelyne Maria Mendes Pereira - EPSJV/Fiocruz)

(Grasiele Nespoli - EPSJV/Fiocruz)

*Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu
querido avô Epitácio Marques Bezerra (in
memorian), uma das pessoas mais incríveis
que já conheci na vida.*

AGRADECIMENTOS

A construção de uma monografia não é nada fácil. Primeiramente, precisamos encontrar um tema que realmente nos motive, depois encontrar pessoas que nos dirijam pelos caminhos certos à sua plena materialização. Acredito que para mim não deixou de faltar nenhuma dessas duas coisas, pois, ao longo desses três anos de EPSJV, tive a sorte de encontrar professores que me passaram conhecimento suficiente à realização deste trabalho e que, além disso, me ensinaram a crescer enquanto pessoa. Também não posso deixar de falar sobre meus amigos, pois sem eles teria sido muito difícil ou praticamente impossível chegar até aqui. Diante disso, gostaria de fazer um agradecimento muito especial a todas as pessoas que participaram e contribuíram significativamente para essa construção:

Camila, fico muito feliz por você ter sido minha orientadora, pois sem seu direcionamento eu não conseguiria finalizar este trabalho. Muito obrigada pela sua paciência, disponibilidade, dedicação, apoio e tranquilidade, a qual se contrapõe à minha ansiedade nata. Foi muito bom e enriquecedor conhecê-la melhor este ano. Já é muito especial!

Adelyne (ou carinhosamente, Adê), você foi a minha primeira orientadora e foi por meio das suas aulas que ganhei gosto pela regionalização na saúde. Fico extremamente grata por todo o conhecimento que me passou desde o TI, pelas conversas, pela atenção e pelo carinho ao longo desses três anos. Obrigada pela amizade!

Grasi, você foi “praticamente” minha coorientadora e representou muito para esta monografia, afinal, você conduziu meu projeto mesmo tendo outros orientandos e me ajudou a ter confiança em mim mesma. Nunca vou me esquecer disso! Obrigada pelas risadas, pela consideração e amizade! Foi muito bom poder contar com você!

Vinicius e Lucas, vocês são meus parceiros desde que entrei na Escola e sempre que precisei de apoio emocional, estavam lá à minha espera. Com vocês eu pude viver as maiores alegrias, dar as mais altas risadas e desfrutar dos melhores momentos da EPSJV. Espero que continuem comigo por toda a vida! Vocês são demais!

Rê e Lu, como prometi, estou fazendo um agradecimento todo especial a vocês, pois são as melhores secretárias do mundo! Obrigada pela paciência, risadas e conversas todas as vezes que fui ao Laborat. São muito queridas!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis” (José de Alencar).

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo tratar sobre a importância da constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, apontando a relevância da regionalização como estratégia fundamental à consolidação do SUS enquanto um sistema único que atenda à totalidade das necessidades de saúde da população brasileira, através de um modelo de assistência integral à saúde. Para tanto, foi feito um levantamento bibliográfico a respeito do conceito de rede, ressaltando seus elementos constitutivos e sua importância ao cumprimento dos princípios doutrinários do SUS, foram analisadas as principais leis que o regem a fim de obtermos o embasamento teórico necessário à compreensão de sua formação e também as principais portarias do Ministério da Saúde, explicando como cada uma delas apresenta mecanismos para o desenvolvimento do Sistema, enfatizando a abordagem sobre princípio da integralidade da atenção, da diretriz da regionalização e identificando os avanços e desafios para a formação de redes assistenciais. De um modo geral, percebeu-se que, de todas as portarias analisadas, o Pacto pela Saúde (2006) foi a normativa que mais contribuiu para o processo de composição das redes, devendo, portanto, os gestores incorporarem suas diretrizes em negociações e pactuações com fins à reformulação da gestão num Brasil marcado por realidades territoriais distintas, que deve dispor de uma rede de cuidados integral e resolutiva.

Palavras-Chave: Integralidade. Regionalização. Redes.

LISTA DE SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
CES - Conselho Estadual de Saúde
CF88 - Constituição Federal de 1988
CGRs - Colegiados de Gestão Regional
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissões Intergestores Tripartite
FAE - Fator de Apoio ao Estado
FAE - Fração Assistencial Especializada
FAM - Fator de Apoio ao Município
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS - Leis Orgânicas de Saúde
MC - Média Complexidade
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional da Assistência
NOB - Norma Operacional Básica
PAB - Piso de Atenção Básica
PABA - Piso da Atenção Básica Ampliada
PACS - Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PPI - Programação Pactuada Integrada
PROS - Programação e Orçamentação da Saúde
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS- Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TFAE - Teto Financeiro de Assistência ao Estado

TFAM - Teto Financeiro de Assistência ao Município

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

TFGM - Teto Financeiro Global do Município

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: CONCEITO, IMPORTÂNCIA E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS.....	14
3 ARCABOUÇO LEGAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
3.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: SEGURIDADE SOCIAL.....	17
3.2 AS LEIS ORGÂNICAS DO SUS (LEIS 8.080/90 e 8.142/90).....	17
4 AS PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	21
4.1 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1991 - NOB SUS 01/91.....	22
4.2 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1992 - NOB SUS 01/92.....	23
4.3 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1993 - NOB SUS 01/93.....	25
4.4 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1996 - NOB SUS 01/96.....	29
4.5 NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS 01/01 e 01/02.....	35
4.6 PACTO PELA SAÚDE (PACTO PELA VIDA, PACTO EM DEFESA DO SUS E PACTO DE GESTÃO).....	40
5 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS.....	50
BIBLIOGRAFIAS.....	52

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de cidadania assegurado pela Constituição brasileira e fruto de um longo e árduo processo de luta que surge na década de 1980, a Reforma Sanitária, que tem por objetivo a conquista de um sistema capaz de atender às necessidades de saúde da população de forma resolutiva e igualitária.

Por longo tempo o Brasil apresentou um modelo assistencial centrado na Previdência Social. Neste, só tinham acesso aos serviços de saúde trabalhadores que comprovassem ter carteira assinada e que contribuíssem com o sistema previdenciário. Aqueles que não preenchessem tais “requisitos” somente dispunham de atendimento em unidades filantrópicas. Nos anos de 1970, o modelo vigente começa a entrar em crise e a revelar sua ineficiência, visto que por focar a prática curativa voltada para a assistência médico-hospitalar, mostrou-se incapaz de solucionar integralmente os problemas de saúde dos indivíduos, além de excluir do sistema uma população cada vez mais marginalizada.

Em 1980, insatisfeitas com a situação de saúde proporcionada pelo sistema, diversas camadas da sociedade (população, gestores, médicos, entre outros) desencadearam movimentos sociais ideológicos em busca de uma realidade de saúde na qual as pessoas pudessem ter acesso a uma assistência universal e integral. A Reforma Sanitária almejava reconhecer a saúde como um direito inerente e indispensável à condição humana. Assim, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foram expostos os ideais do movimento sanitário brasileiro, sendo posta no centro de discussão a busca por um sistema de saúde universal que se institucionalizasse mediante um arcabouço institucional pautado na lógica da seguridade social¹.

Aprova-se, então, nesta Conferência a criação do Sistema Único² de Saúde (SUS), que foi legalizado pela Constituição Federal de 1988 (CF88) e passa, por meio dela e pela Lei Orgânica de Saúde (LOS), a ser construído enquanto um sistema de acesso universal e capaz de atender às demandas de saúde dos brasileiros com qualidade e resolubilidade.

A LOS estabelece princípios doutrinários à consolidação do SUS, sendo um deles a integralidade, que além de ter sido uma das bandeiras de luta do movimento sanitário, é

¹ De acordo com o art. 194 da Constituição Federal de 1988, a “seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

² “Os artigos 198 e 200 dispõem especialmente sobre o sistema público de saúde, designando como “único”, em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos” (SANTOS; ANDRADE, 2011, p.1673).

definida pela lei como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Para Mattos (2004), existem diferentes sentidos que podem ser atribuídos à integralidade. Um está relacionado às características das políticas de saúde, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais; o outro voltado para a organização dos serviços e ações de saúde e o último está focado em ações práticas em saúde que se pautam na integralidade. Em consonância ao objeto deste estudo, refinaremos nossa análise para a segunda dimensão do termo.

Desse modo, podemos ressaltar que, legalmente, o usuário do sistema tem direito ao acesso a todos os níveis assistenciais (atenção básica ou primária; atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade) seja para ações preventivas, curativas e/ou de reabilitação. “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, afirma o artigo 196 da Constituição, que simboliza um ganho bastante significativo para a população brasileira em razão de representar a conquista de um conjunto de ações e de serviços de saúde geridos sob a esfera pública (BRASIL, 1988).

É no bojo dessa discussão que surge a necessidade de se organizar esses serviços e ações de saúde visando à construção de um modelo de atenção pautado na lógica da integralidade, em substituição ao modelo pautado na racionalidade médico-hospitalar hegemônica sobre qual o SUS foi implementado. Para tanto, aposta-se na organização em redes regionalizadas e integradas de assistência como meio de fazê-lo.

