

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

**CONSENSOS SOBRE O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL NA REGIONALIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SUS**

**RECIFE
2010**

YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

**CONSENSOS SOBRE O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL NA REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SUS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Co-orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R375d Reis, Yluska Almeida Coelho dos.
Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS / Yluska Almeida Coelho dos Reis. - Recife: s. n., 2010.
97 p. : ilus.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse;
co-orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Regionalização. 2. Assistência à Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. III. Título.

CDU 614.39

YLUSKA ALMEIDA COELHO DOS REIS

**CONSENSOS SOBRE O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL NA REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SUS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 18/05/2010.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
CPqAM/FIOCRUZ

Dr. José Luiz Araújo Júnior
CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
UFPE

AGRADECIMENTOS

A todos que se envolveram ou foram envolvidos na construção deste trabalho. Em especial a Eduarda Cesse, minha orientadora, que acompanhando toda a minha trajetória acadêmica, acolheu sempre com muita ternura todas as angústias e incertezas dessa minha caminhada, além de provocar reflexões que contribuíram largamente para o desenvolver deste estudo. Meu agradecimento especial também a todos os gestores e pesquisadores que se dispuseram a participar da discussão na busca por um consenso sobre o papel do estado na regionalização do SUS. Este resultado só foi possível em face da pluralidade de olhares desses atores sobre o objeto em pauta.

Minha gratidão a todos.

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

Domenico de Masi

REIS, Y.A.C. **Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

Este estudo apresenta analisar os consensos acerca do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no SUS. Foram elaborados um modelo teórico-lógico e uma matriz de avaliação acerca das atribuições do gestor estadual na condução da regionalização. Essa matriz foi submetida à apreciação de especialistas que julgaram a importância dos indicadores de análise definidos, estabelecendo-se o consenso ou o dissenso a partir de pontos de corte previamente definidos, utilizando-se como técnica a Conferência de Consenso. Como resultado do consenso, a matriz de avaliação apresenta três níveis de análise (governo, gestão e assistência), que estão desmembrados em seis dimensões compostas por 14 critérios e 82 indicadores de avaliação que exploram as responsabilidades do gestor estadual do SUS frente à regionalização da saúde. Do total de indicadores, apenas quatro não apresentaram consenso, o que indica que a matriz se mostra um instrumento eficiente para avaliação da regionalização da assistência no SUS, abordando as diferentes dimensões dessa intervenção em saúde. Dessa forma, o consenso ora estabelecido, apesar de provisório, pode constituir um referencial de elevada utilidade para a realização de pesquisas, podendo servir de base para a realização de investigações avaliativas sobre a implantação dos processos de regionalização, de forma a permitir maior comparabilidade entre os estudos.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Descentralização. Regionalização. Gestão em Saúde. Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde.

REIS, Y.A.C. **Consensus on the role of the state administrator in the regionalization of health care SUS**. 2010. Dissertation (Masters in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2013.

ABSTRACT

This study presents analyze the consensus about the role of state manager in the regionalization of health care in the SUS. We elaborated a theoretical model and a logical evaluation matrix on the powers of the state manager in the conduct of regionalization. This matrix was submitted to experts who judged the importance of analysis indicators defined, establishing consensus or dissent from cutoffs previously defined using the technique as Consensus Conference. As a result of the agreement, the evaluation matrix presents three levels of analysis (government, management and assistance), which are broken down into six dimensions comprised of 14 criteria and 82 evaluation indicators that explore the responsibilities of the state administrator of the regionalization of UHS health. Of the total number of indicators, only four showed no consensus, indicating that the matrix shows an efficient tool for assessment of regionalization of care in the SUS, addressing the different dimensions of health intervention. Thus, the consensus now established, although temporary, can be a highly useful reference for conducting research and can serve as a basis for conducting evaluative research on the implementation of the processes of regionalization, to allow greater comparability between studies.

Keywords: Health Evaluation. Decentralization. Regionalization. Health management. Health Care. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Responsabilidades das esferas de gestão no tocante à regionalização, segundo o Pacto pela Saúde.....	29
Quadro 2 -	Evolução da implantação do SUS segundo os instrumentos normativos.....	32
Quadro 3 -	Estudos de referência para a sistematização do modelo lógico e da matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual do SUS.....	40
Quadro 4 -	Referencial normativo do SUS utilizado na sistematização do modelo lógico e da matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual do SUS.....	41
Figura 1 -	Modelo lógico da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual do SUS.....	48
Quadro 5 -	Matriz de avaliação: dimensões e critérios de análise quanto ao papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cies	Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço
Conasp	Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Cosems	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
GED	Grupo Especial de Descentralização
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimentos
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
Pnash	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
Pnass	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL E A REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO SUS.....	14
2.1	A REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL.....	14
2.2	O ESTADO E A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS: BALANÇO DOS AVANÇOS E DESAFIOS.....	22
2.3	PERSPECTIVAS DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO.....	35
3	JUSTIFICATIVA.....	37
4	OBJETIVOS.....	38
5	MÉTODO.....	39
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	39
5.2	ETAPAS DO ESTUDO.....	39
5.2.1	Etapa 1: Elaboração do Modelo lógico e da Matriz de Avaliação.....	39
5.2.2	Etapa 2: Conferência de Consenso.....	42
5.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
6	RESULTADOS.....	45
6.1	O MODELO LÓGICO E A MATRIZ DE MEDIDAS.....	45
6.2	CONSENSOS SOBRE A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS.....	52
7	DISCUSSÃO.....	57
7.1	NÍVEL DE ANÁLISE: GOVERNO.....	57
7.2	NÍVEL DE ANÁLISE: GESTÃO.....	63
7.3	NÍVEL DE ANÁLISE: ASSISTÊNCIA.....	71
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE A - Definição das dimensões, subdimensões e critérios de análise da matriz de avaliação (versão final)	85
APÊNDICE B - Matriz de Avaliação da regionalização da assistência à saúde (versão inicial)	94

1 INTRODUÇÃO

A estratégia de descentralização da saúde adotada na primeira década de implantação do SUS proporcionou inúmeros avanços com a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios. Todavia, permanecem, na atualidade, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços do SUS. Isso se deve, em grande parte, ao fato de que muitos dos problemas em saúde extrapolam os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, requerendo a consolidação de sistemas regionais de saúde (MENDES, 2001b; PEREIRA, 2009; SOUZA, 2001).

Apesar de incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS, os conceitos de descentralização e regionalização não operaram, necessariamente, em sentidos convergentes ao longo do tempo. Tratadas de forma antagônica ou tomando-se a regionalização como um instrumento da descentralização, a tensão entre ambas as diretrizes foi acentuada (PEREIRA, 2009). De um lado, o processo de descentralização enfocou os milhares de municípios existentes, o que na definição de Lucchese (1996) provocou a atomização de sistemas municipais de saúde, ou a municipalização autárquica, na concepção de Mendes (2001a), conduzindo a um modelo de assistência municipalista, no qual a atenção médica é expandida sem nenhuma articulação regional. De outro, a regionalização, mais tardiamente, veio agregar maior responsabilidade das instâncias estaduais, cujo papel esteve negligenciado ou insuficientemente definido pelo arcabouço do SUS até o início da década de 2000. É nesse momento que a regionalização ganha força no debate setorial, institucionalizando-se enquanto política capaz de reverter o municipalismo radical em curso (SOUZA, 2001).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas SUS 01/02), enquanto primeiro instrumento normativo que buscou regulamentar a regionalização da saúde, evidenciou a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde na sua função de assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas

(SOUZA, 2001). Esta norma estabeleceu as diretrizes operacionais que impulsionaram o processo de regionalização no país, preconizando o município como o responsável, no mínimo, pelo oferecimento da atenção básica aos seus munícipes e que para as demais ações de média e alta complexidade fossem instalados sistemas microrregionais e regionais de saúde (BRASIL. S. A. S., 2002b). Estes, em conjunto com a atenção básica conformam, segundo a Noas, a rede assistencial para atenção integral à saúde da população.

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

Contudo, conforme destacam Hartz e Contandriopoulos (2004), o retrato ideal de um “sistema sem muros”, regionalizado, integral e resolutivo, capaz de eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil operacionalização, demandando por estudos de avaliação que possam contribuir para sua efetiva implantação. Nesse sentido, a elaboração de uma imagem-objetivo, para esses autores, impõe-se como etapa indispensável à avaliação do sistema em pauta.

Essa imagem-objetivo, ao retratar o modelo ideal de sistema de saúde que se almeja, permite explicitar a racionalidade subjacente da intervenção a ser avaliada, o problema, a população-alvo e os atributos necessários e suficientes para produzirem isolada ou integradamente os efeitos esperados (MEDINA et al., 2005).

Nesse sentido, considerando as lacunas existentes quanto ao conhecimento da implantação dos processos de regionalização em curso no Brasil, o desenvolvimento de estratégias avaliativas que ampliem as chances de comparabilidade entre os estudos se mostra uma questão fundamental para a investigação científica sobre o tema. Daí a

iniciativa de sistematização de um modelo lógico para a regionalização na esfera estadual de gestão, que submetido ao consenso entre especialistas, possa servir de referência para futuros estudos avaliativos, na medida em que traduz o que se espera alcançar com a regionalização da saúde e explicita os aspectos operacionais e essenciais implicados na sua operacionalização.

2 O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL E A REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO SUS

2.1 A REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A reorganização das práticas de atenção à saúde no Brasil, a partir das diretrizes aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, vem se constituindo em um processo complexo, com múltiplas dimensões de atuação e atores. Dentre as diretrizes estabelecidas, a que foi implementada de forma mais consistente, sem dúvida, foi a descentralização da gestão da saúde, que inegavelmente levou a democratização do setor, maior participação social, ampliação do acesso aos serviços de saúde devido à expansão da cobertura assistencial, impacto positivo sobre os indicadores e maior efetividade do modelo de atenção (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2005).

A década de 90 foi o palco da edição de três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96), no sentido de aperfeiçoar o processo de institucionalização do SUS, com forte ênfase na descentralização.

Essas três NOB apresentam, segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), diferenças importantes quanto ao contexto em que foram formuladas, especialmente no tocante à intensidade do processo de negociação entre gestores para sua elaboração, conteúdo normativo, grau de implementação, resultados para o processo de descentralização da saúde e relação intergestores.

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

A despeito disso, os “convênios de municipalização” instituíram o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde e contribuíram

fortemente para disseminar a criação de Fundos e Conselhos Municipais de Saúde, ambos requisitos para o repasse de recursos financeiros. Ao final de 1992, cerca de 2.000 municípios haviam aderido aos convênios (SIQUEIRA et al., 2002).

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

O expressivo envolvimento dos municípios no direcionamento da política de saúde e todas as críticas e dificuldades geradas pelo processo de descentralização em curso, foram foco das discussões da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992, cujo diagnóstico traçado evidenciou a incipiência da municipalização tanto em relação aos mecanismos de transferência de recursos quanto à capacidade gestora. A partir daí foi criado o Grupo Especial de Descentralização (GED), constituído por órgãos do Ministério da Saúde e representantes de colegiados gestores, que com base nas recomendações da Conferência produziu o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” onde foram sistematizadas as principais discussões (BRASIL. M.S., 1993).

A NOB SUS 01/93 constitui a tradução operacional da última versão desse documento, que através de um processo amplo e participativo desencadeado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi debatido por cerca de seis meses no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite (CIT)¹, além de envolver representantes de entidade

¹ A Comissão Intergestora Tripartite (CIT), criada pela Portaria 1.180 de 1991, é o colegiado de gestão formado por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems.

popular, sindical e instituições públicas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; LUCCHESI, 1996).

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

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

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

Segundo essa NOB, foram apresentadas aos gestores municipais três possíveis formas de gestão da saúde: incipiente, parcial e semiplena. A gestão semiplena correspondia à forma mais avançada de descentralização, atribuindo ao nível municipal o controle total da gestão, incluindo a definição de políticas, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação de todas as ações. Na forma incipiente de gestão, cabia ao gestor municipal a programação e autorização das internações hospitalares (AIH) e procedimentos ambulatoriais; e o controle e avaliação dos serviços públicos e privados, além das ações básicas em saúde. Na forma parcial de gestão, além dessas atribuições o gestor passava a assumir a gerência das unidades ambulatoriais públicas (HEIMANN, 2000).

No que diz respeito às relações intergovernamentais, a NOB SUS 01/93 foi especialmente importante pela institucionalização de um novo espaço de pactuação que visava fortalecer o processo de descentralização do SUS em âmbito estadual: a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), composta pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e representantes do Estado (SIQUEIRA et al., 2002).

Embora pensada inicialmente como uma estrutura provisória num período de transição, até que estados e municípios atingissem a condição de plena descentralização do sistema de saúde, a CIB ganhou força como instância deliberativa para habilitação municipal, aprovação de critérios de distribuição de recursos federais entre os municípios, decisões de investimento e estruturação da rede de serviços. Submetia-se à negociação “bigestora” decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto dos serviços de saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001), configurando um espaço em potencial para tornar o sistema de saúde funcional.

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

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

O próprio MS verificou, em estudos realizados em 1995, significativas variações no processo de descentralização do sistema de saúde nos diversos estados brasileiros. A partir disto, Lucchese (1996) criou uma tipologia dos graus de gestão alcançados, explicitados na relação entre os gestores das distintas esferas de governo descrita a seguir:

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

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

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

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

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

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

A partir disso, o MS edita a NOB SUS 01/96, cujo processo de negociação e elaboração nos fóruns do CNS e da CIT, durou cerca de 12 meses e envolveu vários segmentos da sociedade. Esta NOB estabeleceu que o município deveria ser encarado como um subsistema, o sistema municipal de saúde, com a responsabilidade de oferecer a totalidade das ações e serviços de saúde, embora não necessariamente nos limites do seu território (BRASIL. M. S., 1996).

Para isso reconfigurou as ações municipais em duas modalidades de gestão: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, incorporando novas responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão municipal da saúde, especialmente no tocante ao financiamento da atenção básica (com aumento da transferência regular e automática fundo a fundo) e reorganização do modelo de atenção à saúde, com incentivos financeiros à adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

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

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

A PPI ganhou o papel de instrumento essencial à reorganização do modelo de atenção do SUS, devendo traduzir as responsabilidades, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros para garantia do acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, numa relação gestor-gestor. Nesse momento, as CIB e as CIT são definidas como os espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores (BRASIL. S. A. S., 2001).

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

Conforme descreve Goulart (2001, p. 293), “um jeito NOB de fazer o SUS” ou de “esculpi-lo a golpes de portaria” define a forma como se deu o processo de implementação do SUS na década de 90.

Ainda segundo o autor, as três NOB, mesmo sendo justificáveis do ponto de vista dos contextos históricos que as geraram e lhes deram suporte, se tornaram progressivamente instrumentos densos e complexos, de difícil operacionalização pelos gestores e conferiram certo grau de engessamento das práticas. Por outro lado, a

substituição deste instrumento em três ocasiões mostra, ao menos, que não existiu qualquer tendência à cristalização dos erros e obstáculos, mas sim uma tendência ao aperfeiçoamento do sistema. Contudo, deve-se ter claro que não é suficiente apenas dispor de “boas normas”, estas precisam ser pautadas em processos de divulgação, persuasão e de construção permanente de consensos (GOULART, 2001, p. 297).

Percebe-se assim, que de uma maneira geral, a operacionalização do SUS esteve até então, conduzida por processos normativos de reduzido consenso e fortemente voltados para a municipalização, enquanto tradução operacional da descentralização da gestão da saúde. Sem dúvida, a avaliação da descentralização do SUS permite destacar muitos aspectos positivos como a democratização do setor, maior participação social, ampliação do acesso aos serviços de saúde devido à expansão da cobertura assistencial, impacto positivo sobre os indicadores de saúde e maior efetividade do modelo de atenção, maior eficiência alocativa, inovação e adaptação às condições locais (MENDES, 2001b; PESTANA; MENDES, 2004; SILVA; DOBASHI, 2006).

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

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

Pode-se deduzir que a ausência do papel articulador do estado e da função de coordenação regional propiciou, ao menos em parte, as condições para a expansão de

consórcios intermunicipais de saúde (CIS), que adquiriram uma dimensão nacional a partir da segunda metade dos anos 1990. Embora os CIS não sejam concebidos como uma releitura crítica da municipalização do SUS, eles foram estimulados por ela, já que considerados como alternativas de “baixo para cima”, se consolidaram no vácuo deixado pela fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, inaugurando mais um subsistema público de serviços de saúde, fora das normas do SUS (PESTANA; MENDES, 2004).

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

Em 2000, o Brasil já contava com 1.607 municípios consorciados, o que representava cerca de 29% do total de municípios e cobertura de 15% da população total (ARAÚJO; MACHADO; CARVALHO, 2004), sendo a maioria dos CIS firmados para a oferta de atendimento ambulatorial especializado (NICOLETTO; CORDONI JR.; COSTA, 2005).

Se é certo que os CIS constituem uma solução pragmática ao problema da deficiência da atenção secundária à saúde, também é certo que sua implementação tem se dado através de uma lógica eminentemente política, podendo vir a se transformar em mercados para a venda de serviços (PESTANA; MENDES, 2004). Além disso, constituem estruturas vulneráveis às mudanças de governo, visto que possíveis rivalidades político-partidárias conduzem a dificuldades na sustentabilidade política destes (ARAÚJO; MACHADO; CARVALHO, 2004).

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

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

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

A regionalização passou então a se destacar no debate setorial ao final da década de 90, no contexto de análise dos avanços e limitações da descentralização. Estados como Ceará, Mato Grosso e Paraná foram pioneiros nesse processo, e contribuíram para a criação de modelos inovadores, que forneceram importantes subsídios para a formulação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Publicada em janeiro de 2001, a Noas explicitou em seu texto, mecanismos para a reversão do “municipalismo” radical em curso e retomou o fortalecimento do papel da esfera estadual como instrumento eficaz contra os desequilíbrios intermunicipais (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

2.2 O ESTADO E A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS: BALANÇO DOS AVANÇOS E DESAFIOS

Conforme destacado anteriormente, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde. Assim, a

edição da Noas SUS 01/01 baseou-se no reconhecimento da regionalização em saúde como passo fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção.

Para isso estabeleceu como objetivo geral: “Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”, definindo a regionalização como macroestratégia de reorganização assistencial (BRASIL. S. A. S., 2001), na seguinte perspectiva:

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

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

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

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

Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, coincidente ou não com a divisão administrativa do estado, definida de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde adotada pelo estado e considerando características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas e da oferta de serviços e das relações entre municípios. A depender do modelo de regionalização adotado, um estado poderia se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Estas, por sua vez, poderiam compreender um ou mais módulos assistenciais.

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

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

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

Município-pólo – município com papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, devendo ser a menor base territorial de

planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde.

Verifica-se assim que o conceito de região de saúde adotado na Noas SUS 01/01 é bastante amplo, uma vez que esta definição deveria ser feita no âmbito de cada Unidade Federativa, de acordo com as suas características (demográficas, epidemiológicas, entre outras), as prioridades de atenção identificadas e o modelo de regionalização adotado. Algumas UF poderiam apresentar macro e microrregiões de saúde; outras apenas regiões de saúde, ou regiões e microrregiões. Já o conceito de módulo assistencial estava mais fortemente atrelado à organização da assistência, visto que correspondia a um nível mínimo de resolutividade da atenção (BRASIL. S. A. S., 2001).

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

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

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

Na prática, embora muitos estados tenham formalmente conduzido processos de PPI, o próprio Ministério da Saúde reconheceu que sua implementação foi efetiva em

poucos casos, dificultando a integração intermunicipal. As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das SES aumentaram o risco de atomização dos sistemas municipais e de conseqüências indesejáveis, como a incorporação tecnológica irracional e implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios (BRASIL. S. A. S., 2001).

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

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

Ainda assim, a Noas não conseguiu induzir a efetivação dos espaços microrregionais de forma a torná-los resolutivos, pois acabou por se restringir ao desenho operacional da regionalização (especialização), sendo deficiente quanto aos fundamentos técnicos da construção e operação de redes assistenciais articuladas territorialmente. Além disso, apresentava foco na gestão da oferta com uma concepção

fortemente hierárquica de sistema, burocratização excessiva e responsabilização difusa (PESTANA; MENDES, 2004). Uma outra crítica frequente à Noas diz respeito aos limites da sua integralidade, concebida enquanto “integralidade da assistência à saúde”, na perspectiva do cuidado médico, individual e curativo, o que acaba por reduzir a regionalização a um processo de racionalização da oferta de serviços (TEIXEIRA, 2002).

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

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

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

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – tem buscado possibilitar a efetivação de acordos

entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes. Ele promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL. M. S., 2006).

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

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

Para qualificar o processo de regionalização, o Pacto de Gestão estabeleceu ainda que todos os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional, sem comprometimento das demais instâncias de pactuação (BRASIL. M. S., 2006). Estabeleceu também as responsabilidades de cada esfera de gestão em todas as áreas de atuação do SUS.

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

indicadores de monitoramento. O quadro 1 apresenta algumas das responsabilidades definidas para cada instância gestora no tocante à regionalização elencadas pelo Pacto de Gestão.

Quadro 1 – Responsabilidades das esferas de gestão no tocante à regionalização, segundo o Pacto pela Saúde.

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

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL. M.S., 2006).

Observa-se que o Pacto de Gestão no SUS tem o propósito claro de promover a institucionalização de um novo paradigma de gestão da saúde. Este novo paradigma visa estabelecer no espaço microrregional, uma cooperação orgânica das secretarias municipais de saúde entre si e com a secretaria estadual de saúde, criando um sistema de cooperação gerenciada, expresso na existência de um Colegiado Gestor e sustentado por um sistema de programação pactuada e integrada.

Para Mendes (2001b), são muitas as razões que justificam a instituição de sistemas microrregionais de saúde, entre as quais o autor destaca: a possibilidade de uma cooperação mais próxima e mais concreta entre municípios e estado; a transição de uma regionalização político-administrativa para uma regionalização funcional-assistencial; a viabilidade de um sistema de planejamento mais racional e participativo e com maior visão da singularidade microrregional; a transformação da programação pactuada e integrada num instrumento de gestão cotidiana; o ajuste da oferta de serviços de saúde, seja pela eliminação da sobreoferta, seja redução da suboferta; a diminuição da demanda por serviços localizados nos pólos, especialmente nas regiões metropolitanas; a consciência de pertencimento e de endogenia microrregional; o fortalecimento do papel regulatório das secretarias estaduais de saúde. Segundo o autor, isso permite substituir “uma atitude de cada um por si, por outra, de todos por todos” (MENDES, 2001b, p. 46).

Considerando tais questões, a regionalização será aqui entendida no contexto do novo paradigma de descentralização do SUS, o da regionalização cooperativa, que de acordo com Pestana e Mendes (2004), assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal e o componente gerencial explicita-se em mecanismos de planejamento, controle e avaliação compartilhados de redes microrregionais de atenção à saúde, cujo objetivo fundamental é garantir o acesso pronto dos usuários a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível.

A regionalização cooperativa supera uma visão restrita de recorte territorial e da imposição de uma autoridade sanitária regional para apresentar-se como um processo de mudança das práticas sanitárias do SUS, o que implica considerar suas dimensões política, ideológica e técnica. Dimensão política, dado que busca a transformação do

SUS, atuando num espaço regional e numa situação de poder compartilhado onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais. Dimensão ideológica, uma vez que se estrutura na lógica das necessidades e demandas da população, implantando um modelo de atenção com nítido caráter de mudança cultural. E a dimensão técnica pela exigência de utilização e produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com o projeto político e ideológico que a referencia (PESTANA; MENDES, 2004).

Considera-se ainda que, pela diversidade brasileira, não é possível conceber um único modelo para a regionalização da saúde no país. Assim, o processo de regionalização em voga exprime-se pela necessidade de lidar de forma coerente e mais efetiva com as diversidades locorregionais existentes (VIANA et al., 2008).

Para Mendes e Pestana não existe experiência internacional similar ao paradigma da regionalização cooperativa e é por isso que ele deve ser construído de forma singular no Brasil.

Em resumo, a análise ampliada do processo de implantação do SUS aqui realizada permite afirmar que as portarias editadas ao longo dos anos 1990 e 2000 buscaram consolidá-lo, enfrentando os desafios reconhecidos no seu período de formulação. O quadro 2 apresenta um resumo acerca desse processo, sintetizando algumas das principais características dos instrumentos normativos, permitindo compará-los quanto aos aspectos de racionalidade sistêmica, modelo de financiamento, papel dos gestores e processo de negociação.

Observa-se, então, que o papel do gestor estadual foi sendo incorporado de forma gradativa na medida em que a regionalização ganha destaque na política nacional de saúde, exigindo a participação mais efetiva dos estados na gestão do sistema de saúde. Cabe destacar, contudo, que permanecem inúmeros desafios para a atuação dos estados na regionalização da assistência à saúde no SUS. A implementação do Pacto pela Saúde e suas inovações constituem um processo ainda em curso e em constante aperfeiçoamento em todo o território nacional, o que implica, mesmo para as regiões mais avançadas nos seus processos de regionalização, em desafios a serem superados no sentido de concretizar sistemas regionais de saúde resolutivos, integrados e equânimes.

Quadro 2 – Evolução da implantação do SUS segundo os instrumentos normativos.

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

Fonte: Adaptado de Pereira e Quito (2004).

Para alguns autores, a singularidade da descentralização política brasileira adotada no pós-regime militar, consolidada pela Constituição Federal de 1988, introduz elementos críticos que exercem influência sobre a atuação da esfera estadual (ARRETCHE, 2004; PEREIRA, 2009; PESTANA; MENDES, 2004; ROCHA; FARIA, 2004).

Para Pereira (2009), um desses elementos é o fortalecimento dos municípios no cenário político nacional, já que foram constituídos entes federativos com o mesmo status jurídico-constitucional que a União e os estados, assumindo responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos.

Como consequência desse tipo de descentralização política, observou-se a proliferação de centenas de novos municípios no Brasil, especialmente dos de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes (PESTANA; MENDES, 2004). Por isso, os estados precisam lidar com a multipolarização de centros de poder no seu território, ou seja, multiplicidade de interesses divergentes e dificuldades para a governabilidade de projetos comuns. Isso porque cada ente defende a manutenção do seu status e não quer abandonar seus interesses particulares e a defesa de seu poder, tornando os processos decisórios conflituosos e de difícil consenso, o que pode fazer surgir políticas e programas sobre áreas coincidentes (PEREIRA, 2009).

Nesse sentido, Arretche (2004) destaca como um desafio a separação mais clara de papéis entre os entes no âmbito das políticas sociais, o que pressupõe estabelecer limites à atuação desses entes, que vai depender da sua disposição para o exercício da cooperação e responsabilidade em cumprir com as suas funções. Contudo, o princípio organizativo de federação descarta a imposição de atribuições e se baseia tão somente nas negociações e barganhas políticas. Assim, para a autora, não há como obrigar um ente a ser cooperativo ou responsável, mas há como se estabelecer mecanismos de indução por meio de incentivos financeiros ou outras condições especiais.

Por outro lado, sabe-se também que grande parcela dos municípios brasileiros depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não possuem arrecadação própria significativa e nem capacidade de aumentar seu grau de independência política e financeira (PEREIRA, 2009). Tais dilemas federativos

conformam um cenário complexo para o desenvolvimento de relações cooperativas entre as esferas de governo, em especial entre estados e municípios.