Diante do exposto, esta monografia tem por objetivo fundamental fazer um balanço da legislação estruturante do SUS e das principais portarias ministeriais que regulamentam o seu desenvolvimento, procurando identificar em cada uma delas formas de indução da regionalização como estratégia de gestão favorável à conquista da integralidade da atenção e dos demais princípios constitucionais do Sistema, considerando, ainda, o momento político em que as mesmas foram editadas.

No segundo capítulo foi considerada, por meio de determinadas literaturas, a importância da formação de redes para o atual contexto institucional e organizacional do Sistema, no terceiro foram apresentadas as leis estruturantes do SUS e no quarto capítulo foi revelado um percurso normativo pelo qual é possível compreendermos os avanços e dificuldades para a institucionalização de redes integradas de atenção durante cada etapa de construção do SUS.

2 REDES REGIONALIZADAS E INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: CONCEITO, IMPORTÂNCIA E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

Partindo do sentido de integralidade que nos propusemos a analisar neste trabalho, o Sistema Único de Saúde foi criado com objetivo de prestar assistência ao povo brasileiro mediante uma gama de serviços e ações dos três níveis de atenção que se articulem de forma contínua e coordenada a fim de atender às demandas apresentadas por cada sujeito.

Nesse sentido, vale refletirmos sobre algum tipo de estratégia organizativa que permita uma “[...] condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção [...]”, que, como já foi apontado introdutoriamente, se trata da conformação de redes regionalizadas e integradas de atenção (SILVA, 2011, p.2755).

A organização dos serviços e ações em rede possibilita uma relação de interdependência, formação de vínculos mais duradouros entre os indivíduos e os serviços, a responsabilidade compartilhada entre usuários e profissionais de saúde para a melhoria das condições sanitárias e a instituição da linha de cuidados³, que “[...] visa à racionalidade e à qualificação dos serviços na rede em relação ao paciente, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho qualificado e facilitado para ter acesso aos serviços da rede, em razão do diagnóstico que lhe foi prescrito” (SANTOS; ANDRADE, 2011, p.1675).

As redes de atenção podem ser definidas como organizações constituídas por serviços que se comunicam, mantendo articulação através de fluxos de referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade e são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser “[...] prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada [...]” (MENDES, 2010). As redes “[...] são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente”, isto é, sem ser na forma piramidal, visto que esse modelo coloca as unidades hospitalares no topo da pirâmide e hierarquiza todos os serviços, o que contribui para a existência da racionalidade hegemônica que criticamos na introdução deste trabalho. (MENDES, 2010; CECILIO, 1997).

³ “[...] conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção” (Braga apud SANTOS; ANDRADE, 2011, p. 1675).

Por serem regionalizadas, as redes assistenciais devem ser institucionalizadas mediante compreensão da noção territorial e de formação de regiões de saúde, considerando o território como um espaço vivo que comporta uma população específica, uma dinâmica específica e, portanto, necessidades de saúde características que devem ser sanadas por meio de ações e serviços que respeitem a particularidades do espaço regional.

Mendes (2010) defende que as redes de atenção à saúde são constituídas a partir de três elementos principais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. De acordo com o autor, uma das características mais marcantes que justificam a necessidade de as redes de saúde serem implementadas é a existência de uma população que necessita de cuidados específicos e que deve ser conhecida pela rede através de um caminho que envolve momentos de responsabilidade principal da APS: “processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/ equipe do Programa Saúde da Família”, “a identificação de subpopulações com fatores de risco, a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas” (MENDES, 2010, p. 2300-2301)

A estrutura operacional, segundo elemento, é formada pelo centro de comunicação da rede, a APS, que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de saúde; os pontos secundário e terciário de atenção, que compreendem os serviços de média e alta complexidade; os sistemas de apoio, que “[...] prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e dos sistemas de informação à saúde”; os sistemas logísticos, que organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas, informações, entre outros (“cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde”); e os sistemas de governança, que fazem a gestão das redes de atenção procurando priorizar a cooperação e interdependência entre os atores sociais com fins à prestação de uma assistência integral que produza efeitos positivos na saúde dos indivíduos. “São as comissões intergestores que se materializam: no plano nacional, na comissão intergestores tripartite; nos estados, nas comissões intergestores bipartite; e nas regiões de saúde, nas comissões intergestores bipartite regionais” (MENDES, 2010, p.2301-2302).

O terceiro e último elemento são os modelos de atenção, que têm a função de organizar a articulação entre a “[...] população, e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções

sanitárias”, que são previstos em razão de aspectos demográficos, epidemiológicos e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2010, p.2301-2302).

De posse de todo esse levantamento bibliográfico sobre redes de atenção, podemos agora partir para uma análise sobre o arcabouço legal do SUS, procurando explorar as bases sobre as quais esse Sistema se institui e destacar de que modo a integralidade e a regionalização o estruturam. Feito isso, entraremos numa discussão sobre os documentos normativos, identificando de que maneira contribuem para a prática da integralidade e da regionalização durante o processo de implementação do Sistema no Brasil.

3 ARCABOUÇO LEGAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

3.1 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: SEGURIDADE SOCIAL

No que concerne à regionalização e à integralidade da assistência em saúde, a Constituição, em sua seção sobre a Saúde, apresenta somente o artigo 198. Este defende que os serviços e ações da saúde devem ser organizados sob a lógica de uma rede regionalizada e hierarquizada conforme três diretrizes fundamentais: descentralização, atendimento integral (acesso a ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde) e participação da sociedade.

3.2 AS LEIS ORGÂNICAS DO SUS (LEIS 8.080/90 e 8.142/90)

As leis 8.080/90 e 8.142/90, em conjunto, constituem a lei orgânica do SUS, visto que dispõem sobre as condições imprescindíveis à organização e funcionamento de nosso sistema público de saúde atual.

A primeira lei afirma a saúde como um direito do ser humano, sendo o Estado responsável por assegurá-la através da formulação de políticas econômicas e sociais que tenham por objetivo a redução dos riscos de agravos e doenças e pela disposição de condições que garantam universalidade e equidade ao acesso. A atenção à saúde deve ser ofertada por meio de ações de promoção, proteção e recuperação, com integração de ações de caráter assistencial e de atividades preventivas.

O Sistema Único de Saúde, apesar de ser um sistema público, que executa, diretamente, ações e serviços de saúde, conta também com a participação complementar da iniciativa privada (através de serviços contratados ou conveniados). Segundo a LOS (1990) Estes devem ser organizados de modo regionalizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente e obedecer, ainda, aos princípios da universalidade, integralidade, igualdade, resolubilidade e participação popular.

Para o funcionamento do SUS, no que diz respeito à prestação de ações e serviços de saúde diretos à população, são previstas atribuições para a União, Estados e Municípios, e a LOS afirma, textualmente, a necessidade de que parte dessas atribuições seja de caráter complementar, com estímulo para ações de cooperação técnica e financeira. Algumas dessas

atribuições são comuns aos três entes, entre elas, a elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação.

Há ainda uma série de funções específicas de cada nível gestor, sem complementaridade. Como exemplo, o artigo dezesseis, que define as competências da direção nacional do SUS, afirma que compete a este nível, entre outros pontos:

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

[...]

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde

[...]

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional.

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

[...]

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências Estaduais e Municipais;

XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal (BRASIL, 1990)

Os Estados, por sua vez, têm a responsabilidade de promover a descentralização dos serviços e ações de saúde aos Municípios; fazer o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do Sistema; apoiar técnica e financeiramente os Municípios; executar ações e serviços supletivamente em relação aos Municípios; fazer a identificação de hospitais de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional e estadual. (BRASIL, 1990).

Visando, agora, à discussão sobre as competências da direção municipal, há que se citar o inciso IX do artigo sétimo, o qual defende que a diretriz da descentralização político-administrativa deve enfatizar a regionalização da rede e a descentralização dos serviços para os municípios. Assim, cabe a estes realizar o planejamento, organização, controle, avaliação, gerenciamento e execução das ações e serviços públicos de saúde; participar, sempre em contato com a esfera estadual, do planejamento, programação e organização da rede regionalizada do SUS e formar associações administrativas (consórcios intermunicipais) e distritos sanitários com fins a desenvolver e a cobrir totalmente o conjunto de ações e serviços de saúde que lhes couber (BRASIL, 1990).

À época da redação da LOS, era recente e correntemente discutida a experiência do processo de distritalização que ocorreu na área da saúde na década de 1980, tendo por objetivo estruturar uma assistência universal, igualitária e integral. Por isso, parece-nos

interessante recuperar o entendimento de distritos sanitários. Estes são definidos por Mendes e colaboradores (1993) como espaços geográficos, populacionais e administrativos cujas unidades de saúde são coordenadas por instâncias determinadas.

Nessa perspectiva, também, define-se com base em critérios populacionais e político-administrativos, os Distritos Sanitários segundo sejam iguais a um Município (DS=M), parte de um Município (DS=M/n) ou conformado por um conjunto de Municípios (DS=M.n). As instâncias de coordenação geralmente são comissões que incluem representação das várias instituições que mantêm os serviços localizados na área definida e/ou apenas um coordenador, gerente ou diretor nomeado pela instituição que tomou a iniciativa de criar o Distrito Sanitário, geralmente a Secretaria Estadual de Saúde ou a Secretaria Municipal de Saúde (MENDES et al, 1993).