A cooperação surge da existência de interesses e de problemas comuns, que na percepção dos envolvidos, possam ser melhor equacionados de forma conjunta. Nesse sentido, uma dimensão relevante são as regras eleitorais e as que definem o funcionamento dos partidos políticos, pois podem resultar em maior ou menor possibilidade de articulação entre os atores políticos. A existência de tradição de interação e diálogo entre os municípios, a homogeneidade das culturas políticas e administrativas, bem como a existência de simetria no tocante às variáveis tamanho, poder político e recursos materiais, podem aumentar as chances de cooperação, reduzindo os temores quanto a uma distribuição desproporcional dos custos e benefícios (ROCHA; FARIA, 2004). No Brasil, ainda prevalecem os mecanismos que potencializam a competição entre os entes.

Nesse contexto, o sucesso da condução da regionalização pelo nível estadual, está relacionado para Pereira (2009) com a implementação dos seguintes esforços: no âmbito das secretarias estaduais de saúde, por meio de investimentos em recursos humanos e tecnológicos visando o fortalecimento da capacidade institucional no tocante às suas funções; no âmbito do Ministério da Saúde, por meio de cooperação técnica e financeira com os estados visando dotá-los de capacidade para a condução de seus projetos de regionalização; da habilidade de negociação dos gestores estaduais visando contornar impasses e interesses divergentes e da vontade política dos governantes em investir recursos na saúde e em assumir suas funções.

Contudo, para Pereira (2009), o desafio maior reside na disposição do gestor estadual em assumir a condução desse processo, já que nada ou pouco pode ser feito se a esfera estadual não tomar para si a responsabilidade em coordenar e mediar a regionalização da saúde.

2.3 PERSPECTIVAS DE AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO

O atual momento de implementação do SUS coloca novas demandas que passaram a exigir novas tecnologias e metodologias de gestão, integradoras e participativas, a construção de redes de serviços integrados, a qualificação dos serviços e satisfação dos usuários, humanização das relações entre profissionais e usuários, a integralidade da atenção e do cuidado, a formação e a educação permanente, a co-gestão entre estados e municípios para gerenciamento da programação pactuada e das centrais de regulação do acesso, um processo de avaliação permanente de serviços e sistemas de saúde. Nesse novo contexto cresce as exigências sobre a gestão estadual, e com estas a necessidade cada vez maior de avaliá-la de forma estrutural.

Com base nas crescentes demandas sobre as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), o Conass vem desenvolvendo desde 2003 um projeto de fortalecimento da Gestão Estadual denominado Progestores, através do qual vem implementando novas práticas e tecnologias avaliativas. Como metodologia adotou as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp), de iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que consiste em mecanismos de fortalecimento das funções essenciais que competem ao Estado e na construção de instrumentos de avaliação da gestão, através de categorias operacionais, originalmente criadas para avaliar os processos de transformação do setor saúde nos países das Américas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

As Fesp reformuladas e adequadas ao contexto SUS, foram aplicadas de forma participativa com as gestões de cinco SES. De um lado, os resultados apontaram avaliação positiva quanto aos processos de planejamento e coordenação da regionalização e descentralização da saúde. Por outro lado, observaram-se deficiências quanto à promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços, quanto à administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos e quanto à promoção e garantia da qualidade dos serviços (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Apesar de iniciativas como a do Conass, ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de promover a institucionalização da avaliação nas gestões. O Ministério da

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

Para Freese, Sampaio e Cesse (2005), o monitoramento e a avaliação despontam como uma necessidade fundamental do sistema de saúde, no sentido de contribuir para melhorar a sua organização, a qualidade e favorecer a tomada de decisão pelos gestores para implementação de novas propostas, a fim de superar as lacunas existentes.

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

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

Nesse sentido, enquanto julgamento de valor, a avaliação é de suma importância para a tomada de decisões e o planejamento das ações em organizações, programas e projetos, a fim de se desenvolver atividades compatíveis com a realidade e que garantam a qualidade dos serviços (CONTANDRIOPOULOS, 1997; HARTZ; POUVOURVILLE, 1998). Pode-se então conceber que os resultados de uma avaliação não se traduzam automaticamente em uma decisão, mas deles se espera contribuir com informações para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Portanto, é no contexto de desenvolvimento de ferramentas de avaliação que se insere esse estudo, propondo um modelo consensuado de medidas para avaliar o papel do gestor estadual na implantação dos processos de regionalização em curso no país.

3 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista:

- a) A relevância do processo de regionalização da assistência à saúde para a consolidação do SUS;
- b) A complexidade organizacional e gerencial do processo de regionalização da assistência à saúde e o seu atual estágio de implantação;
- c) A necessidade de ampliação do conhecimento dos mecanismos implicados na sua operacionalização, sob a competência do gestor estadual da saúde, de forma a contribuir com seu aperfeiçoamento;
- d) A prioridade do tema na agenda pública da gestão em saúde.

Este estudo torna-se relevante, pois:

- a) Identificará consensos acerca do modelo de regionalização no SUS e do papel do gestor estadual;
- b) Permitirá o aprofundamento de alguns dos aspectos fundamentais à implantação das políticas estaduais de regionalização;
- c) Contribuirá com o desenvolvimento de estudos avaliativos acerca dos processos de regionalização e com a reorganização das práticas de gestão.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar os consensos acerca do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde, que sirva de referência para o desenvolvimento de processos avaliativos e aperfeiçoamento das práticas de gestão no SUS.

4.2 ESPECÍFICOS

- a) Sistematizar um modelo lógico da regionalização da assistência à saúde no SUS, identificando as dimensões e os critérios para avaliação do papel do gestor estadual;
- b) Identificar os consensos acerca do papel do gestor estadual na condução da política de regionalização da assistência à saúde no SUS.

5 MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, compreendendo a elaboração de um modelo lógico e de uma matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde.

5.2 ETAPAS DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira referente à sistematização do modelo lógico da regionalização da assistência à saúde e da matriz de avaliação correspondente, e a segunda etapa referente ao estabelecimento do consenso entre especialistas, descritas a seguir.

5.2.1 Etapa 1: Elaboração do Modelo lógico e da Matriz de Avaliação

O modelo lógico da regionalização foi sistematizado a fim de demonstrar a teoria subjacente à regionalização da assistência à saúde e os mecanismos implicados na sua operacionalização. Ele visa explicitar a compreensão de como os processos se articulam para a construção dos resultados da regionalização da saúde.

A matriz de avaliação, formulada enquanto um desmembramento do modelo lógico, apresenta as dimensões e critérios de avaliação da regionalização da assistência à saúde atribuídas ao gestor estadual. Consiste em um instrumento de medida que poderá ser utilizado para o desenvolvimento de estudos avaliativos acerca de sua implantação nas esferas estaduais de gestão do SUS.

Os critérios de análise da regionalização aqui apresentados estão apoiados nas definições e categorias operacionais adotadas em estudos anteriores que trataram sobre o tema (Quadro 3), bem como no arcabouço legal e normativo que regula a assistência e a regionalização da saúde no SUS (Quadro 4).

Quadro 3 – Estudos de referência para a sistematização do modelo lógico e da matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual do SUS.

Autores	Estudo
Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007)	Analisa 11 Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) para a Gestão Estadual do SUS, identificando os pontos fortes e os pontos críticos do desempenho de cinco secretarias estaduais de saúde no Brasil e propondo as Fesp como instrumento de auto-avaliação para gestões estaduais.
Hartz e Contandriopoulos (2004)	O estudo parte do pressuposto de que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e sistemas de saúde, estruturados como redes assistenciais interorganizacionais que articulam dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização.
Magalhães Jr. (2006)	Propõe uma matriz de indicadores e analisadores do que denominou de indícios de integralidade, partindo de uma compreensão de integralidade que se compõe das seguintes dimensões: suficiência de recursos assistenciais, articulação e integração em redes, regulação assistencial, atendimento às necessidades dos usuários e impacto no quadro de saúde da população.
Mattos (2004)	Destaca três perspectivas principais quanto aos sentidos que podem ser assumidos pelo termo integralidade. A integralidade no sentido vertical, que se expressa na busca pelo olhar integral sobre o usuário em todas as suas necessidades. A integralidade em sentido horizontal, que se refere a possibilidade plena de acesso a todos os serviços e recursos necessários ao atendimento resolutivo das demandas de saúde. E a integralidade construída a partir da interação entre as diversas políticas públicas, assumindo o sentido da intersectorialidade que tem como pano de fundo uma concepção ampliada de saúde.
Ouverney (2005)	Analisa a estratégia de regionalização do SUS contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas, no que se refere à sua capacidade de construção de mecanismos e processos de interdependência municipal. Utiliza como referencial teórico um conjunto selecionado de pressupostos reunidos a partir dos estudos sobre a estruturação e gestão de redes no âmbito da literatura internacional de administração pública nos anos 90.
Pereira (2009)	Analisa o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do SUS em Minas Gerais sob a perspectiva dos dilemas relativos ao federalismo brasileiro. Adota quatro macrofunções do Estado na regionalização do SUS: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços.
Pestana e Mendes (2004)	Descreve o paradigma da regionalização cooperativa, seus fundamentos, a dinâmica da construção das redes de atenção à saúde, os princípios e os critérios para construção da regionalização da atenção à saúde.
Sóter (2009)	Investiga o papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS por meio do conjunto de funções estratégicas de gestão atribuídas aos estados (FEGES) tomando para análise o estudo de caso Pernambuco. Adota oito macrofunções para a esfera estadual na gestão do SUS: fortalecimento da municipalização, promoção da equidade, formulação e avaliação de políticas de saúde, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, gestão e gerência de serviços e ações de saúde, regulação, negociação e coordenação, coordenação e execução de ações de vigilância em saúde.
Souza, Silva e Hartz (2005)	Propuseram a técnica denominada Conferência de Consenso para discutir a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. Nessa imagem-objetivo a descentralização se estrutura a partir de 4 níveis de análise: contexto político, gestão do sistema, práticas assistenciais e efetividade das práticas.
Viacava et al. (2004)	Propõe um modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde e uma matriz de dimensões de avaliação acerca desse desempenho que considera as seguintes dimensões: determinantes da saúde, condições de saúde da população, estrutura do sistema de saúde e desempenho do sistema propriamente dito.

Fonte: Autora.

Quadro 4 – Referencial normativo do SUS utilizado na sistematização do modelo lógico e da matriz de avaliação da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual.

DOCUMENTOS	
Leis	Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
	Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Decreto	Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
Portarias	Portaria GM/MS, n. 2.203, de 06 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS – NOB 96. Redefine o modelo de gestão para o processo de consolidação do SUS.
	Portaria GM/MS, n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
	Portaria GM/MS, n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2002. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, entre outros.
	Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.
	Portaria MS/GM n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
	Portaria GM/MS n. 598, de 23 de março de 2006. Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.
	Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
	Portaria GM/MS n. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.
	Portaria GM/MS n. 2.923, de 09 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.
	Portaria GM/MS n. 479, de 14 de abril de 1999. Altera os mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência.
	Portaria MS n. 2.048 de 05 de novembro de 2002. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, entre outros.
	Portaria MS/GM n. 635, de 10 de novembro de 2005. Publica o Regulamento Técnico para a implantação e a operacionalização do Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos no SUS.
	Portaria MS/GM n. 1.721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.
	Portaria MS/GM n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Portaria MS/GM n. 2.048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do SUS.	
Resoluções	Resolução RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro 2002. Regulamento para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde.
	Resolução RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.
Manuais Técnicos	Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. 3ª Edição, 2002.
	Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Edição 2004/2005.
	Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. 1ª Edição, 2006.

Fonte: Autora.

5.2.2 Etapa 2: Conferência de Consenso

A matriz de avaliação foi submetida a um consenso entre especialistas, através da técnica denominada Conferência de Consenso. Esta técnica proposta por Souza, Silva e Hartz (2005), foi escolhida por conciliar tanto a discussão entre os especialistas convidados quanto a preservação do anonimato.

A Conferência de Consenso ocorreu entre agosto e outubro de 2009. Foram convidados 15 especialistas, entre gestores e técnicos municipais, estaduais e do nível federal (8), pesquisadores (4) e especialistas em avaliação (3). Estes foram selecionados a partir da sua inserção nas áreas de gestão e planejamento, regulação da assistência, descentralização e regionalização em saúde e pela produção científica sobre o tema em questão.

A Conferência foi organizada em três etapas. Na primeira, cada especialista procedeu a uma análise individual das dimensões e critérios definidos na matriz de avaliação, encaminhada via correio eletrônico, atribuindo, numa escala de 0 a 10, o grau de importância de cada critério para a avaliação da gestão estadual no tocante à regionalização. Todos os especialistas convidados encaminharam sua avaliação da matriz.

Na etapa seguinte foi realizada uma oficina com os especialistas, a qual possibilitou a discussão acerca das dimensões e critérios definidos, com o objetivo de promover a troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente em torno dos pontos de maior divergência apresentados como resultado da etapa anterior. A discussão foi direcionada no sentido de julgar a pertinência e suficiência dos critérios e dimensões de avaliação da regionalização enquanto atribuições da esfera estadual de gestão. Nesta etapa, compareceram 9 especialistas, dos quais 8 haviam participado do primeiro momento.

A terceira e última etapa consistiu em uma nova análise individual da matriz, que foi reformulada pelo debate, nos moldes da primeira etapa. Dos 9 especialistas, 8 encaminharam suas reavaliações da matriz. Nessas etapas, os especialistas receberam uma planilha complementar contendo a definição de cada uma das dimensões,

subdimensões e critérios de avaliação, de forma a garantir maior homogeneidade na interpretação dos elementos presentes na matriz (Apêndice A).

Para o estabelecimento do consenso foram estabelecidos pontos de corte a partir da média da pontuação conferida pelos especialistas aos critérios de avaliação, o que estabeleceu o consenso ou o dissenso destes. Para todos os critérios da matriz foram calculados a média e o desvio-padrão. A média proporcionou mensurar o grau de importância do critério, enquanto o desvio-padrão permitiu estimar o grau de consenso. O ponto de corte para a média foi fixado em 7 e o ponto de corte para o desvio-padrão fixado em 3.

Com base nisso, os componentes foram enquadrados em quatro grupos, seguindo a classificação proposta por Souza, Silva e Hartz (2005) da seguinte forma:

- a) Consensualmente importantes: componentes com desvio-padrão inferior a três, indicando grau de consenso elevado e média igual ou superior a sete, indicando grau de importância elevado;
- b) Consensualmente pouco importantes: componentes com desvio-padrão inferior a três, contudo com grau de importância inferior a sete;
- c) Importantes com dissenso: Componentes com média superior ou igual a sete e desvio-padrão maior ou igual a três, indicando que prevaleceu a discordância entre os especialistas;
- d) Pouco importantes com dissenso: Componentes com média inferior a sete e desvio-padrão superior ou igual a três.

Os critérios importantes e consensuais foram aqueles entendidos como essenciais enquanto atribuições da gestão estadual no que concerne à regionalização da assistência à saúde e que por isso devem integrar sua matriz de avaliação.

5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo integra o projeto *Avaliação das ações de regionalização da assistência à saúde: desafios à integralidade da atenção no SUS*, financiado pelo CNPq por meio do **Edital Universal 14/ 2008**, que se encontra em desenvolvimento no estado de Pernambuco. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães em respeito aos pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução 196 (CONEP/MS), obtendo sua aprovação em abril de 2008.

6 RESULTADOS

6.1 O MODELO LÓGICO E A MATRIZ DE AVALIAÇÃO

No modelo apresentado neste estudo, a regionalização está estruturada do ponto de vista de três níveis de análise: governo, gestão e assistência. De forma esquemática estão apresentados, para cada nível de análise, os aspectos considerados essenciais enquanto atribuições do gestor estadual do SUS para a regionalização da saúde, evidenciando-se a interdependência entre os processos e os fatores contextuais na produção dos resultados e impactos almejados (Figura 1).

O nível de análise governo é composto pelos aspectos de caráter mais político, entendidos como fundamentais para o desenvolvimento de um modelo estadual de regionalização pautado na promoção da equidade e na complementaridade dos sistemas municipais de saúde. O nível gestão explora as funções gerenciais relativas à organização do acesso e continuidade da assistência nos espaços regionais, bem como da participação e controle social. O nível assistência incorpora os aspectos técnicos e de estrutura relacionados com a qualidade da assistência.

Com base na literatura e normas vigentes, identifica-se que a organização dos municípios em regiões de saúde requer um projeto estadual de regionalização que agregue critérios consistentes para a territorialização, mecanismos sólidos de gestão compartilhada e de fortalecimento institucional, e dotado de recursos suficientes utilizados de forma eficiente e equitativa.

Esses processos servem de suporte para a garantia do acesso e continuidade do sistema de saúde, por meio da organização de redes integrais de assistência à saúde, da instituição de práticas de planejamento e regulação em âmbito regional, da adoção de novas tecnologias e ferramentas de gestão, do desenvolvimento de uma política de recursos humanos integrada e da participação social na definição da política regional de saúde. Tais processos, por sua vez, irão guiar a qualidade da assistência tanto do ponto de vista técnico quanto de estrutura, orientando também os processos de educação permanente.

Em conjunto, os processos destacados têm o potencial de dotar a esfera estadual de maior capacidade técnica e política em implantar um modelo de regionalização orientado para a redução das desigualdades e iniquidades entre as regiões, em promover a interdependência municipal e a responsabilidade solidária entre os gestores, a atenção integral, resolutiva e humanizada, a integração dos serviços, a consciência e o pertencimento regional como espaço para o planejamento da assistência. E com isso causar impacto sobre os aspectos de universalidade, equidade, integralidade, eficiência e resolutividade do sistema estadual de saúde, que se reflita no estado de saúde e na qualidade de vida da população.

Cabe destacar que os processos e os resultados apontados no modelo são influenciados por fatores contextuais, que de acordo com o referencial normativo de Matus (1996) compreendem o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade. O projeto de governo demarca as propostas de ação, a capacidade de governo a habilidade de produção das ações e a governabilidade as possibilidades de ação e determinam em grande medida o grau de implantação das políticas de saúde. A análise desses fatores é essencial para o entendimento dos processos de regionalização em curso, devendo compor sua matriz de avaliação, embora não tenham sido alvo de análise para o consenso neste estudo.

No quadro 5 é apresentada a matriz de avaliação da regionalização, com o desmembramento do modelo lógico em dimensões e critérios de avaliação, que tratam especialmente dos processos políticos e gerenciais presentes no modelo. Esta matriz constitui a versão encaminhada para a apreciação dos especialistas na última etapa da Conferência de Consenso e resulta do processo de discussão desencadeado na etapa intermediária. A versão inicial da matriz que deu origem a esta última está demonstrada no apêndice B.

Observou-se que em todas as etapas da Conferência de Consenso, prevaleceu o consenso acerca de se avaliar as atribuições do gestor estadual na regionalização do ponto de vista dos três níveis de análise identificados. Em geral, as dimensões e subdimensões também se mostraram consensuais, embora tenha se identificado a necessidade de torná-las mais objetivas. Nesse sentido, algumas dimensões e subdimensões da matriz de medidas foram agregadas a fim de conferir maior clareza

de análise ao objeto em estudo, focando nos processos de natureza essencial ao desenvolvimento da regionalização e corrigindo as superposições existentes. Em relação aos critérios, as principais mudanças ocorridas se deram em termos qualitativos, com reformulações no escopo dos critérios de forma a torná-los mais precisos enquanto ferramenta para avaliação.

A primeira versão da matriz de avaliação encaminhada aos especialistas era composta por 3 níveis de análise, 9 dimensões, 19 subdimensões e 83 critérios. Com a promoção do debate entre os especialistas, na segunda etapa da Conferência de Consenso, avaliou-se que muitos desses critérios apresentavam falta de clareza na redação, outros poderiam ser suprimidos pela baixa importância atribuída para a regionalização enquanto papel do gestor estadual e outros, apesar das divergências encontradas, deveriam constar numa segunda análise.

Tais questionamentos proporcionaram uma ampla revisão da matriz, a fim de torná-la mais objetiva, o que resultou em mudanças significativas no arranjo de dimensões e critérios, mais em termos qualitativos do que quantitativos. Com isso, a última versão da matriz, encaminhada para o estabelecimento do consenso, ainda com os mesmos três níveis de análise, passou a apresentar 6 dimensões, 14 subdimensões e 82 critérios de avaliação. A permanência de uma grande quantidade de critérios reflete a complexidade do fenômeno sob estudo.

Cabe destacar, ainda, que as dimensões, subdimensões e critérios presentes na matriz de avaliação apresentam zonas de sobreposição, na medida em que são complementares e interdependentes.

Figura 1 – Modelo lógico da regionalização da assistência à saúde na esfera estadual do SUS.



Fonte: Autora.

Quadro 5 – Matriz de avaliação: dimensões e critérios de análise quanto ao papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde. (continua)

Nível	Dimensão	Subdimensões	Critérios de Análise
Governo	1. Projeto estadual de regionalização da saúde	A. <i>Territorialização da saúde</i>	A1. Participação de todos os atores envolvidos (gestores municipais de saúde, gestores estaduais e técnicos, Cosems) na elaboração do Plano Diretor de Regionalização; A2. Pactuação dos critérios de definição dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde); A3. Pactuação do nível de complexidade assistencial dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde); A4. Prioridades de intervenção definidas no PDR para cada território (regiões e macrorregiões de saúde); A5. Avaliações/ revisões periódicas do PDR; A6. Elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal; A7. Estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde; A8. Cooperação técnica com as gerências regionais na promoção da articulação entre gestores e aprimoramento da gestão regional do SUS.
		B. <i>Gestão compartilhada/ Co-gestão</i>	B1. Instituição dos Colegiados de Gestão Regional como espaço permanente de pactuação e co-gestão na região de saúde, com estrutura, regimento e agenda regular; B2. Instituição das Câmaras técnicas de apoio aos Colegiados de Gestão Regional; B3. Acompanhamento e avaliação da implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e dos Termos de Compromisso pelos municípios; B4. Mecanismos/ ferramentas institucionais de promoção da articulação e pactuação regional entre gestores (consórcios, associações de prefeitos, Regiões Integradas de Desenvolvimento, outros).
		C. <i>Fortalecimento da Capacidade Institucional</i>	C1. Instituição de Grupos de Trabalho como ferramenta de aprimoramento dos processos de trabalho e integração dos diversos setores que compõem a estrutura organizacional da SES; C2. Desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais; C3. Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde; C4. Instituição de apoiadores institucionais como estratégia de fortalecimento dos processos deflagrados e da sustentabilidade do projeto de regionalização; C5. Consultorias em gestão pública.
	2. Financiamento	D. <i>Promoção da equidade</i>	D1. Pactuação dos critérios de alocação dos recursos para as regiões de saúde, com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção; D2. Definição de parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e equidade de acesso; D3. Elaboração do Plano Diretor de Investimentos, com a definição dos recursos de investimento de todas as esferas de gestão do SUS, segundo os critérios, parâmetros e prioridades definidos, visando suprir os vazios assistenciais.
		E. <i>Alocação de recursos</i>	E1. Alocação de recursos para recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde; E2. Alocação de recursos para aquisição de equipamentos; E3. Alocação de recursos para custeio das ações e serviços de caráter regional; E4. Alocação de recursos para desenvolvimento do processo de regionalização/ estruturação das regiões de saúde; E5. Capacidade de captação de recursos junto a outros órgãos na implementação do projeto de regionalização; E6. Transferência de recursos aos municípios para estruturação das redes locais de saúde.

Quadro 5 – Matriz de avaliação: dimensões e critérios de análise quanto ao papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde. (continuação)

Nível	Dimensão	Subdimensões	Crítérios de Análise
Gestão	3. Acesso e continuidade do sistema de saúde	<i>F. Redes Integradas de Atenção à Saúde</i>	<p>F1. Organização de linhas de cuidado integrais (promoção, prevenção e recuperação) que atendam as necessidades dos indivíduos (ações básicas e especializadas de saúde, apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos, urgências e emergências, reabilitação);</p> <p>F2. Implementação de estratégias para indução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde dos municípios;</p> <p>F3. Proposta de fluxo de referência para outros estados devidamente pactuada;</p> <p>F4. Política de incentivo/estruturação para os hospitais de pequeno porte;</p> <p>F5. Prestação de ações e serviços de atenção à saúde da esfera de competência estadual (média e/ou alta complexidade em cardiologia, traumatologia-ortopedia, neurologia, nefrologia, oncologia, queimados, terapia intensiva, reabilitação, órteses e próteses, hemocentros);</p> <p>F6. Coordenação da Política Estadual de Transplantes de forma descentralizada no território;</p> <p>F7. Adequação da oferta às necessidades da população (Gestão da demanda) de forma descentralizada no território estadual;</p> <p>F8. Rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador como instrumento de promoção da acessibilidade ao sistema de saúde (regional, macrorregional e interestadual);</p> <p>F9. Elaboração e implementação de experiências inovadoras de gestão assistencial;</p> <p>F10. Formulação e implementação de políticas de desenvolvimento regional para áreas prioritárias do território estadual em parceria com os demais setores governamentais e instituições.</p>
		<i>G. Política de Recursos Humanos</i>	<p>G1. Pactuação das diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde no interior do estado;</p> <p>G2. Servidores contratados através de concurso público;</p> <p>G3. Constituição de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;</p> <p>G4. Implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos.</p>
		<i>H. Planejamento, monitoramento e avaliação</i>	<p>H1. Sistematização de informações de base regional (diagnóstico da situação de saúde);</p> <p>H2. Elaboração do Plano Estadual de Saúde, com foco na efetivação e sustentabilidade do projeto de regionalização da saúde;</p> <p>H3. Assessoramento na elaboração dos Planos Regionais de Saúde (objetivos, diretrizes e metas prioritárias, recursos e responsabilidades compartilhadas);</p> <p>H4. Coordenação da elaboração e implementação da Programação Pactuada e Integrada de ações e serviços de saúde em conjunto com municípios;</p> <p>H5. Monitoramento e avaliação dos Planos Regionais de Saúde e do desempenho dos sistemas regionais junto aos Colegiados de Gestão Regional.</p>
		<i>I. Regulação Assistencial</i>	<p>I1. Elaboração e pactuação da Política Estadual de Regulação;</p> <p>I2. Implantação e operações de Complexos Reguladores regionais em conjunto com municípios;</p> <p>I3. Coordenação e implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências;</p> <p>I4. Apoio e suporte técnico à implantação dos Complexos Reguladores municipais;</p> <p>I5. Organização e pactuação com os municípios do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de saúde a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;</p> <p>I6. Elaboração e pactuação de protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;</p> <p>I7. Monitoramento dos fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macrorregionais e para outros estados);</p> <p>I8. Uniformização dos sistemas de regulação das Centrais municipais, regionais e estaduais;</p> <p>I9. Acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais.</p> <p>I10. Implementação da contratualização dos prestadores de serviços públicos e privados, municipais e estaduais, e hospitais de ensino presentes no território estadual, com acompanhamento do contrato de metas;</p>

Quadro 5 – Matriz de avaliação: dimensões e critérios de análise quanto ao papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde. (conclusão)

Nível	Dimensão	Subdimensões	Critérios de Análise
Gestão	3. Acesso e continuidade do sistema de saúde	<i>I. Regulação Assistencial</i>	I11. Estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informações em Saúde; I12. Avaliação da resolutividade dos serviços de referência nas regiões de saúde; I13. Estruturação, coordenação e monitoramento as ações do Tratamento Fora do Domicílio interestadual e municipal; I14. Coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS.
		<i>J. Tecnologias de gestão</i>	I12. Avaliação da resolutividade dos serviços de referência nas regiões de saúde; I13. Estruturação, coordenação e monitoramento as ações do Tratamento Fora do Domicílio interestadual e municipal; I14. Coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS.
		<i>K. Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde</i>	K1. Prover as condições necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde; K2. Implementação de ouvidorias em âmbito estadual e regional; K3. Implementação de Conselhos gestores nas Unidades de referência sob gestão estadual; K4. Constituição de espaços regionais de controle social (Plenárias Regionais), envolvendo os diversos conselhos de saúde; K5. Incentivo aos processos de formação de conselheiros de saúde; K6. Acompanhamento por parte dos Conselhos locais e Estadual dos instrumentos de planejamento regional (PDR; PDI; PPI; Planos de Ação Regional); K7. Participação dos conselhos no processo de contratualização e desempenho dos prestadores de serviços.
Assistência	5. Qualidade da assistência	<i>L. Infraestrutura dos serviços</i>	L1. Adequação da infraestrutura dos serviços segundo normas vigentes; L2. Equipamentos, insumos e medicamentos em quantidade suficiente e compatíveis com o nível de complexidade dos serviços; L3. Capacidade instalada em apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica (ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades) compatíveis com o nível de complexidade dos serviços.
		<i>M. Qualidade técnica</i>	M1. Instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento (contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos) para os serviços de saúde; M2. Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional; M3. Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção; M4. Incentivo à acreditação dos serviços de saúde; M5. Estratégias de acolhimento ao usuário implantadas nos serviços de saúde.
	6. Educação em Saúde	<i>N. Política de Educação Permanente</i>	N1. Implementação da Política Nacional de Educação Permanente com integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais; N2. Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para o desenvolvimento dos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS; N3. Qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional para gestão da Política de Educação Permanente; N4. Assessoramento para elaboração e monitoramento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; N5. Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Fonte: Autora.