Para que seja possível garantir saúde à população, Estados, Municípios e Distrito Federal devem receber uma soma de recursos financeiros indispensáveis ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde em seus territórios. Dessa forma, a Lei 8.080 (1990), em seu capítulo sobre gestão financeira, afirma que cada instância de governo receberá os devidos recursos por meio de uma conta especial, sendo que toda e qualquer movimentação será fiscalizada pelo Conselho de Saúde correspondente a cada esfera. A nível federal, os recursos advindos da Seguridade Social e União, serão administrados pelo Fundo Nacional de Saúde.

A transferência de recursos financeiros deve se dar mediante ações previstas nos planos de saúde de cada ente federativo. O plano de saúde é um instrumento de planejamento fundamental à programação das atividades necessárias à política de saúde dos territórios, dispondo de diretrizes que serão elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde em função dos aspectos epidemiológicos e organização dos serviços de saúde em cada jurisdição administrativa.

A Lei 8.142 (1990) é um documento que foi aprovado com vistas a recolocar⁴ artigos referentes ao financiamento do SUS e à participação da comunidade, tratando, portanto, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e firmando o Conselho e a Conferência de Saúde como instâncias em que trabalhadores, gestores e usuários possam ter voz no processo decisório do SUS.

A Conferência de Saúde, dispondo da representação dos segmentos sociais, tem a finalidade de avaliar a situação sanitária e propor diretrizes para a formulação da política de saúde correspondente a cada nível de governo. O Conselho de Saúde, por meio da presença de representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, formula estratégias e controla a execução da política de saúde na devida instância,

⁴ Recolocar porque os artigos voltados para a participação popular e para o financiamento setorial foram vetados pelo presidente Fernando Collor de Melo, em seu período de mandato.

inclusive no que diz respeito a aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão reconhecidas pelo chefe de cada esfera de poder.

Com relação ao financiamento do Sistema, parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) será utilizada para investimentos na rede e para a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implantados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Os Municípios devem receber, pela Lei 8.142 (1990), cerca de setenta por cento dos recursos previstos para cobertura das ações e serviços de saúde, podendo remanejá-los entre si ao haver constituição de consórcios. A transferência de valores deve ser feita conforme critérios previamente estabelecidos no artigo trigésimo quinto da Lei 8.080 (1990), porém, enquanto a aplicação de tais pontos não for regulamentada, a metade dos recursos que deverá ser repassada a Estados e Municípios será distribuída de acordo com o número de habitantes. Os critérios nesta Lei, em conjunto, são:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990)

Por fim, cabe acrescentar que para receberem os recursos financeiros em questão, Estados, Municípios e o Distrito Federal precisarão dispor de Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, plano de saúde, relatório de gestão e comissão de Plano de Carreiras, Cargos e Salários. Caso esses pontos não sejam atendidos pelos entes, os recursos serão administrados pelos Estados ou pela União.

4 PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 e a LOS (1990) são de extrema importância, pois estabelecem princípios fundamentais ao sistema de saúde brasileiro. Todavia, não se pode esperar mais do que a competência própria desses documentos legais, ou seja, eles não se detêm aos impasses pertinentes à complexa realidade de implementação do SUS.

Com o objetivo de abarcar a construção e desenvolvimento do Sistema em âmbito nacional, são criadas e aprovadas as portarias do Ministério da Saúde. Estas são elaboradas pelo Poder Executivo federal e, além de definirem instruções para a execução de leis e decretos, são também instrumentos de regulação das políticas de saúde (BAPTISTA, 2007).

Um dos aspectos privilegiados pelo Poder Executivo na regulamentação das Leis Orgânicas na década de 1990 foi o processo de descentralização, cujo dinamismo e complexidade foram orientados primordialmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991 a 1996. Essas normativas, especificamente, têm por função estabelecer objetivos e diretrizes estratégicas pautadas na divisão de responsabilidades entre os entes, relação intergestores e transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Estas e outras portarias (NOAS SUS 01/01, NOAS SUS 01/02 e Pactos pela Saúde de 2006), portanto, são focos deste estudo porque retratam o caminho percorrido para a implantação de um SUS em conformidade com leis estruturantes, o que implica, diretamente, na forma de organização dos serviços e ações de saúde que, de acordo com a legislação, deve ser pautada na regionalização assistencial.

Partimos de uma análise já corrente de que essas mesmas portarias foram insuficientes para encaminhar o processo de descentralização adequadamente integrado com a regionalização da atenção à saúde (PEREIRA, 2009; KUSCHNIR et al 2010; LIMA, 2010), esta por sua vez necessária à constituição de redes de atenção integral.

Portanto, o mesmo contexto normativo-institucional que busca mudar os rumos do processo de descentralização é o que evoca a possibilidade de se recuperar um outro mote de discussão do anos 1990, qual seja, a configuração de modelos de atenção. É no bojo dessa possibilidade que podemos estudar como as portarias abordam a constituição de redes de atenção integral.

4.1 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1991 - NOB SUS 01/91

Na necessidade de estabelecer a direção única ao SUS, em 1990, o decreto 99.060 vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde (MS), prevendo construção regimental das funções articuladas entre o presidente do INAMPS e o Ministro do MS, no que diz respeito à gestão financeira, orçamentária e patrimonial.

Por causa disso, nesse momento a primeira Norma Operacional Básica do SUS é assinada pelo presidente do INAMPS. Além do formalismo da autoria das normas, o que convém destacar é o histórico de experiências do INAMPS como uma cultura técnica que precisava ser incorporada pelo MS naquele momento.

As mudanças nos critérios e mecanismos de repasse dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo em 1991 foram formadas, em sua essência, pela cultura político-institucional e pelo instrumental técnico-operacional utilizado tradicionalmente pelo INAMPS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 273).

Esta NOB, ao ter por intuito estabelecer regras que já existiam para o INAMPS, define que os serviços e ações de saúde de caráter ambulatorial e serviços contratados ou conveniados do SUS sejam pagos pelo sistema de cobertura ambulatorial. Para tanto, instituiu-se a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) como meio de se reajustar os recursos a serem repassados aos Estados, Municípios e Distrito Federal. A UCA é fixada com base na classificação dos Estados em relação à população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços. Os municípios, assim como estabelecido na Lei 8.080/90, continuam podendo constituir consórcios intermunicipais em que o Município-pólo deve apresentar uma rede com o nível assistencial adequado ao atendimento da população convergente, oferecendo ações ambulatoriais e hospitalares resolutivas.

Essa normativa, apesar de prever um modo de Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) pautada em diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e sustentada por aspectos epidemiológicos e da organização dos serviços nos níveis estadual e municipal, atribui ao município, principalmente, o poder de faturamento, dissertando brevemente sobre a formação de consórcios intermunicipais sem explicar como os serviços e ações de saúde seriam organizados e articulados. A ideia de distrito sanitário foi tratada de modo superficial ao decorrer do texto da norma, sem indução técnica ou financeira consequente que pudesse, de fato, guiar a construção de modelos de atenção locais.

Analisando criticamente, o financiamento de serviços ambulatoriais e hospitalares é outro fator que merece ser observado, pois, a continuidade de distintas lógicas de repasse sem contemplar mecanismos de programação e planejamento que articulem os níveis de atenção, compromete o ideal de acesso integral à saúde. Além disso, a transferência de recursos através dos mecanismos propostos pela NOB privilegia o pagamento por produção de serviços, sem levar em conta o perfil epidemiológico da população, discursivamente presente no texto da norma. Os recursos financeiros são destinados diretamente às unidades prestadoras, impedindo que os estados e municípios utilizem os valores para a implementação de ações e serviços que estejam de acordo com as necessidades de saúde de seus residentes.

4.2 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1992 - NOB SUS 01/92

Sucessora da NOB SUS 01/91, a norma operacional de 1992 prossegue com a normatização assistencial no SUS, procurando garantir uma oferta contínua de serviços e ações de saúde à população. Assim, de início, traz uma definição do conceito atual de saúde, afirmando que o Estado deve garanti-la através do acesso universal e igualitário a um sistema único de execução municipalista no qual os serviços sejam distribuídos e articulados de modo regionalizado e hierarquizado.

Entendendo que estados, municípios e órgãos do Ministério da Saúde estejam vivenciando diferentes etapas de construção do SUS, a NOB, em seu desenvolvimento, explicita determinados procedimentos (metodologia de financiamento federal ou o processo de municipalização, por exemplo) e aclara, aos níveis de governo, funções relacionadas ao planejamento, auditoria, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde.

Sendo a primeira parte da normativa, a discussão sobre planejamento refere-se a “modelo de atenção integral”, prevendo que o desenvolvimento das ações de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação deve fazer parte do planejamento integrado, o qual é de responsabilidade das três esferas governamentais e constitui a base da execução, acompanhamento, avaliação, controle e gerência do sistema de saúde, considerando, ainda, o conhecimento acerca da realidade existente e dos meios necessários à consecução das metas traçadas.