6.2 CONSENSOS E DISSENSOS

Dos 83 critérios presentes na matriz de medidas inicial, 8 deles foram classificados como não consensuais e/ ou não importantes enquanto atribuições do gestor estadual na regionalização, destacando-se: a elaboração de normas complementares ao nível federal, as consultorias em gestão, incentivos de capacitação com remuneração, participação dos Conselhos de Saúde na contratualização dos prestadores de serviços, política de investimento para hospitais de pequeno porte e programa de transporte sanitário.

Ainda na matriz inicial, ressalta-se que 18 critérios, distribuídos em nove subdimensões de análise, ainda que classificados como consensualmente importantes, apresentaram desvio-padrão igual ou superior a 2, variando de 2 a 2,9, indicando a existência de divergências não desprezíveis entre os especialistas e que por isso foram alvo de discussões de forma mais intensa na oficina de trabalho. Entre estes, destacam-se a definição de parâmetros de incorporação tecnológica, adoção de parâmetros assistenciais para distribuição equitativa de serviços, protocolos clínicos e coordenações regionais de educação permanente.

Após a reformulação da matriz de avaliação, o resultado do consenso na etapa final (Tabela 1), indicou apenas 4 critérios não consensuais e/ ou não importantes dos 82 que integram a matriz, todos pertencentes ao nível gestão. Permaneceram como não consensuais e pouco importantes a política de investimentos para hospitais de pequeno porte e a participação dos Conselhos na contratualização de prestadores de serviços, coincidindo com o resultado na primeira etapa. Passaram a não ser consensuais: o suporte à implantação de complexos reguladores municipais e o acompanhamento dos instrumentos de planejamento regional pelos Conselhos. Isso é um indicativo do quanto o debate na etapa presencial levou a mudanças nas percepções dos participantes acerca do papel da gestão estadual na regionalização.

Tabela 1 – Avaliação do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde: resultados do consenso.

(continua)

Nível Governo							
Dimensão 1: Projeto estadual de regionalização da saúde							
Subdimensões	Critérios	Média	DP	Média	DP	Média	DP
		Critérios		Subdimensão		Dimensão	
A. Territorialização da saúde	A1. Participação de todos os atores envolvidos (gestores municipais de saúde, gestores estaduais e técnicos, Cosems) na elaboração do Plano Diretor de Regionalização;	9,5	0,8	9,4	0,9		
	A2. Pactuação dos critérios de definição dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde);	9,9	0,4				
	A3. Pactuação do nível de complexidade assistencial dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde);	9,9	0,4				
	A4. Prioridades de intervenção definidas no PDR para cada território (regiões e macrorregiões de saúde);	9,6	0,7				
	A5. Avaliações/ revisões periódicas do PDR;	9,5	0,8				
	A6. Elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal;	8,4	1,4				
	A7. Estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde;	9,3	0,7				
	A8. Cooperação técnica com as gerências regionais na promoção da articulação entre gestores e aprimoramento da gestão regional do SUS.	9,1	1,0				
B. Gestão compartilhada/ Co-gestão	B1. Instituição dos Colegiados de Gestão Regional como espaço permanente de pactuação e co-gestão na região de saúde, com estrutura, regimento e agenda regular;	10,0	0,0	9,5	0,6	9,2	0,9
	B2. Instituição das Câmaras técnicas de apoio aos Colegiados de Gestão Regional;	9,5	0,8				
	B3. Acompanhamento e avaliação da implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e dos Termos de Compromisso pelos municípios;	9,6	0,6				
	B4. Mecanismos/ ferramentas institucionais de promoção da articulação e pactuação regional entre gestores (consórcios, associações de prefeitos, Regiões Integradas de Desenvolvimento, outros).	8,9	1,1				
C. Fortalecimento da Capacidade Institucional	C1. Instituição de Grupos de Trabalho como ferramenta de aprimoramento dos processos de trabalho e integração dos diversos setores que compõem a estrutura organizacional da SES;	8,6	1,2	8,7	1,2		
	C2. Desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais;	9,4	1,1				
	C3. Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde;	9,2	1,1				
	C4. Instituição de apoiadores institucionais como estratégia de fortalecimento dos processos deflagrados e da sustentabilidade do projeto de regionalização;	9,0	1,3				
	C5. Consultorias em gestão pública.	7,6	1,3				
Dimensão 2: Financiamento							
D. Promoção da equidade	D1. Pactuação dos critérios de alocação dos recursos para as regiões de saúde, com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção;	9,9	0,2	9,9	0,3		
	D2. Definição de parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e equidade de acesso;	9,8	0,4				
	D3. Elaboração do Plano Diretor de Investimentos, com a definição dos recursos de investimento de todas as esferas de gestão do SUS, segundo os critérios, parâmetros e prioridades definidos, visando suprir os vazios assistenciais.	9,8	0,4				
E. Alocação de recursos	E1. Alocação de recursos para recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde;	10,0	0,0	9,6	0,7	9,7	0,6
	E2. Alocação de recursos para aquisição de equipamentos;	9,5	0,9				
	E3. Alocação de recursos para custeio das ações e serviços de caráter regional;	9,8	0,5				
	E4. Alocação de recursos para desenvolvimento do processo de regionalização/ estruturação das regiões de saúde;	9,8	0,5				
	E5. Capacidade de captação de recursos junto a outros órgãos na implementação do projeto de regionalização;	9,3	0,9				
	E6. Transferência de recursos aos municípios para estruturação das redes locais de saúde.	9,4	1,4				

Tabela 1 – Avaliação do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde: resultados do consenso.

(continuação)

Nível Gestão							
Dimensão 3: Acesso e continuidade do sistema de saúde							
Subdimensões	Critérios	Média	DP	Média	DP	Média	DP
		Critérios		Subdimensão		Dimensão	
F. Redes Integradas de Atenção à Saúde	F1. Organização de linhas de cuidado integrais (promoção, prevenção e recuperação) que atendam as necessidades dos indivíduos (ações básicas e especializadas de saúde, apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos, urgências e emergências, reabilitação);	9,9	0,4				
	F2. Implementação de estratégias para indução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde dos municípios;	9,8	0,5				
	F3. Proposta de fluxo de referência para outros estados devidamente pactuada;	9,6	0,5				
	F4. Política de incentivo/estruturação para os hospitais de pequeno porte; **	6,2	3,9				
	F5. Prestação de ações e serviços de atenção à saúde da esfera de competência estadual (média e/ou alta complexidade em cardiologia, traumatologia-ortopedia, neurologia, nefrologia, oncologia, queimados, terapia intensiva, reabilitação, órteses e próteses, hemocentros e laboratórios de saúde pública);	9,6	0,7				
	F6. Coordenação da Política Estadual de Transplantes de forma descentralizada no território;	9,3	0,9	9,1	1,1		
	F7. Adequação da oferta às necessidades da população (Gestão da demanda) de forma descentralizada no território estadual;	9,6	0,7				
	F8. Rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador como instrumento de promoção da acessibilidade ao sistema de saúde (regional, macrorregional e interestadual);	9,3	0,8				
	F9. Elaboração e implementação de experiências inovadoras de gestão assistencial;	8,3	1,5				
	F10. Formulação e implementação de políticas de desenvolvimento regional para áreas prioritárias do território estadual em parceria com os demais setores governamentais e instituições.	9,4	1,1			9,3	0,9
G. Política de Recursos Humanos	G1. Pactuação das diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde no interior do estado;	9,8	0,4				
	G2. Servidores contratados através de concurso público;	9,0	1,2	9,5	0,8		
	G3. Constituição de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;	9,6	0,7				
	G4. Implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos.	9,5	1,1				
H. Planejamento, monitoramento e avaliação	H1. Sistematização de informações de base regional (diagnóstico da situação de saúde);	9,8	0,7				
	H2. Elaboração do Plano Estadual de Saúde, com foco na efetivação e sustentabilidade do projeto de regionalização da saúde;	9,5	0,8				
	H3. Assessoramento na elaboração dos Planos Regionais de Saúde (objetivos, diretrizes e metas prioritárias, recursos e responsabilidades compartilhadas);	8,6	0,9	9,4	0,8		
	H4. Coordenação da elaboração e implementação da Programação Pactuada e Integrada de ações e serviços de saúde em conjunto com municípios;	9,8	0,7				
	H5. Monitoramento e avaliação dos Planos Regionais de Saúde e do desempenho dos sistemas regionais junto aos Colegiados de Gestão Regional.	9,5	0,8				

Tabela 1 – Avaliação do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde: resultados do consenso.

(continuação)

Nível Gestão							
Dimensão 3: Acesso e continuidade do sistema de saúde							
Subdimensões	Critérios	Média	DP	Média	DP	Média	DP
		Critérios		Subdimensão		Dimensão	
I. Regulação Assistencial	11. Elaboração e pactuação da Política Estadual de Regulação;	9,8	0,5				
	12. Implantação e operações de Complexos Reguladores regionais em conjunto com municípios;	9,6	0,7				
	13. Coordenação e implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências;	9,8	0,5				
	14. Apoio e suporte técnico à implantação dos Complexos Reguladores municipais;*	8,0	3,4				
	15. Organização e pactuação com os municípios do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de saúde a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	9,6	0,5				
	16. Elaboração e pactuação de protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;	9,4	0,7				
	17. Monitoramento dos fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macrorregionais e para outros estados);	9,3	0,8	9,3	0,9		
	18. Uniformização dos sistemas de regulação das Centrais municipais, regionais e estaduais;	9,3	0,8				
	19. Acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais.	9,6	0,7			9,3	0,9
	110. Implementação da contratualização dos prestadores de serviços públicos e privados, municipais e estaduais, e hospitais de ensino presentes no território estadual, com acompanhamento do contrato de metas;	9,4	0,7				
	111. Estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informações em Saúde;	9,4	0,6				
	112. Avaliação da resolutividade dos serviços de referência nas regiões de saúde;	9,3	1,0				
	113. Estruturação, coordenação e monitoramento as ações do Tratamento Fora do Domicílio interestadual e municipal;	9,0	1,1				
	114. Coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS.	9,2	0,8				
J. Tecnologias de gestão	J1. Elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde;	9,1	1,1				
	J2. Desenvolvimento e/ou implementação de tecnologias de informação e controle nas áreas de regulação, dispensação farmacêutica, atendimento e administração;	9,4	0,6	9,3	0,8		
	J3. Apoio à identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;	9,2	0,8				
Dimensão 4: Participação e Controle Social							
K. Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde	K1. Prover as condições necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde;	8,4	1,2				
	K2. Implementação de ouvidorias em âmbito estadual e regional;	9,1	0,8				
	K3. Implementação de Conselhos gestores nas Unidades de referência sob gestão estadual;	9,0	0,8				
	K4. Constituição de espaços regionais de controle social (Plenárias Regionais), envolvendo os diversos conselhos de saúde;	9,2	1,1	8,5	1,8	8,5	1,8
	K5. Incentivo aos processos de formação de conselheiros de saúde;	8,9	1,1				
	K6. Acompanhamento por parte dos Conselhos locais e Estadual dos instrumentos de planejamento regional (PDR; PDI; PPI; Planos de Ação Regional);*	8,3	3,5				
	K7. Participação dos conselhos no processo de contratualização e desempenho dos prestadores de serviços.**	6,4	4,1				

Tabela 1 – Avaliação do papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde: resultados do consenso.

(conclusão)

Nível Assistência							
Dimensão 5: Qualidade da assistência							
Subdimensões	Critérios	Média	DP	Média	DP	Média DP	
		Critérios		Subdimensão		Dimensão	
L. Infraestrutura dos serviços	L1. Adequação da infraestrutura dos serviços segundo normas vigentes;	9,3	0,8	9,6	0,6	9,4	0,8
	L2. Equipamentos, insumos e medicamentos em quantidade suficiente e compatíveis com o nível de complexidade dos serviços;	9,8	0,5				
	L3. Capacidade instalada em apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica (ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades) compatíveis com o nível de complexidade dos serviços.	9,6	0,5				
M. Qualidade técnica	M1. Instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento (contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos) para os serviços de saúde;	9,4	0,7	9,2	0,9	9,4	0,8
	M2. Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional;	9,4	0,9				
	M3. Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção;	9,4	0,8				
	M4. Incentivo à acreditação dos serviços de saúde;	8,2	1,6				
	M5. Estratégias de acolhimento ao usuário implantadas nos serviços de saúde.	9,8	0,4				
Dimensão 6: Educação em Saúde							
N. Política de Educação Permanente	N1. Implementação da Política Nacional de Educação Permanente com integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais;	9,6	0,5	8,9	1,1	8,9	1,1
	N2. Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para o desenvolvimento dos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS;	9,4	0,7				
	N3. Qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional para gestão da Política de Educação Permanente;	8,9	0,9				
	N4. Assessoramento para elaboração e monitoramento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;	8,1	1,5				
	N5. Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).	8,4	1,7				

Fonte: Autora.

Nota: DP= desvio-padrão

* Critérios considerados importantes mas com alto grau de dissenso

** Critérios considerados pouco importantes e com alto grau de dissenso

7 DISCUSSÃO

7.1 NÍVEL DE ANÁLISE: GOVERNO

Os critérios de ambas as dimensões desse nível de análise (projeto estadual de regionalização da saúde e financiamento) foram considerados importantes e consensuais na avaliação do grupo de especialistas. Um dos aspectos centrais da discussão considerou que a regionalização precisa ser assumida enquanto projeto de governo, não se limitando apenas a uma divisão espacial do território estadual sem relação entre as partes.

Na subdimensão *territorialização da saúde*, avaliou-se a definição de regiões de saúde, como um processo-chave para a regionalização. Contudo, mais importante do que verificar a existência do Plano Diretor de Regionalização e demais instrumentos de planejamento regional, é medir o nível de participação dos atores e a consistência desses instrumentos no que diz respeito à pactuação dos critérios de definição das regiões de saúde, que obteve o maior grau de importância dentre os critérios desse nível de análise.

Conforme destacam Gil, Licht e Yamauchi (2006), a definição das regiões precisa considerar as identidades compartilhadas num mesmo território, como identidade sócio-econômica e cultural, redes de comunicação, infraestrutura de transportes, redes de ações e serviços direcionadas para a integralidade da atenção à saúde e para as questões relacionadas à educação e existência de instituições de ensino. Por isso, podem e devem assumir diferentes escalas, arranjos e desenhos organizativos.

Para Pestana e Mendes (2004), é num espaço regional de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário, que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social. Segundo esses autores, é preciso compreender o território para além de um espaço físico simplesmente e enxergá-lo como processo, como um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social onde se tensionam os atores postos na arena político-sanitária. E uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca estará acabado e sim em permanente construção e reconstrução.

Isso significa que a territorialização não pode ser assumida de forma estática, já que os processos de negociação e as relações entre gestores são dinâmicas, exigindo-se ajustes durante todo o processo de implementação. Logo, dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara do recorte assistencial para as regiões de saúde e das prioridades de intervenção, ou seja, definição das ações e dos serviços de saúde que cada região ofertará aos grupos populacionais adscritos, de forma a compatibilizar-se com os princípios da construção de redes de atenção à saúde.

Portanto, entende-se como crucial a participação de todos os atores envolvidos no processo de regionalização (gestores, técnicos e órgãos colegiados), ou seja, esse não pode ser um processo feito por representação. A capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento integral desses atores e em provocar o sentimento de pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas sem dúvida um fator crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa.

Tal atribuição pode ser otimizada por meio da instituição de gerências descentralizadas nos territórios estaduais, que detenham a função de aprimoramento da gestão regional do SUS, configurando uma instância de suporte aos processos gerenciais estabelecidos e dotada de capacidade política para a promoção da articulação permanente entre os gestores.

Ainda na subdimensão *territorialização da saúde*, um critério também considerado relevante, embora com um menor grau de importância em relação aos demais, refere-se à elaboração de normas técnicas complementares a da gestão federal. Esse critério foi classificado como não importante e com grau de dissenso próximo a 3,0 na primeira etapa do Consenso. Já na última etapa se mostrou um critério importante e consensual. De um lado, havia o ponto de vista de que a normatização excessiva no SUS é prejudicial ao funcionamento do sistema de saúde. De outro, que em sendo a regionalização uma função compartilhada entre os níveis de gestão, as normas complementares poderiam contribuir abordando as especificidades locais, ponto de vista que acabou prevalecendo no consenso final.

A subdimensão *Gestão compartilhada/ co-gestão*, que primeiramente compunha o nível de análise de gestão, passou ao nível governo após a discussão em grupo.

Embora o olhar deste estudo esteja voltado para a esfera estadual do sistema de saúde, o grupo entendeu que não se pode negligenciar a forte influência de base municipal no processo de regionalização, o que torna esta subdimensão mais política do que técnica, expressando o papel articulador da gestão estadual. Em alguns estados brasileiros, o projeto de regionalização nasceu muito mais como resultado da força da articulação municipal do que pela intermediação estadual.

Com o novo pacto de gestão no SUS, a regionalização assume uma perspectiva de solidariedade e cooperação entre os gestores, o que implica na redefinição de papéis e compartilhamento de responsabilidades (BRASIL. M. S., 2006). A capacidade de articular várias lideranças, situadas em distintas esferas de poder e níveis do sistema é uma função essencial à constituição de sistemas regionalizados de saúde (ARTMANN; RIVERA, 2005).

Reyes, Lues e Cisternas (2007) ao conceberem um modelo teórico de sistema de gestão regional, apontam outros elementos políticos além da capacidade de articulação e coordenação dos atores, que são a capacidade política dos atores e a confiança entre os atores e o sistema. Para esses autores, a capacidade política dos atores, que inclui a capacidade de promover e articular redes, a capacidade de influenciar as decisões e a capacidade de exercer liderança sobre os outros, determina a implementação do modelo de gestão regional. A confiança é também entendida como um elemento chave para o funcionamento de um sistema regional e significa a capacidade de um ator em crer e reagir frente aos argumentos expressos por outro ator, e mudar suas posições em prol de um resultado racionalmente esperado.

Contudo, há que se considerar que em um modelo federativo de tripla soberania, como é o caso brasileiro, são inúmeras as dificuldades que a esfera estadual encontra para conduzir esses processos (PEREIRA, 2009). Portanto, deve-se buscar compreender melhor o papel do gestor estadual na adoção de estratégias políticas de indução dos espaços regionais, a fim de estabelecê-los enquanto espaços reais de negociação e cooperação entre gestores, fomentando o sentimento de pertencimento regional e complementaridade dos sistemas municipais.

Para os especialistas é consenso que a instituição dos Colegiados de Gestão Regional, das Câmaras Técnicas e dos Termos de Compromisso, enquanto

ferramentas de gestão, têm o potencial de promover a regionalização cooperativa definidas no Pacto de Gestão do SUS. Contudo, também é consenso que o gestor estadual possa adotar outros mecanismos institucionais para essa articulação regional, como os consórcios, associações de prefeitos, regiões integradas de desenvolvimento, entre outros.

Sob esse aspecto, Artmann e Rivera (2005) destacam que a reestruturação dos serviços de saúde via regionalização é um processo que exige flexibilidade, não sendo passível de se resolver pela aplicação de um instrumento normativo homogêneo. Em um país com grandes dimensões e diferenças regionais, é necessário pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros através de adaptações viáveis, que resultem em impactos positivos sobre a situação problemática.

O *fortalecimento da capacidade institucional* constitui assim um importante componente do projeto estadual de regionalização. Aqui, o debate esteve concentrado sobre o fato de que as relações de qualificação da gestão acabam se dando de forma muito externa. Sem desprezar a necessidade de articulação com Centros de Formação para o desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação da gestão pública, os especialistas também consideraram relevante a adoção de mecanismos internos de fortalecimento da capacidade institucional, como a instituição de grupos de trabalho e de apoiadores institucionais que atuem transversalmente e intersetorialmente, a fim de conferir maior sustentabilidade ao projeto de regionalização.

A função de apoio, como propõe Campos (2000), é resultante da ação de sujeitos que atravessam o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os na qualificação de suas práticas e na ampliação do grau de grupalidade. Essa função tem sido implantada e experimentada em vários serviços de saúde do país, apresentando-se como uma das principais novidades na gestão do trabalho em saúde no Brasil.

A produção desta inovação é complexa e exige, de um lado, vontade política e, de outro lado, capacidade de realização de mudanças. O apoiador institucional exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e ampliando o grau de realização das ações. Dessa forma, esta função é entendida como fundamental tanto para a

implantação de processos de mudança, quanto para a sua sustentabilidade (CAMPOS, 2000).

Já a consultoria em gestão pública mostrou-se um ponto polêmico na discussão, tendo sido avaliada como pouco importante na primeira análise da matriz. A fala dos técnicos trouxe a dificuldade de integração da consultoria com o projeto institucional da saúde. Para eles, muitas vezes, a opção do gestor estadual por uma consultoria acaba desconsiderando o acúmulo da equipe técnica que gerencia o processo, provocando conflitos e desestímulo quanto à sua condução. Sob o olhar dos pesquisadores, ainda que as experiências vivenciadas tenham sido mal sucedidas, as consultorias são instrumentos necessários e capazes de provocar efeitos positivos quando bem direcionadas. A reflexão desses argumentos fez com que o critério passasse a ser consensual e importante ao final da Conferência de Consenso, ainda que com o menor grau de importância nesse nível de análise.

Na dimensão *financiamento*, foram diversos os pontos de destaque na discussão. Sabe-se dos grandes desafios ainda existentes em relação ao financiamento do setor saúde, que além de insuficiente, ainda se apresenta bastante atrelado a oferta e produção de serviços (PELEGRINI; CASTRO; DRACHLER, 2005). Talvez por esse contexto de crise permanente sobre os recursos públicos em saúde, todos os critérios nessa dimensão apresentaram médias elevadas quanto à sua importância para o processo de regionalização.

Foi considerada de enorme relevância a atuação da esfera estadual frente a pactuação de critérios de alocação de recursos, com vistas à superação das desigualdades entre as regiões de saúde e à garantia da equidade e da integralidade da atenção. De acordo com os especialistas não se pode afirmar que os recursos estão alocados onde mais se precisa. Mas é certo que recebe mais quem possui mais serviços de saúde. Daí a importância em se avaliar a existência de critérios de alocação dos recursos e a sua distribuição, o que tem merecido a atenção dos pesquisadores nos últimos anos.

Para Pelegrini, Castro e Drachler (2005), as desigualdades em saúde refletem desigualdades sociais e a igualdade no acesso e no uso dos serviços de saúde não é suficiente para diminuir as desigualdades no adoecer e morrer existentes entre grupos

sociais. Essa distinção é importante para o desenho de políticas públicas, a fim de que possamos trabalhar com a noção de necessidades diferentes entre distintos grupos sociais, determinadas tanto pela diversidade (sexo, idade, raça) como pela injustiça social (renda, acesso a bens e serviços) ou mesmo por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos.

No campo da gestão pública, entendida como espaço de tomada de decisões que media as necessidades e demandas sociais e a administração dos recursos disponíveis, o conceito de equidade pode ser explorado como a igualdade de condições e oportunidades para o desenvolvimento das capacidades necessárias à organização e implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população em cada local (LUCCHESI, 2003).

Assim, uma gestão pública orientada à equidade, deve buscar entre outros aspectos, aliar, de um lado a economia de escala, de escopo e de qualidade na prestação de serviços e, de outro, o acesso a esses serviços. Para os especialistas, a universalização da saúde não implica ter tudo em todo lugar e a ausência de parâmetros de incorporação tecnológica resulta numa grande distorção de assistência a ponto de ser menos difícil, por exemplo, realizar uma tomografia do que um raio X simples em determinadas regiões do país.

Contudo, conforme destacam Pestana e Mendes (2004), quando se der, em regiões de baixa densidade demográfica, o conflito entre economia de escala e acesso, deve prevalecer o critério de acesso, pois não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

Dessa forma, o Plano Diretor de Investimentos deve conter a proposta de investimento para as regiões de saúde, definindo as prioridades com base nos parâmetros e critérios de alocação dos recursos e buscando suprir os vazios assistenciais de forma racional e equitativa. Para isso, a gestão estadual deve contribuir para a consolidação de um financiamento solidário entre as três esferas de gestão, equacionando os recursos, do ponto de vista tanto da reestruturação da rede regional de saúde quanto das ações de gestão para a organização de redes de atenção à saúde, seja concentrando esforços na capacidade de captar recursos junto a esfera federal e outros órgãos, seja atuando na distribuição de recursos aos municípios.

7.2 NÍVEL DE ANÁLISE: GESTÃO

O nível gestão foi o único que apresentou critérios não consensuais ou pouco importantes como resultado da análise dos especialistas. Na dimensão *Acesso e continuidade do sistema* de saúde, estabeleceu-se o consenso quanto aos critérios de análise das subdimensões redes integrais de atenção à saúde e regulação assistencial com pequenos pontos de divergência. Nas demais subdimensões obteve-se o consenso pleno.

De acordo com Viacava et al. (2004), o acesso se refere à capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo, enquanto a continuidade diz respeito à capacidade do sistema de saúde em prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada. São, portanto, elementos que estabelecem relação estreita com a estrutura do sistema de saúde, ou seja, a capacidade de formulação e implementação de políticas, o montante de recursos financeiros e a forma de alocação, e o conjunto de recursos humanos, tecnológicos e informacionais incorporados na operacionalização do sistema.

Nessa perspectiva, as redes integrais de atenção à saúde constituem um modelo de gestão que qualifica os sistemas de saúde, apontando para uma maior perspectiva de avanços na integralidade.

Para Pestana e Mendes (2004), a integralidade da atenção à saúde se garante por meio do acesso pronto aos serviços necessários que sejam ofertados em diferentes pontos de atenção à saúde de uma rede horizontal coordenada pela atenção primária à saúde, o que implica a operacionalização de um sistema integrado de serviços, que vem substituir a concepção de sistema piramidal hierarquizado. Nessa perspectiva, configura-se uma rede horizontal de diferentes pontos de atenção à saúde com distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles. Para os autores, não se trata apenas de inverter a forma piramidal, mas de subvertê-la, adotando-se uma outra forma organizacional, de qualidade inteiramente distinta.