O primeiro passo no processo de planejamento é análise da realidade através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis: “do que e como as pessoas estão adoecendo ou morrendo?”, “o que deve ser feito para melhorar os indicadores de vida/morte, saúde/doença? A seguir são definidos os objetivos e metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas (é importante identificar, nessa fase, os possíveis entraves políticos,

técnicos, administrativos e financeiros para a consecução de cada atividade e do plano de ação como um todo). Passa-se então à definição dos recursos necessários e das fontes de financiamento para cada atividade e ao estabelecimento de um cronograma de execução (BRASIL,1992)

Com relação ao financiamento da prestação de assistência, a UCA estabelecida pela NOB SUS 01/91 permanece como mecanismo de pagamento das ações e serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados, realizados a nível ambulatorial e têm-se o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), um formulário por meio do qual as internações hospitalares realizadas por serviços públicos, privados, contratados ou conveniados do SUS são pagas e cujo quantitativo é distribuído proporcionalmente ao número populacional de estados e municípios.

A normativa apresenta também o Pró-Saúde, um programa que visa à reorganização dos serviços mediante participação da União, estados e municípios e aborda o controle e a avaliação dos serviços e ações de saúde como competência primária dos municípios e compartilhada também com as esferas estadual e municipal, objetivando analisar a qualidade do atendimento aos usuários do Sistema, a produção, o custo dos serviços, ambulatoriais e hospitalares e se as ações desenvolvidas estão em acordo com que é disposto no Plano de Saúde de cada ente.

Outro ponto interessante a ser mencionado se refere à política de produtividade e qualidade proposta pela NOB, visto que, segundo ela, é preciso assegurar aos usuários um conjunto de serviços integrais à saúde que sejam capazes de produzir os melhores impactos numa dada realidade sanitária e com a menor quantidade de recursos disponíveis. Nesse caminho, é previsto o reconhecimento da heterogeneidade, um princípio operacional através do qual “deverão ser consideradas as distintas realidades (social, institucional e sanitária, por exemplo) buscando flexibilidade de critérios, sem abrir mão das definições essenciais do Sistema como um todo, tais como acessibilidade, integralidade e participação” (BRASIL, 1992).

A partir de todo o conteúdo exposto acima, pode-se perceber que a NOB SUS 01/92, em comparação à sua predecessora, prevê o princípio da integralidade como norteador do novo modelo assistencial que se pretende instaurar, pressupõe o planejamento integrado e epidemiológico, que é um dos fatores extremamente relevantes para a institucionalização de redes integradas de atenção ao usuário, no entanto continua dando maior importância ao financiamento da assistência médica curativa (ações ambulatoriais e hospitalares) em detrimento das ações preventivas e de promoção, o que quebra a lógica de assistência integral à saúde.

Apesar de também entender que a descentralização é um processo em que os municípios assumem a responsabilidade pela oferta de serviços e ações de saúde em seus territórios de modo regionalizado, a NOB trata sobre a regionalização (cita, na verdade) de maneira meramente introdutória, não apresentando em nenhum momento de seu desenvolvimento, a forma pela qual seriam organizados, distribuídos e articulados os serviços de saúde entre os municípios em favor da constituição de uma rede em que os municípios disponham de acesso universal, igualitário e integral à saúde.

4.3 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1993 – NOB SUS 01/93

Com a extinção do Inamps pela Lei nº 8.689 de 1993, as suas “funções, competências, atividades e atribuições são absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde” (BRASIL,1993a), o que configura a descentralização com direção única em cada esfera de governo defendida pela Constituição Federal de 1988.

Uma das atribuições do Inamps era a edição e aprovação das portarias do Sistema (vide as NOBs 91 e 92), porém, agora, o Ministério da Saúde passa a ser o único responsável por fazê-lo. A primeira portaria assinada unicamente pelo MS foi a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB SUS 01/93), cuja formulação foi marcada pelo avanço da municipalização da saúde iniciada pela NOB SUS 01/91, pelo envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política setorial e pelas dificuldades relacionadas à condução do processo de descentralização municipalista do SUS, temática inclusive discutida na IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001):

O diagnóstico traçado na ocasião indicava que o processo de municipalização das ações e serviços de saúde ainda encontrava-se em fase incipiente, quer seja do ponto de vista dos mecanismos de transferência de recursos financeiros federais necessários para o custeio do sistema de saúde local, quer seja sob o aspecto do fortalecimento da capacidade gestora. Assim, os municípios, na maioria dos estados, vinham adquirindo funções de execução de ações e serviços de saúde sem a garantia dos instrumentos e recursos necessários às mesmas (LEVCOVITZ et al, 1997, p. 276 apud LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Em vista das discussões encadeadas na Conferência de Saúde e do intuito de tornar a municipalização possível, o Grupo Especial para a Descentralização, instituído no âmbito da Secretaria Executiva do MS, elaborou o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, contendo propostas que viabilizassem o processo de

implementação do SUS, priorizando a descentralização para os municípios (sem a face da regionalização). Alguns dos pressupostos estabelecidos pelo documento, são:

1 - Pressupostos

- a) a descentralização tem que ser compreendida como um **processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo controle social;**
- b) como em todo processo que envolve dimensões políticas, sociais e culturais, a sua realização pressupõe **diálogo, negociação e pactuação entre os atores** que vão constituir a base das decisões;
 - b.1) **imediata implantação dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos**, mecanismo privilegiado de participação e controle social;
 - b.2) **ações integradas entre os gestores do sistema nos três níveis de governo**, com articulação permanente entre o MS, CONASS e CONASEMS, através de Comissão Tripartite Intergestores, na esfera federal, e no âmbito de cada Estado, de Comissões Bipartite Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais;
- c) **a flexibilidade e gradualidade** do processo de transformação do sistema de saúde que não comporta rupturas bruscas, que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem as novas. Assim, um período de transição é imprescindível, ao longo do qual coexistirão estruturas e instrumentos que, em prazo definido se reorganizarão, de modo a que as novas substituam as antigas sem que se observe solução de continuidade na atenção à saúde da população (BRASIL, 1993b - grifos do autor)

Foi com base na CF88, LOS (1990) e no documento em questão que a NOB SUS 01/93 foi fundamentada, apresentando, em sua totalidade, estratégias para dar operacionalidade a um processo de descentralização que atenda aos pressupostos apresentados e que tenha como objetivo mais importante, segundo o documento, a perspectiva de alcance de um novo modelo assistencial centrado na integralidade da assistência e organizado de modo regionalizado, isto é, através de uma articulação e mobilização municipal que considere “características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 1993b).

O modelo assistencial, portanto, será construído através de:

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- controle social, através dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos da área da saúde;
- acesso às informações e dados em saúde;
- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual
- hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde a nível municipal, estadual e nacional;
- controle sobre a produção, distribuição e consumo dos produtos e serviço que envolvam os riscos à saúde;
- participação complementar dos serviços de saúde;
- controle e avaliação efetivos sobre a qualidade e quantidade dos serviços prestados pela rede;

- ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde;
- ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;
- incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador (BRASIL, 1993b)

Todavia, toda essa discussão que deveria impactar na conformação de um modelo de atenção, não está contemplada na NOB SUS 01/93. Essa norma, ao pressupor o planejamento integrado, a pactuação e as negociações intergestores, estabelece, em âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que auxilia o Ministério da Saúde durante a elaboração de propostas para a operacionalização do SUS e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em âmbito estadual, que negocia decisões acerca de aspectos operacionais do Sistema. A NOB SUS 01/93 também reforça o papel dos Conselhos nacional, estadual e municipal de saúde como órgãos de poder deliberativo e fiscalizador dessas comissões. Assim como afirma Viana e colaboradores (2008), a norma em questão avança no que se refere à conformação de um ambiente governamental mais cooperativo, propondo que as comissões e os conselhos atuem a partir de uma dinâmica de interação indispensável ao gerenciamento do processo de descentralização:

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução (BRASIL, 1993c).

Ao reconhecer a necessidade e importância de uma estratégia voltada para a descentralização plena do sistema de saúde, a norma estabelece determinadas condições de gestão para estados e municípios. Cada uma delas possui características financeiras e administrativas diferentes, e o processo de habilitação a tais condições depende exclusivamente do nível de organização assistencial do ente, que é obtido através do preenchimento de certos requisitos apresentados na normativa (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Com relação às “sistemáticas de relacionamento” para os municípios, temos as condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.

4.1. Condição de gestão incipiente

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartite em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos;

demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho. (BRASIL, 1993c)

A segunda condição de gestão, a parcial, não apresenta muitas mudanças em relação às competências dessa que foi citada, diferindo significativamente apenas no ponto em que a Secretaria Municipal de Saúde “recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município” (BRASIL, 1993c).

Na terceira e última condição de gestão, a semiplena, estão dispostas responsabilidades por meio das quais os municípios recebem maior autonomia para a formação e gerenciamento de sua rede de atenção. São elas: “a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados”; [...]“assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual”; “assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite” e [...] “recebe mensalmente o total de recursos financeiros para o custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos” (BRASIL, 1993c).

Em relação aos estados, a NOB SUS 01/ 93 estabelece as condições de gestão parcial e semiplena. Na primeira, a Secretaria Estadual de Saúde assume, entre demais atribuições, a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios; “assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados”, “coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade” e “recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena”. Na segunda, a SES já “assume a completa responsabilidade pela gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados” e “recebe

mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, a contratada suplementarmente pelo estado e aquela dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena” (BRASIL, 1993c).