Nesse contexto, a organização de linhas de cuidado consiste em uma ferramenta potente de aproximação da integralidade. É uma forma de se imaginar e desenhar o caminho a ser percorrido pelos usuários na sua busca por cuidado integral, de forma

horizontal ou em círculo, e não mais com base na pirâmide, como é tradicionalmente representado o sistema de saúde, com definição razoavelmente clara das missões e das responsabilidades de cada unidade integrante da rede (CECÍLIO, 1997; FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004).

Nessa concepção, o usuário é o elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, quebrando com um modo tradicional de intervir sobre as necessidades de forma compartimentada (FRANCO, MAGALHÃES JR., 2004). Para isso, os fluxos assistenciais de referência e contra-referência são essenciais tanto à garantia da integralidade quanto ao controle da garantia do acesso através dos mecanismos regulatórios. Tais fluxos precisam estar bem definidos tanto nos espaços micro quanto nos macrorregionais, a fim de contemplar respectivamente a assistência em média e alta complexidade, no que se refere aos serviços especializados, ambulatoriais ou hospitalares, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Nesse sentido, o gestor estadual precisa assumir também as funções que são de sua competência na prestação de ações e serviços de saúde de maior complexidade do sistema, pactuando inclusive fluxos de referência interestadual, seja pela ausência ou insuficiência de serviços disponíveis no território estadual, seja pela maior facilidade de acesso às populações dos municípios que se localizam nas fronteiras com outros estados.

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

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

Assumir suas competências na prestação de serviços não implica atribuir maior importância ao papel do estado enquanto provedor. A tendência observada nos últimos anos é a de uma mudança de perfil, com estados cada vez mais fomentadores e reguladores (SÓTER, 2009). Nesse contexto, cabe à gestão estadual desenvolver experiências inovadoras de gestão e apoiar os municípios na implementação e organização da rede local, adotando especialmente estratégias de indução e fortalecimento da atenção primária nos municípios, que contribuam para o aumento da resolutividade local da assistência.

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

Ainda no tocante a organização de redes integrais de atenção à saúde, cabe destacar, que a política de incentivo/estruturação para hospitais de pequeno porte foi considerada pouco importante e com elevado grau de discordância entre os especialistas. Isso porque, na visão de alguns, pode conduzir a distorções de operacionalização por parte dos gestores, disseminando serviços hospitalares que agregam pouca resolutividade e são de alto custo. Para outros, esses hospitais podem ser elementos estratégicos, considerando sua elevada participação no sistema de saúde brasileiro (mais de 4.000 estabelecimentos) e a possibilidade de reorientação do seu papel ao lado da Estratégia Saúde da Família.

Reconhecendo esse potencial, o próprio Ministério da Saúde, editou em 2004, portaria instituindo a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, com o objetivo

de estimular um novo papel para esse segmento hospitalar, mais especificamente os hospitais com até trinta leitos localizados em regiões com menos de 30.000 habitantes. A Política não incentiva a implantação de unidades hospitalares de pequeno porte, mas busca estimular a adesão voluntária, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, a um processo de contratualização desses serviços, no qual se estabelecem metas quantitativas e qualitativas, substituindo o tradicional pagamento por produção por um orçamento global.

Para Ugá e López (2007), apesar de ainda não se perceber uma mudança no perfil desses hospitais, talvez pelo fato de que a política em questão não foi acompanhada de uma política de investimentos e de recursos humanos, não há dúvida de que se trata de um segmento estratégico pela possibilidade de agregar maior resolutividade à atenção básica, garantindo eficiência e eficácia às demandas locais de saúde.

Um outro critério de avaliação também problematizado pelos especialistas e que implica maiores oportunidades de acesso aos serviços constitui a rede de transporte sanitário. Na primeira análise da matriz esse critério não obteve consenso entre os especialistas, talvez pela carência de uma concepção ordenada de sistema de transporte sanitário no SUS, o que fez com que fosse associada a práticas clientelistas como a “ambulancioterapia” praticada por inúmeros gestores. O critério passou a ser relevante e consensual após a discussão entre os especialistas, quando tornou-se claro seu papel na organização de redes e na garantia do acesso.

De acordo com Pestana e Mendes (2004), de fato, o que prevalece são as tentativas de organização da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências, todavia um sistema de transporte sanitário, pensado numa lógica de redes de atenção à saúde, tem também como objeto os fluxos em busca de atenção eletiva, havendo a necessidade de um controle articulado ao complexo regulador das regiões de saúde.

Todos esses aspectos devem estar inseridos num contexto de forte desenvolvimento regional expressa na política de governo, dentro de uma visão de conjunto e buscando atender as exigências peculiares a cada região. Isso depende em grande medida da capacidade do estado em implementar políticas públicas que, em adequação às prioridades regionais (PEREIRA, 2009), estimulem o desenvolvimento

econômico e social. Só assim será possível impactar sobre as desigualdades interregionais e por consequência sobre as desigualdades em saúde, pretendidas pelo modelo de regionalização.

Quanto às atribuições do gestor estadual na política de recursos humanos, esta deve ser implementada no plano estadual de forma a garantir a fixação de profissionais especializados e também generalistas no interior do estado. Na visão dos especialistas, o gestor estadual precisa trabalhar uma política de recursos humanos contextualizada regionalmente, dialogando com os municípios no estabelecimento de diretrizes gerais que produzam condições de maior igualdade entre as regiões na interiorização de recursos humanos.

Questões relativas aos baixos salários ofertados aos profissionais e ao incipiente desenvolvimento urbano nos municípios interioranos colocam a contratação de recursos humanos como uma forte limitação para a assistência clínica e cirúrgica aos agravos de natureza aguda e crônica, limitando a resolutividade dos serviços aos casos de baixa gravidade (DUBEUX; BEZERRA; FREESE, 2006). Tais questões precisam ser alvo de estratégias que permitam garantir a suficiência de quadros profissionais no interior dos estados. Essas estratégias devem incluir tanto aspectos financeiros, a fim de desprecarizar os vínculos e favorecer a fixação, quanto aspectos de oportunidade de qualificação profissional, gerando condições para o desenvolvimento destes.

Na subdimensão *planejamento, monitoramento e avaliação* todos os critérios obtiveram consenso. Pressupõe que cada esfera de gestão do SUS realize o seu planejamento, articulando-se em âmbito regional de forma a contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades locais. Nesses moldes o planejamento se dá de forma ascendente e integrada, constituindo-se num processo estratégico para a eleição de prioridades e pactuação das metas regionais de assistência.

Mais que uma exigência formal, o planejamento regional deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente integrarem Planos Regionais de Saúde, que precisam estar refletidas no plano de

saúde de cada município e do próprio estado. O sistema de planejamento regional inclui o monitoramento e avaliação das ações implementadas e dos resultados alcançados, como instrumento estratégico de gestão do SUS e de fortalecimento do próprio planejamento, na medida em que lhe confere direcionalidade e precisão (BRASIL. M. S., 2006).

A discussão sobre a *regulação da assistência à saúde*, enquanto mecanismo de ordenação das práticas assistenciais e de controle das metas pactuadas, foi tida como fundamental para garantir e facilitar o acesso à assistência. Dentre os 14 critérios constantes dessa subdimensão, apenas o que estabelece como atribuição estadual o apoio e o suporte técnico à implantação dos complexos reguladores municipais, ainda que importante não foi consensual.

Parece claro para os especialistas a importância do estado na definição de uma política estadual de regulação, na implantação e operacionalização de complexos reguladores regionais, na pactuação e no monitoramento dos fluxos assistenciais, na contratualização dos prestadores de serviços, na uniformização dos sistemas de regulação em todo o território estadual, na construção de protocolos clínicos e de regulação do acesso e na coordenação da implantação dos componentes municipais de auditoria, aspectos esses que proporcionam a instituição de uma linguagem comum em termos de regulação assistencial. Logo, era de se esperar, dada a estreita relação com os demais, que o critério apoio e suporte técnico à implantação dos complexos reguladores municipais também fizesse parte do elenco dos critérios consensuados nessa subdimensão. Contudo, a independência na avaliação dos critérios a partir da metodologia adotada, permite uma infinidade de arranjos possíveis para o consenso.

Explorando um pouco mais esse resultado, observa-se que na análise das notas individuais dos especialistas, dos oito respondentes, sete atribuíram pontuação superior a 8 e apenas um especialista não atribuiu nenhuma pontuação a esse critério, o que ocasionou um elevado desvio padrão e o classificou como não consensual. Assim, fica a ressalva de que a quase totalidade do grupo entende a necessidade de o estado estar coordenando uma política de regulação integrada em âmbito municipal, regional e estadual. Pereira (2009) reforça esse aspecto quando destaca como função do gestor

estadual o fortalecimento da capacidade institucional de municípios e órgãos de gestão regionalizada, por meio de apoio técnico, político e financeiro.

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

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

O desenvolvimento de tais processos pressupõe a alimentação regular e a qualidade dos dados que compõem os sistemas de informação em saúde. A informação resultante da produção dos serviços (cadastro, controle, supervisão e avaliação) retroalimenta o planejamento, indica auditorias e fornece indicadores para a avaliação da resolutividade dos serviços, enquanto a implementação dos sistemas municipais de auditoria institui um processo regular para aferir e induzir a qualidade do atendimento (BRASIL. M. S., 2006).

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

Essa nova forma de estabelecer contrato com os serviços visa superar em parte a lógica de pagamento exclusivo por produção, definindo um novo modelo de alocação de recursos financeiros, composto por um componente de pré-pagamento e outro pós-pagamento, sendo o primeiro condicionado ao cumprimento das metas expressas em contrato. Este especifica as metas físicas (quantitativas) e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitem seu acompanhamento e avaliação, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência (BRASIL. M. S., 2005).

A incorporação ou desenvolvimento de tecnologias de gestão mostrou-se consensual para os três critérios de avaliação propostos. Entende-se que novas tecnologias contribuem para aumentar a eficiência e a eficácia das políticas e dos processos gerenciais, bem como aumentam o potencial de utilização das informações, de forma a ter disponível informações clínicas, epidemiológicas e administrativas que orientem as ações.

A discussão acerca da *participação e controle social* mostrou-se importante e consensual. Conforme refere o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007), a participação social em saúde inclui o desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação do cidadão como sujeito ativo nas decisões que afetam sua saúde e seu acesso a serviços adequados, bem como o apoio e o fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social e outras formas de participação social na proposição, na deliberação e na fiscalização da política estadual de saúde.

Dessa forma, foi consensual que o exercício do controle social para o aperfeiçoamento dos processos de regionalização na saúde, pode ser estimulado por meio da implantação de ouvidorias nos estados e municípios, na implementação de conselhos gestores de unidades de referência regional do sistema, pela realização de plenárias regionais e incentivo aos processos de formação de conselheiros.

Cabe destacar aqui, que não foi consensual os critérios referentes ao acompanhamento dos instrumentos de planejamento regional por parte dos Conselhos e à participação destes na contratualização dos prestadores de serviços. Parte-se aqui da compreensão que o papel dos Conselhos de Saúde não deve ser técnico, mas voltado para aspectos mais gerais das políticas de saúde, definindo as diretrizes de

formulação dessas políticas. Assim, a delegação de tarefas que são essencialmente técnicas, distorce o papel dos conselheiros, fazendo com que estes se sintam, muitas vezes, incapazes de atuar. Contudo, há que se evidenciar que mais uma vez, para a maioria dos especialistas consultados, ambos os critérios foram avaliados como relevantes enquanto ações de fortalecimento do controle social que devem ser estimuladas pelo gestor estadual.

7.3 NÍVEL DE ANÁLISE: ASSISTÊNCIA

As dimensões e critérios de avaliação nesse nível de análise obtiveram amplo consenso entre os especialistas. Esse também foi o nível que sofreu menos modificações no estabelecimento do consenso, talvez por abordar os aspectos mais técnicos e normatizados de todas as categorias de análise, embora a questão da qualidade em saúde possa ser abordada sob diferentes perspectivas.

Para Vuori (1991), o termo qualidade geralmente denota um amplo espectro de características desejáveis de cuidados que incluem efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequação. Sob essa perspectiva, entende-se que a qualidade abordada nesse nível de análise guarda estreita relação com os critérios discutidos nos níveis governo e gestão, evidenciando a interdependência entre os mesmos.

Buscando uma abordagem mais prática sobre qualidade, este estudo adotou a proposta por Donabedian (1988 apud CONTANDRIOPOULOS, 1997), que concebe a tríade estrutura-processo-resultado como modelo de avaliação da qualidade. Nesta abordagem, a estrutura consiste dos *inputs* necessários aos processos de cuidados em saúde, ou seja, força de trabalho, instalações físicas, equipamentos e demais insumos adequados a padrões estabelecidos. O processo consiste na adequação das práticas em saúde, isto é, na sua conformidade frente aos conhecimentos técnico-científicos vigentes. O resultado consiste na aferição dos objetivos pretendidos com os cuidados em saúde. Neste estudo, é a única dimensão da tríade que não foi abordada na matriz de avaliação.

Os critérios da dimensão qualidade da assistência, elencados como necessários à obtenção de uma assistência resolutiva e integral e com elevado grau de importância na avaliação dos especialistas incluem: o dimensionamento das equipes multiprofissionais de acordo com a complexidade do atendimento; a suficiência de equipamentos, insumos e medicamentos compatíveis com a complexidade da assistência; o estímulo ao processo de acreditação e avaliação dos serviços de saúde; a implementação de estratégias de acolhimento ao usuário; a adequação da infraestrutura física dos serviços; a manutenção da capacidade instalada para apoio diagnóstico e terapêutico e a utilização de normas de rotina e funcionamento dos serviços e de protocolos para as práticas profissionais.