Seguindo praticamente os mesmos passos das NOBs 91 e 92, a NOB SUS 01/ 93 estipula a UCA e a AIH como os instrumentos destinados à remuneração dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde nos estados e municípios. No que concerne ao financiamento, a única novidade que a norma mostra em relação às anteriores é a instituição do Fator de Apoio ao Município (FAM) e o Fator de Apoio ao Estado (FAE), que são meios de repasse de recursos de custeio a municípios e estados habilitados em qualquer uma das condições aqui explicitadas⁵.

Finalizando, por mais que tenha avançado com relação à descentralização do poder ao contribuir para uma maior autonomia municipal e para a formação dos sistemas locais de saúde, a norma de 1993 não tratou “[...] de forma adequada o papel das esferas na indução e fortalecimento da cooperação intermunicipal” (VIANA et al, 2008, p.95) e não deu profundidade a como os serviços de municípios e estados deveriam se relacionar em prol da constituição de uma rede regionalizada de atenção integral à saúde.

4.4 NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1996 - NOB SUS 01/96

Aprovar, nos termos do texto anexo a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema (BRASIL, 1996).

A Lei 8.080 (1990) traz as competências da esfera municipal no que concerne à saúde, no entanto, a maioria dos documentos normativos posteriores não aborda de que maneira ocorre a organização e articulação dos serviços de saúde intra ou intermunicipais. Enquanto as NOBs 91, 92 e 93 tratam prioritariamente acerca dos mecanismos de financiamento para a atuação das instâncias governamentais na saúde, a NOB SUS 01/ 96, além de potencializar o poder de gestão do Município, dispõe sobre a reordenação do modelo de atenção à saúde nesta esfera, enfatizando como se dará a organização e articulação de ações e serviços adequados às necessidades da população residente em territórios municipais.

⁵ A nosso ver, a instituição do FAE e do FAM funciona como um estímulo que a NOB SUS 01/93 apresenta para que todos os estados e municípios a incorporem em sua organização assistencial através da habilitação às condições de gestão propostas.

A norma de 1996 reafirma as NOBs 92 e 93 quando estabelece que o conjunto de ações e serviços do SUS deverá ser executado sob a lógica da regionalização e agrega uma diferenciação ao versar especificamente sobre a articulação entre os serviços de saúde, referindo-se à organização dos estabelecimentos em subsistemas sanitários⁶. Cada município deverá comportar um subsistema que se comunicará com outro através de fluxos de referência e contrarreferência, visto que os sistemas municipais possuem níveis de complexidade distintos.

Diante dessa nova configuração organizacional, a normativa propõe que as instâncias estadual e federal disponham de atribuições que possibilitem prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. O Estado, por exemplo, procura: a) incentivar e assegurar as condições necessárias para que a esfera municipal assuma a gestão de uma assistência integral à saúde de seus munícipes, b) responsabilizar-se pela gestão da saúde em municípios que ainda não o fazem, e c) mediar a relação entre os sistemas municipais de saúde de modo a estimular a harmonia, integração e modernização dos mesmos. Já o poder federal estimula a gestão estadual para o desenvolvimento dos sistemas municipais, preza pela harmonia, modernização e integração dos sistemas estaduais, e faz a normalização e coordenação do SUS.

São reafirmadas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como fóruns onde se aprecia a formação dos sistemas municipais de saúde e são pactuadas as programações entre gestores e os tetos financeiros para o custeio da atenção às necessidades de saúde do povo. A norma propõe, como etapas das rodadas de negociação, a apreciação das Comissões e aprovação das programações nos Conselhos de Saúde para a construção de redes regionais de ações e serviços que garantam amplitude, qualidade e redução de custo no acesso à saúde.

No que tange ao financiamento das ações de saúde, a norma afirma que este será feito com base em orçamento definido pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre gestores, um instrumento de planejamento integrado cuja elaboração deve respeitar a autonomia de cada gestor: “o município elabora a sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua

⁶ Mesmo propondo a criação e funcionamento desse sistema municipal de saúde, a NOB/SUS 96 reconhece o alto risco de redução do Sistema decorrente do desenvolvimento de alguns subsistemas sanitários em detrimento de outros, o que ameaça, acima de tudo, a própria unicidade do SUS. A nosso ver essa reflexão é importante porque nos faz levantar uma questão sobre se a reconhecida possibilidade de atomização do SUS dá margem para uma atuação do Estado com fins a evitá-la, ou é, simplesmente, um alerta aos municípios. Para Pereira (2009), a NOB quer mostrar o risco de atomização caso os estados não coordenem os subsistemas de saúde. De todo modo, há estudos que apontam que a apropriação dessas normas costuma ser diversa nos vários contextos municipais e estaduais.

responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES” (BRASIL, 1996). Cabe ressaltar que o estado também deve ter suas responsabilidades configuradas na elaboração da PPI a fim de se alcançar a igualdade, a qualidade da atenção e a formação da rede regionalizada de serviços e ações de saúde. Além disso, vale verificar o que é proposto pela NOB:

Essa programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

[...]

A PPI observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independentemente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução dessas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados, têm suas ações expressas na Programação Pactuada e Integrada do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal (BRASIL, 1996).

O repasse de recursos federais para o financiamento das ações e serviços de saúde, segundo a normativa, é dividido entre custeio da atenção ambulatorial e hospitalar, ações de vigilância sanitária e de controle de doenças. A transferência dos valores pode ser realizada por duas formas: transferência regular automática (fundo a fundo) - que conta com uma gama de mecanismos e incentivos financeiros a serem distribuídos em função da organização assistencial de estados e municípios – e através de remuneração por serviços produzidos, ou seja, pagamento direto ao prestador mediante apresentação de fatura referente aos serviços realizados. Como nosso estudo não exige que abordemos todas as situações de transferência de recursos que a NOB SUS 01/96 apresenta, citaremos somente aquelas referentes ao custeio da atenção ambulatorial e hospitalar, que já são suficientes para ilustrar a seção sobre financiamento que a norma explora, mantendo relação com nosso objeto de análise.

Com relação aos mecanismos de repasse regular e automático, temos: Piso Assistencial Básico (PAB), que “consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal”; Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), “um acréscimo percentual ao montante do PAB [...], sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência”; a Fração Ambulatorial Especializada (FAE), que se trata de um “montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do

estado”; o Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), “montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais assumidas pela SMS”; o Teto Financeiro da Assistência ao Estado (TFAE), “montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES”; o Índice de Valorização de Resultados (IVR), que se resume a um adicional de até 2% do TFAE, transferido do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde como meio de se incentivar os bons impactos gerados na saúde da população (BRASIL, 1996).

Já de acordo com remuneração por serviços produzidos, mantém-se o sistema SIH/SUS e tem-se a “remuneração transitória” por serviços produzidos, que caracteriza o MS como “responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão simplificada da NOB SUS 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em gestão convencional” (BRASIL, 1996).

Diferentemente das NOBs anteriores, a NOB SUS 01/96 propõe, dentre as modalidades de gestão que apresenta, a Gestão Plena da Atenção Básica, a qual abre um importante leque de responsabilidades para os municípios constituírem suas redes de atenção a partir de serviços e ações de saúde de nível primário, em articulação com os de média e alta complexidade.

15.1. Gestão Plena da Atenção Básica

15.1.1. Responsabilidades

- a) Elaboração da programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com a incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e à sistematização da oferta de serviços.
- e) Prestação de serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS. (BRASIL, 1996)

Além da Gestão Plena da Atenção Básica, cabe ressaltar as demais condições previstas, que são a Gestão Plena do Sistema Municipal, a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Gestão Plena do Sistema Estadual. Aos municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal cabe, entre outras funções, a “elaboração de toda a programação de saúde municipal, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual”; a “garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes [...]”; “administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais”; “controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM⁷”; “normalização e operação de centrais de controle de procedimentos hospitalares e ambulatoriais relativos à assistência de seus municípios e à referência intermunicipal”. (BRASIL, 1996).

Já os estados habilitados na gestão avançada do sistema estadual devem realizar como funções específicas a “contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto de serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE” e dos prestadores de serviços inclusos no PAB dos municípios não habilitados, já aqueles habilitados na gestão plena do sistema estadual têm a função de contratar, controlar, fazer auditoria e pagar os prestadores do conjunto de serviços de saúde sob gestão estadual, conforme definição na CIB. Há também atribuições comuns às duas condições de gestão, como, por exemplo, a apresentação do Plano Estadual de Saúde aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde contendo “as metas pactuadas”, “a Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças [...]”; as estratégias de descentralização para os municípios”; as estratégias de reorganização do modelo de atenção” e “os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações” (BRASIL, 1996).

Pelo que foi visto, a norma operacional de 1996 avança bastante com relação à criação de novos mecanismos de financiamento, mas chama atenção quando propõe o PAB como estratégia financeira para a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta é a primeira NOB do sistema a induzir o nível primário de atenção e a criar, inclusive, uma modalidade de gestão na qual os municípios habilitados assumem totalmente a responsabilidade pela execução direta das ações deste nível de complexidade.

⁷ Teto Financeiro Global do Município.

É a partir desse conjunto de aspectos que o documento procura reestruturar o modelo de atenção à saúde, apostando, certamente, no PSF como um modo de Atenção Primária em Saúde (APS) abrangente e reordenador de todo o sistema de saúde, ou ainda, influente na organização dos demais níveis de assistência e porta de entrada do usuário no SUS.

Segundo Mendes e colaboradores (1993), a reestruturação do modelo assistencial deve se dar em direção à mudança das formas de intervenção dos serviços e ações sobre os problemas, necessidades de saúde das pessoas e demanda da população por serviços, procurando produzir efeitos positivos nas condições de saúde dos indivíduos.

O Programa Saúde da Família - cuja implantação foi orientada pela GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998 - se adequa a essa lógica proposta por Mendes, pois, ao ter como base o enfoque epidemiológico, não considera exclusivamente a cura, mas também trabalha na perspectiva de promoção da saúde e prevenção de agravos, o que contribui para a condução do processo de mudança do modelo de atenção e se enquadra na discussão que a NOB SUS 01/96 faz sobre os campos constituintes da atenção à saúde, que são: 1) campo da assistência individual ou coletiva prestada nos âmbitos ambulatorial, domiciliar e hospitalar; 2) campo das intervenções ambientais e 3) campo das políticas que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das populações.

O objetivo de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (...) O Governo Federal estabeleceu como meta prioritária a expansão das equipes de Saúde da Família – Pacs/PSF, como ferramenta importante na mudança do modelo assistencial (BRASIL, 1999).

Estando de posse do que é apresentado pela NOB SUS 01/ 96 e ciente do conteúdo das leis em que a construção do SUS é pautada, pode-se observar que a reorganização do modelo de atenção deve estar estruturada em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, ou seja, deve-se instituir o modelo de atenção integral à saúde em detrimento do modelo curativista e hospitalocêntrico sobre qual o Sistema foi implementado. cremos que, para isso, é necessário que os gestores dediquem-se ao estudo da realidade sanitária de cada município, implantando e articulando os serviços de saúde adequados ao perfil epidemiológico da área através de fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos sob uma rede regionalizada.

Embora a NOB tenha induzido um novo modelo assistencial através do PSF, percebemos, com Cecilio (1997), que esta indução está muito presa à racionalidade técnica da

normativa, o que para ele é um problema, pois a construção de um novo modelo de assistência deve estar calcada na dinâmica e nas características específicas de cada município, considerando seus munícipes não só como usuários do SUS, mas também como indivíduos capazes de construí-lo por meio de suas experiências e de suas necessidades de saúde. Sendo assim, por mais que as normas apresentem as regras que orientam o desenvolvimento do Sistema, não há como pensar a estruturação de um modelo de atenção através de uma perspectiva técnica e exterior à realidade - visto que as normativas não conhecem as especificidades de cada território, e sim por um olhar interior a ela, ou seja, um olhar que considere as demandas por saúde de pessoas reais que possuem angústias e sofrimentos. É seguindo este caminho que se torna mais palpável a constituição de um modelo assistencial que possa se adequar aos indivíduos e não o contrário.

4.5 NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS SUS 01/01 e 01/02

As Normas Operacionais Básicas do SUS aprovadas na década de 90, apesar de terem traçado um importante percurso gerencial e financeiro em prol do processo de descentralização, não incluíram a formação de redes de cuidado no cenário político do Sistema.

As portarias construíram caminhos institucionais de autonomia para os municípios implementarem seus próprios serviços de saúde e centralizaram neles a responsabilidade pela operacionalização do SUS, o que acarreta uma gama de empecilhos à plena consolidação do Sistema Único de Saúde regido por lei. Um deles é o risco de atomização do SUS em vários sistemas locais sem eficiência, equidade e resolubilidade, visto que, por grande parte dos municípios do Brasil não possuir arrecadação significativa, torna-se inviável gerir um sistema de saúde que ofereça ao usuário ações e serviços dos três níveis de complexidade (LIMA et al, 2010; PEREIRA, 2009).

A política setorial iniciada nos anos 90 desconsiderou a complementaridade existente entre a descentralização e a regionalização na saúde. Esta última é uma estratégia organizacional do SUS que tem por objetivo reduzir as desigualdades territoriais, sociais e evitar a fragmentação do sistema de saúde em milhares de sistemas municipais iníquos e não resolutivos ao construir uma rede regionalizada e hierarquizada pautada no acesso universal e na integralidade do cuidado (KUSCHNIR et al, 2010; PEREIRA, 2009).

Em face do colocado acima, foi estabelecido um amplo processo de discussão e negociação entre o Ministério da Saúde, as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, do qual emerge a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01), política focada na regionalização e publicada na década de 2000. É somente com a instituição deste documento normativo que a diretriz da regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do SUS (SOUZA, 2001; PEREIRA, 2009; VIANA et al, 2008).

A NOAS SUS 01/01 prevê que, para o aprofundamento do processo de descentralização, há a necessidade de se articular os sistemas municipais e organizá-los na perspectiva da integralidade organizacional, ou seja, com provisão e garantia de acesso a serviços e ações dos três níveis assistenciais. Para tanto, aposta-se na diretriz da regionalização como estratégia essencial à conformação de um sistema de saúde integrado e estruturado através de redes articuladas, cooperativas e resolutivas de atenção à saúde, recuperando o formato previsto constitucional e legalmente.

Capítulo I – Regionalização

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

A normativa defende que a organização regionalizada dos serviços de saúde será competência da esfera estadual, ou seja, da Secretaria de Estado de Saúde. A SES deverá gerenciar o processo de regionalização, promovendo a articulação e integração regional dos sistemas municipais de cada estado por meio da elaboração de instrumentos de planejamento integrado, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), no qual devem estar inseridas as prioridades de intervenção adequadas às necessidades de saúde do povo e à garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), cuja função é assegurar os investimentos necessários ao pleno desenvolvimento dos serviços e ações de saúde num dado espaço territorial.

Enquanto nas NOBs apareciam os termos distrito e subsistema sanitário como formas de organização dos municípios e de seus serviços de saúde, a NOAS SUS 01/01, ao trabalhar com a regionalização como macroestratégia assistencial, traz textualmente a ideia de região de saúde numa perspectiva de reorganização sistêmica:

- A) Região de saúde - base territorial de planejamento de atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser

definida pela Secretaria de Estado de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais⁸ (BRASIL, 2001)

De posse desse novo conceito-chave, podemos apresentar com mais precisão os pontos que devem estar dispostos no PDR, os quais são: “a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede⁹ e municípios-polo¹⁰ e dos demais municípios abrangidos”; “o Plano Diretor de Investimentos para atender às prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde”; “a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios-sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência”; “os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contrarreferência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços”; “a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas” e “a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual” (BRASIL, 2001).

Ao investir no desenho regional da assistência como principal caminho à conformação de redes de atenção à saúde do indivíduo, a NOAS SUS 01/01 tem como foco a gestão do acesso. Apesar de também prezar pela oferta de ações e serviços dos três níveis de complexidade entre os municípios das regiões, a norma se preocupa muito mais em relação a como garantir que as pessoas consigam acessar tais serviços, o que, a nosso ver, oferece a possibilidade de compreensão do sentido de integralidade que este estudo se propõe a abarcar, isto é, a integralidade na oferta e no acesso.

Isto pode ser percebido, inclusive, quando a NOAS SUS 01/01 propõe a organização da Atenção de Média Complexidade (MC), um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e

⁸ Módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, isto é, ao conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade (atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e internação hospitalar), formado por um ou mais municípios, entre os quais existe um município -sede habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, que pode ofertar a totalidade desses serviços aos seus residentes e à população de outros municípios ou somente aos seus residentes, sem ter que referenciá-los (BRASIL, 2001).

⁹ Município existente em um módulo assistencial que seja capaz de ofertar os serviços descritos na nota anterior para os seus residentes e para os residentes de outros municípios a ele adscritos (BRASIL, 2001).

¹⁰ Município que, de acordo com a regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2001).

hospitalares cuja prática clínica, por depender de profissionais especializados e de determinados recursos tecnológicos, pode não estar presente em todos os municípios e quando propõe a política de organização dos serviços de alta complexidade/custo no SUS. Nesse momento, o gestor estadual, através da PPI, assume a garantia pelo acesso da população a serviços não disponíveis em seu município de residência por meio da utilização de um sistema de referências, orientando a alocação de recursos federais conforme as reais necessidades de saúde dos indivíduos e definindo um limite financeiro claro aos municípios do estado em relação à prestação de assistência. Esse limite se divide em duas partes: “recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI” e com o estabelecimento do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso¹¹ (BRASIL, 2001).

Em consonância ao caminho aberto pela NOB SUS 01/96, a NOAS SUS 01/01 atualiza as condições de gestão nela presentes e, ao ver a necessidade de continuar investindo na APS como uma das estratégias de remodelação do modelo assistencial, afirma a importância de ampliar o acesso à atenção básica por meio da criação da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), à qual todos os municípios devem se habilitar e que contará com mais procedimentos além daqueles já estabelecidos no PAB da Gestão Plena da Atenção Básica. Para acompanhar essa ampliação, é previsto como mecanismo de financiamento o PAB Ampliado (PABA), cujo valor é definido em Portaria do Ministério da Saúde. Cabe destacar algumas das responsabilidades dos municípios nesta modalidade de gestão:

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, em como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão¹²;
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- [...]
- d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;
- [...]

¹¹ “[...] tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas pelos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas” (BRASIL, 2001).

¹² Instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde em relação “[...] ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção [...]”, procurando alcançar equidade no acesso e na alocação de recursos (BRASIL, 2001).

- g) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- h) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- i) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS; (BRASIL, 2001).

Em relação à Gestão Plena do Sistema Municipal, podemos dizer que as diferenças mais marcantes em comparação com a condição de gestão anterior, são: “gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares”; “gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União”; “gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único [...]” e “garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários [...], assim como organização do encaminhamento das referências [...]” e “cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS” (BRASIL, 2001). Vale dizer ainda que, segundo a NOAS SUS 01/01, todos os municípios habilitados nesta condição de gestão, estarão também habilitados na GPABA.

Por último, as duas modalidades de gestão para os estados, ou seja, a Gestão Avançada do Sistema Estadual e a Plena do Sistema Estadual possuem determinadas atribuições em comum, como a “elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização [...]”, “coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos [...]”; “coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e/ou alta complexidade [...]”; “gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados”, “normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora de domicílio e dos medicamentos e insumos especiais”, “cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços [...]”, entre outras. (BRASIL, 2001). Já as atribuições específicas são similares às da NOB SUS 01/96.

Cabe acrescentar que existem duas versões da NOAS: a NOAS SUS 01/01 e a NOAS SUS 01/02, que se diferenciam basicamente em relação à condição de habilitação dos municípios que seriam sede dos módulos assistenciais. Na primeira versão, o município deveria estar enquadrado na Plena do Sistema Estadual, enquanto na segunda versão, poderia também estar habilitado na Plena da Atenção Básica Ampliada, tendo em vista a organização de redes funcionais regionalizadas.

Com relação ao nosso objeto de estudo e às Normas Operacionais Básicas do SUS, a NOAS apresenta um grande avanço, pois se aproxima daquilo que compreendemos como a noção de formação de redes regionalizadas e integradas de atenção, procurando explicar como se dá a constituição e coordenação das regiões de saúde. No entanto, conforme assinalam Pereira (2009) e Viana e colaboradores (2008), a norma trabalhou com uma ideia de regionalização ainda muito normativa, principalmente ao tratar dos recortes territoriais de organização dos serviços (regiões e microrregiões), o que fez com que as desigualdades regionais não fossem consideradas. Por esse efeito de homogeneização, dificultou-se a adequação de vários municípios e estados às suas proposições, comprometendo a instituição de um modelo de atenção efetivamente integral.

4.6 PACTO PELA SAÚDE (PACTO PELA VIDA, PACTO EM DEFESA DO SUS E PACTO DE GESTÃO)

Em face das contradições provenientes da implementação da NOAS, foi encadeada pelos gestores uma revisão do processo normativo do SUS, cujo resultado foi a publicação do Pacto pela Saúde (2006), aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006 e GM/MS n.699 de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde pode ser definido como uma nova estratégia normativa que visa edificar os princípios fundamentais do Sistema sob a égide da responsabilidade sanitária, baseando-se em um fortalecimento da pactuação política entre os três entes federados por meio do Pacto pela Vida, que será “constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais”, do Pacto em Defesa do SUS, que “envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública,

inscritos na Constituição Federal” e por meio do Pacto de Gestão, que “estabelece as responsabilidades claras de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS” (BRASIL, 2006).

Em vista da abordagem de nosso estudo, podemos destacar a importância do Pacto de Gestão que, ao partir do princípio de que o Brasil é marcado por muitas desigualdades regionais, afirma que é preciso avançar na regionalização e descentralização do SUS por meio de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades das regiões e do Pacto pela Vida, que apresenta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal fator ao fortalecimento da Atenção Básica e como centro de ordenação das redes de atenção do SUS (procurando consolidá-la em pequenos e médios municípios, garantir toda a infraestrutura necessária ao pleno desenvolvimento funcional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e organizá-la de modo a respeitar as especificidades loco - regionais).

Nesse caminho, o Pacto de Gestão, assim como as NOAS, restabelece o PDR, o PDI e a PPI como os principais instrumentos da regionalização, porém trabalha melhor com a noção de territorialidade da política setorial, que serve de base para organização de sistemas integrais à saúde. Sendo assim, é relevante dizer que o Pacto pela Saúde estabelece “o espaço regional como o lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal” (BRASIL, 2008).

A territorialização da política de saúde [...] deve possibilitar a identificação e a compreensão da situação de saúde atual e futura, e a projeção de soluções integradas de políticas eficazes, eficientes e equitativas. Os processos de intervenção na forma de ações e políticas concretas de saúde adquirem maior eficácia quando fundamentados e direcionados a uma realidade conhecida, cujas características e dinâmica passam a orientar o modelo de atenção à saúde, o planejamento, a programação, a gestão e a governança do sistema (BRASIL, 2008).

O Pacto define regiões sanitárias como “[...] recortes territoriais inseridos num espaço contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”, que devem constituir a rede de ações e serviços de saúde, são organizadas mediante cooperação intergestores e compartilhamento de responsabilidades (BRASIL, 2006)

Nessa perspectiva, ao tratar sobre como se dá a organização e planejamento do espaço regional com relação à prestação de serviços, o Pacto propõe o corte no nível assistencial para delimitação de uma região e de uma macrorregião. A região deverá ofertar suficiência de atenção básica (responsabilidade de todos os municípios desde a NOAS) e parte da assistência

de média complexidade. Já a macrorregião surge de arranjos inter-regionais com vistas à oferta da atenção terciária e em parte da secundária¹³.

Ao discutir o processo de construção da regionalização, o Pacto se diferencia da NOAS ao levantar que o PDR deverá expressar, através de desenhos, a formação de regiões de saúde que podem ter os seguintes formatos: região intraestadual, “composta por mais de um município, dentro de um mesmo estado”, interestadual, “conformada a partir de municípios limítrofes em diferentes estados”, intramunicipal, “organizada dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional” e fronteira, “conformada a partir de municípios limítrofes com países vizinhos”. Esses desenhos possibilitam a integralidade da assistência, pois, a nosso ver, consideram as peculiaridades territoriais ante o processo de formação das regiões e macrorregiões, atribuindo a elas graus de resolubilidade assistencial já explicitados e garantindo acesso por meio de referência e contrarreferência (BRASIL, 2006).

Uma das críticas que Viana (2008) e colaboradores faz à NOAS é a extrema centralização do processo de regionalização nas mãos dos estados, que é um dos aspectos que o Pacto procura evitar através de um sistema de planejamento que seja desenvolvido de forma articulada, cooperativa e solidária entre as instâncias de gestão do SUS, considerando as diversidades existentes entre elas e as necessidades e realidades locorregionais para a consolidação de um Sistema Único de Saúde resolutivo na gestão e na prestação de saúde aos brasileiros.

Sendo assim, o Pacto de Gestão institui os Colegiados de Gestão Regional (CGRs). Os CGRs são espaços de gestão compartilhada em que se reúnem os gestores municipais de cada região e da representação estadual, permitindo que haja uma maior integração entre essas esferas de poder e também um maior acompanhamento e planejamento direcionado à realidade assistencial de cada região de saúde, considerando suas especificidades e dinâmica, nas quais se baseiam a programação de ações e serviços através da PPI.

- O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional

Atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada de atenção em saúde

Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

Priorizar linhas de investimento

Estimular estratégias de qualificação do controle social

Apoiar o processo de planejamento local

¹³ “O ponto de corte da média complexidade que deve estar na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma região” (BRASIL, 2006).

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional (BRASIL, 2006)

Outra abordagem trazida pelo Pacto foi o financiamento do SUS a partir de blocos de financiamento, que têm por objetivo a organização dos recursos federais a serem repassados fundo a fundo para os gestores. Segundo o Pacto, essa metodologia de alocação financeira deve contemplar a redução das iniquidades entre macrorregiões, estados e regiões. Ao todo são estabelecidos cinco blocos de financiamento: “a) atenção básica, b) atenção de média e alta complexidade, c) vigilância em saúde, d) assistência farmacêutica, e) gestão do SUS” (BRASIL, 2006).

O bloco da Atenção Básica é constituído por recursos divididos em duas seções: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). Os dois pisos mantêm o que já foi estabelecido pela NOB SUS 01/96, sendo que o PAB variável, além de comportar somente incentivos às estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, compreende também incentivos à Saúde Bucal, Compensação de especificidades regionais, Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário.

Os recursos do bloco da Atenção de Média Complexidade e Alta Complexidade “[...] compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios”. Os recursos do bloco de Vigilância em Saúde (vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária) seguem a mesma lógica, pois compõem o limite financeiro dessa área nos estados, municípios e Distrito Federal. Já os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem “[...] agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações farmacêuticas necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde” (BRASIL, 2006).

O último bloco é o da Gestão do SUS que se destina “[...] ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS” e se divide em oito sub-blocos: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e controle social; gestão do trabalho; educação em saúde e incentivo à implementação de políticas específicas (BRASIL, 2006). O bloco também apresenta o financiamento para investimentos, que será norteado pela superação das iniquidades em relação ao acesso e pela garantia da integralidade da atenção, possuindo, para tanto, os seguintes eixos prioritários:

Estímulo à regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2006 - grifos meus).

A nosso ver, outro ponto importante ao nosso estudo diz respeito a quando o Pacto de Gestão apoia os conselhos de saúde, as conferências e os movimentos sociais na Saúde, pois além de considerar as peculiaridades e dinâmica territoriais face ao processo de construção da assistência no SUS, é necessária a participação da sociedade para que se perceba os impactos que a rede de ações e serviços realiza na saúde das pessoas, procurando, assim, identificar os rumos para o aprimoramento do Sistema.

Em conformidade à gestão cooperativa e solidária que o Pacto pela Saúde se propõe a assegurar, o Pacto de Gestão define as responsabilidades sanitárias para o Município, Distrito Federal, Estado e União, abrindo mão das modalidades de gestão que eram estabelecidas pelas normativas anteriores.

Ao analisarmos essa seção do documento, destacamos que as competências dos entes são agrupadas segundo as disposições: responsabilidades gerais da gestão do SUS; responsabilidades na regionalização; responsabilidades no planejamento e programação; responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria; responsabilidades na gestão do trabalho; responsabilidades na educação em saúde e responsabilidades na participação e controle social. Neste estudo, daremos prioridade às competências referentes à gestão do SUS e à regionalização.

Dentre as responsabilidades na gestão do SUS propostas pelo Pacto, destacamos que o município deverá assegurar a integralidade das ações prestadas, englobando atividades de promoção, de prevenção e ações de assistência, garantindo acesso ao atendimento de urgências; deverá promover a igualdade da atenção, adequando a oferta de serviços às necessidades de saúde e ampliando o acesso de pessoas em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais existentes; executar ações da Atenção Básica (incluindo ações de promoção e proteção) e assumir a gestão deste nível, organizando o acesso a serviços resolutivos e viabilizando o planejamento, a PPI e desenhando a rede de atenção. Deverá também organizar e pactuar os serviços de atenção especializada por meio das necessidades da atenção básica, construindo a rede de atenção a partir da articulação e integração dos

serviços de assistência básica com os de maior complexidade; “desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação”; “pactuar e fazer acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada de atenção à saúde” e “garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal” (BRASIL, 2006).

Os estados, por sua vez, devem prestar apoio técnico, político e financeiro aos municípios para que estes possam realizar suas funções e, em relação a eles, destacaremos mais algumas atribuições, como: “coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso”; “fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo em seus territórios”; “organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde”; “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região”; “realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual” (BRASIL, 2006).

A União também não tem atribuições diferentes das que foram ditas, apenas realizando-as em âmbito nacional e coordenando a prestação de ações e serviços de saúde realizada pelo Distrito Federal, estados e municípios, e apoiando-os técnica e financeiramente.

Ao ter a regionalização como eixo estruturante, o Pacto pela Saúde vê a necessidade de os gestores do SUS assumirem e cumprirem atribuições para o seu desenvolvimento enquanto estratégia à construção de um Sistema articulado territorialmente através de redes de atenção que ofertem ações e serviços resolutivos, capazes de compreender integralmente as necessidades de saúde. Para tanto, o Pacto de Gestão estabelece responsabilidades necessárias ao fortalecimento da regionalização para os três entes federativos, que podem ser observadas segundo o quadro abaixo.

Responsabilidades	Esferas de poder
<p>Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo compromissos pactuados.</p> <p>Apoiar/ participar¹⁴ da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.</p>	Municípios, estados, Distrito Federal e União.
<p>Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal/estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento e no plano regional de investimentos.</p> <p>Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida.</p>	Municípios, estados e Distrito Federal.
<p>Executar ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais (responsabilidade atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal).</p>	Município.
<p>Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização.</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo equidade inter-regional.</p>	Estados e Distrito Federal.
<p>Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes.</p>	Distrito Federal
<p>Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT.</p> <p>Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual.</p> <p>Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.</p>	União

Fonte: Elaboração própria a partir das competências dispostas no Pacto pela Saúde (2006), em sua seção sobre Pacto de Gestão.

¹⁴ Municípios, estados e Distrito Federal: participação; União: apoio e participação.

Mediante tudo que foi apresentado nesta análise, pode-se finalizar afirmando que, de todas as normativas que foram apresentadas neste estudo, o Pacto pela Saúde é o documento que oferece mais possibilidades à condução da regionalização, à obtenção da integralidade assistencial e, portanto, à constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção.

O Pacto, ao defender a noção de espaço regional como a base de organização, gestão e governança do sistema de saúde e ao trazer o planejamento, a gestão e o financiamento intergovernamentais cooperativos para a condução da política de saúde, oferece ao Sistema os elementos necessários à organização da atenção em redes regionalizadas, “[...] estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (Brasil, 2008).

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho foi realizada uma profunda análise normativa e uma busca bibliográfica sobre o conceito de redes regionalizadas, procurando destacar a todo o momento a sua importância para a obtenção da integralidade no acesso e na oferta de ações e serviços de saúde do SUS.

As Normas Operacionais e o Pacto pela Saúde (2006) foram escolhidos para sustentar este estudo como instrumentos capazes de nos oferecer um caminho que pudesse revelar mais precisamente as etapas de implementação do SUS, nos propiciando também um balanço da regionalização enquanto estratégia operacional do Sistema. Observamos que, à exceção da NOB SUS 01/96, as demais normas operacionais básicas não oferecem praticamente nenhum subsídio à institucionalização de redes regionalizadas e integradas de atenção de acordo com o que foi apresentado no segundo capítulo desta monografia.

Com a edição da NOAS nos anos 2000, os gestores do SUS já percebem a necessidade de dar mais atenção à regionalização a fim de se efetivar as relações entre os sistemas municipais de saúde, conferindo integralidade organizacional durante o processo de produção de saúde. Mesmo assim, apesar de ter representado um marco importantíssimo à condução política setorial daquele período, a NOAS impôs um olhar muito técnico e normativo ao tratar a respeito da construção da região de saúde, não conseguindo, conseqüentemente, abarcar as desigualdades territoriais existentes no Brasil e fazer com que os estados e municípios se adequassem às suas proposições.

Em vista desse contexto, o Pacto pela Saúde (2006) é editado e é somente com ele que notamos um avanço bem notável com relação à regionalização e à constituição de redes assistenciais integradas, pois, ao contrário do que foi estabelecido pela NOAS, o documento normativo incorporou a noção de territorialidade, o que fez com que a formação das regiões de saúde fosse sustentada por um olhar atento às iniquidades regionais e à existência de populações específicas inseridas em realidades distintas e que precisam de uma rede de atenção que contemple suas necessidades de saúde com qualidade e resolubilidade. O Pacto também reafirmou a relevância de haver planejamento integrado entre os gestores do SUS, estabelecendo também a necessidade de prosseguir com a regionalização da saúde através da cooperação e solidariedade entre os gestores das três instâncias de governo.

Diante de tudo que foi exposto nesta monografia, podemos finalizar dizendo que é extremamente necessário que os gestores incorporem as diretrizes do Pacto em suas negociações, pactuações e que privilegiem o planejamento estratégico (que deverá levar em

conta a base territorial e a realidade loco-regional) e o planejamento regional, que permitirá a criação de propostas de redes articuladas regionalmente e de suas linhas de cuidado, englobando os três níveis de complexidade diante das distintas realidades territoriais que compõem o Brasil e possibilitará a diversificação das políticas e investimentos que consigam relacionar as necessidades de saúde dos indivíduos (KUSCHNIR et al, 2010; PEREIRA, 2009).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

_____. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 20 de agosto de 2012.

_____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991.** Norma Operacional Básica 01/91. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02** e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução no 234, de 07 de fevereiro de 1992.** Norma Operacional Básica 01/92. Brasília: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

_____. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993^a.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 20 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Descentralização das ações de saúde:** a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: MS, 1993b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf >. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993c.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ **NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 76 p.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Diretoria de Redes de Atenção à Saúde (DARA). **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação**. Versão para debate, novembro de 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf> Acesso em: 10 nov. 2012.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar, 2007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, jul-set, 1997.

KUSCHNIR, Rosana et al. **Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades**. UGÁ, Maria Alicia D. (org). *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Ed. Fiocruz, p.215-240, 2010.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas**. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias de et al. **O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS**. UGÁ, Maria Alicia D. (org). *A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Ed. Fiocruz, p.27-58, 2010.

MATTOS, Ruben Araújo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. *Health care network*. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n. 5, p.2297-2305, 2010.

_____, Eugênio Vilaça et al. **Distritos Sanitários: conceitos-chave**. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, p. 160-163, 1992.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 133pp. 2009.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos.** *Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year.* Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.3, p.1671-1680, 2011.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde.** *The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System.* Rev. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SOUZA, Renilson Rehem de. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde.** *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v.22, n.1, p. 92-106, jan-jun, 2008.