Tem-se claro, contudo, que a identificação desses critérios não esgota a discussão da qualidade da assistência, mas busca uma aproximação com as necessidades da gestão em avaliar os serviços existentes a partir de parâmetros que denotem a qualidade da assistência prestada.

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

Paralelamente, em 1998, o MS desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (Pnash), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em

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

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

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

Observa-se então que o arcabouço normativo do SUS dispõe de uma série de instrumentos que podem subsidiar as gestões estaduais na implementação de melhorias dos processos assistenciais e da infraestrutura dos serviços.

Intrinsecamente relacionada com a qualidade da assistência, a *política de educação permanente* foi destacada em uma dimensão específica devido ao seu peso relativo no processo de regionalização. Foi consenso que para o seu desenvolvimento são relevantes e suficientes os cinco critérios propostos na matriz de avaliação.

Compreende-se a educação na saúde como uma diretriz essencial para a gestão regionalizada do SUS, buscando avançar na implementação da Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, considerando as especificidades regionais. Isso inclui a implementação da Política de Educação Permanente como aspecto essencial da qualificação do SUS e de seus

trabalhadores, promovendo a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos e a articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para que os processos de formação sejam estabelecidos de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL. M. S., 2006).

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

Foi consenso que, conforme normatizado, a execução da Política de Educação Permanente em Saúde deve se dar por meio dos Colegiados de Gestão Regional, instituindo processos de planejamento regional que definam as prioridades e as responsabilidades de cada ente, conformados em um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais da referida região (BRASIL. M. S., 2007).

Por fim, é preciso destacar que o esforço empreendido na construção desse modelo de regionalização foi pautado pela compreensão de que se trata de um modelo para a gestão estadual do SUS, considerando para tanto suas várias dimensões e critérios de análise, que convergem para a instituição de um modelo de gestão regional para o estado, mas, sobretudo, evidenciam os processos políticos e gerenciais implicados na sua operacionalidade. E essas dimensões e abordagens não estão facilmente explicitadas nas normas que tentam operacionalizá-las, mostrando uma insuficiência dos dispositivos legais para torná-las efetivas e praticáveis, o que vem a refletir no grau com que as ações são implementadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante evidenciar que a condução da regionalização do sistema de saúde pelo gestor estadual é uma tarefa bastante complexa, que impõe desafios como negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos, construção de mecanismos decisórios coletivos, estabelecimento de prioridades e contínuo acompanhamento. Por isso, evidenciar o papel do gestor estadual não significa desconsiderar a responsabilidade dos municípios, já que estes podem atuar tanto como parceiros quanto como opositores nesse processo. Contudo, deixa claro o peso atribuído à gestão estadual, enquanto instância de coordenação e articulação intergestores, na regionalização do SUS, a qual se mostra uma tendência universal e irreversível.

Assim, considerando que as atribuições e responsabilidades definidas nos instrumentos normativos nem sempre são traduzidas em funções gerenciais capazes de orientar a condução do sistema de saúde em cada esfera de gestão, a sistematização do modelo de regionalização que se almeja para o SUS, aqui apresentado, permite explicitar parte dos processos necessários para produzirem isolada ou integradamente os efeitos que dele se espera e suas relações.

Nesse sentido, tem-se claro que este modelo não é definitivo. Ele representa apenas um certo grau de consenso provisório sobre o papel do gestor estadual e a regionalização da assistência à saúde. Todavia, o consenso amplia a validade dos critérios e confere maior legitimidade aos processos avaliativos, contribuindo tanto para o desenvolvimento da investigação científica quanto do debate político em torno da reorganização setorial.

Assim, a matriz de avaliação consensuada poderá servir de referência para a realização de investigações avaliativas que busquem entender a implantação dos processos de regionalização em saúde, trabalhando com diversas estratégias metodológicas no sentido de aferir em que medida esse modelo está sendo alcançado. Poderá ainda permitir a comparação de resultados e, conseqüentemente, a construção de evidências científicas, quando da sua larga utilização.

Aos gestores de saúde, por sua vez, o modelo pode servir como um importante instrumento, orientando sobre os processos-chave que devem ser implementados. Convém destacar que os consensos políticos mais gerais são construídos em outros fóruns. O desafio aqui colocado foi o de sistematizar um instrumento que, estabelecendo critérios de maneira consensual, venha a colaborar com a realização de avaliações objetivas das gestões estaduais do sistema de saúde na busca por efetivar os processos de regionalização da assistência à saúde.

Por fim, ressalta-se que entender como os gestores estaduais desempenham seu papel na gestão do SUS torna-se imperativo no cenário atual de implantação do SUS, cujos principais desafios como a garantia de acesso, a qualidade dos serviços e ações de saúde, o impacto nas desigualdades sanitárias e o aumento de recursos financeiros para o setor, são demandas que só podem ser equacionadas com o fortalecimento do papel dos estados enquanto gestores do sistema.

REFERÊNCIAS

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

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

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

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. **Regionalização em saúde e mix público-privado**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizaçãoEmSaude.pdf> Acesso em: 09 dez 2009.

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 95 de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, 2001. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0165/PortariaGM_2001_0095.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2007.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática do SUS.** Proposta 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticalInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 469-478, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções estaduais. Brasília, 2007.

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

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

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

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

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

GIL, A.C.; LICHT, R.H.G.; YAMAUCHI, N.I. Regionalização da saúde e consciência regional. **HYGEIA**, Revista Brasileira de Geografia Médica e da saúde, Uberlândia, v. 2, n.3, p. 35-46, 2006.

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

HARTZ, Z.M.A ; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

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

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

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

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 14, p. 75-143, 1996. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp14/patricia.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2007.

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

MAGALHÃES JR., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2006.

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

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996. tomo 1.

MEDINA, M.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz,, 2005. cap. 2, p. 41-64.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS:** tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001a.

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

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

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

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em diálogo**, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005.

PELEGRINI, M.L.M.; CASTRO, J.D.; DRACHLER, M.L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de Gestão:** da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 80p.

PEREIRA, A.M.M. **Dilemas federativos e a regionalização na saúde:** o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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

REYES, P.M.; LUES, M.F.; CISTERNAS, A.S. Análisis político-institucional del sistema de gestión regional: El caso de La región de Tarapacá. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n.2, p. 309-354, 2007.

ROCHA, C.V.; FARIA, C.A.P. **Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil.** Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: A questão social no novo milênio. Coimbra, 2004.

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

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

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

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

SÓTER, A.P.M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do SUS: o estudo de caso Pernambuco**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

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

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

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

UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E.M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.711-724, 2004.

VIANA, A.L.d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n.1, p.92-106, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados a descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz,, 2005. cap. 3, p. 65-102.

VUORI, H. Qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 3 p.17-25, 1991.

APÊNDICE A – Definição das dimensões, subdimensões e critérios de análise da matriz de avaliação (versão final)

NÍVEL DE ANÁLISE: GOVERNO	
Dimensão	Projeto estadual de regionalização da saúde: Proposta estadual para condução do processo de regionalização assistencial: configuração do desenho da rede de atenção, relações intermunicipais, participação de todos os atores.
Subdimensão	Territorialização da saúde: Coordenação do processo político de definição do desenho regional da saúde.
Critérios de Análise	Definição
Participação de todos os atores envolvidos (gestores municipais de saúde, gestores estaduais e técnicos, Cosems) na elaboração do Plano Diretor de Regionalização;	Participação de todos os atores envolvidos no processo (gestores municipais, estaduais e técnicos, Cosems) na identificação e reconhecimento das regiões de saúde (micro e macrorregiões);
Pactuação dos critérios de definição dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde);	Estabelecimento de critérios claros (epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, de acesso viário) que orientem a definição das regiões (que contribuam para a existência de um “ambiente regional”);
Pactuação do nível de complexidade assistencial dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde);	Estabelecimento do recorte assistencial para as regiões (resolutividade para como base para a estruturação das redes assistenciais
Elaboração de uma proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual devidamente pactuada;	Definição do fluxo de referência para os serviços não disponíveis dentro do território estadual e nas áreas de fronteira com outros estados
Prioridades de intervenção definidas no PDR para cada território (regiões e macrorregiões);	Definição das prioridades de intervenção necessárias à estruturação das redes assistenciais regionais (serviços, recursos humanos, capacitações);
Avaliações/ revisões periódicas do PDR;	Avaliação/ revisão do PDR para detecção das fragilidades do desenho proposto e implementação das mudanças que se fizerem necessárias;
Elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal.	Elaboração de normas técnicas complementares à da esfera federal que considere as especificidades locais.
Estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde;	Descentralização da estrutura gerencial de coordenação do processo de regionalização;
Cooperação técnica com as gerências regionais na promoção da articulação entre gestores e aprimoramento da gestão regional do SUS.	Apoio técnico e político permanente para com as gerências regionais no fortalecimento da capacidade gerencial em promover a articulação entre gestores e a organização da rede assistencial.

Subdimensão	Gestão compartilhada/ Co-gestão: Compartilhamento de responsabilidades na perspectiva de complementaridade dos sistemas de saúde.
Critérios de Análise	Definição
Instituição dos Colegiados de Gestão Regional como espaço permanente de pactuação e co-gestão na região de saúde, com estrutura, regimento e agenda regular;	Colegiados de Gestão como espaço de tomada de decisões relativas à organização da rede integral de assistências à saúde, com estrutura de funcionamento e agendar;
Instituição das Câmaras técnicas de apoio aos Colegiados de Gestão Regional;	Câmaras formadas por técnicos das gestões municipais e estadual enquanto suporte técnico a questões de regulação, fluxos assistenciais e gestão do trabalho;
Acompanhamento e avaliação da implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e dos Termos de Compromisso pelos municípios;	Monitoramento da adesão ao pacto pela Saúde e de Gestão, com a implementação de estratégias para sua efetivação;
Mecanismos/ ferramentas institucionais de promoção da articulação e pactuação regional entre gestores (consórcios, associações de prefeitos, Regiões Integradas de Desenvolvimento, outros).	Definição de uma estratégia de regionalização para o estado, com a adoção de ferramentas formais de pactuação entre gestores.
Subdimensão	Fortalecimento da Capacidade Institucional: Implementação de estratégias de coordenação, integração e convergência dos processos e atores.
Critérios de Análise	Definição
Instituição de Grupos de Trabalho como ferramenta de aprimoramento dos processos de trabalho e integração dos diversos setores que compõem a estrutura organizacional da SES;	Grupos de Trabalho com a participação dos diversos setores da SES para definição e implementação do projeto estadual de regionalização;
Desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação em gestão pública para gestores e técnicos estaduais e municipais;	Fortalecimento da capacidade técnica dos atores envolvidos no processo de regionalização da saúde;
Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde;	Articulação efetiva para o desenvolvimento contínuo de capacitação para gestores, com base nas necessidades identificadas;
Instituição de apoiadores institucionais como estratégia de fortalecimento dos processos deflagrados e da sustentabilidade do projeto de regionalização;	Definição de apoiadores institucionais para articular a execução do projeto de regionalização por dentro da estrutura organizacional da SES;
Consultorias em gestão pública.	Contratação de consultorias para aperfeiçoamento dos processos públicos.

Dimensão	Financiamento: Articulação com as demais esferas de gestão do SUS para definição e distribuição dos recursos necessários à efetivação do projeto de regionalização.
Subdimensão	Promoção da equidade: Definição de parâmetros e critérios equitativos de alocação dos recursos a fim de superar as desigualdades inter-regionais.
Critérios de Análise	Definição
Pactuação dos critérios de alocação dos recursos para as regiões de saúde, com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção;	Estabelecimento de critérios que orientem a alocação equitativa de recursos fundamentados nas diferenças regionais;
Definição de parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e equidade de acesso;	Definição da escala populacional adequada aos diferentes níveis de tecnologia/ assistência;
Elaboração do Plano Diretor de Investimentos, com a definição dos recursos de investimento de todas as esferas de gestão do SUS, segundo os critérios, parâmetros e prioridades definidos, visando suprir os vazios assistenciais;	PDI elaborado para cada região de saúde, a partir dos critérios de alocação de recursos, de incorporação tecnológica e das prioridades identificadas.
Subdimensão	Alocação de recursos: Forma de captação e alocação dos recursos financeiros, de todas as esferas de gestão, necessários a estruturação de redes de atenção à saúde/ linhas de cuidado integrais.
Critérios de Análise	Definição
Alocação de recursos para recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde;	Existência de recursos destinados à recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde;
Alocação de recursos para aquisição de equipamentos;	Existência de recursos destinados à incorporação de equipamentos/ tecnologias à rede de saúde;
Alocação de recursos para custeio das ações e serviços de caráter regional;	Existência de recursos destinados ao custeio das ações e serviços da rede regional de saúde;
Alocação de recursos para desenvolvimento do processo de regionalização/ estruturação das regiões de saúde;	Existência de recursos destinados à organização/ estruturação da rede de saúde;
Capacidade de captação de recursos junto a outros órgãos na implementação do projeto de regionalização;	Existência de projetos de captação de recursos referentes ao desenvolvimento do processo de regionalização em âmbito regional/ estadual;
Transferência de recursos aos municípios para estruturação da rede local de saúde.	Formas de transferência de recursos aos municípios na estruturação das redes locais de saúde com impacto sobre a organização da rede regional.

NÍVEL DE ANÁLISE: GESTÃO	
Dimensão	Acesso e continuidade do sistema estadual de saúde: Capacidade do sistema de saúde prestar os serviços necessários de forma coordenada e ininterrupta no lugar e momento certo.
Subdimensão	Redes Integrais de Atenção à Saúde: Capacidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde no atendimento às necessidades de saúde da população.
Critérios de Análise	Definição
Organização de linhas de cuidado integrais (promoção, prevenção e recuperação) que atendam as necessidades dos indivíduos (ações básicas e especializadas de saúde, apoio diagnóstico e terapêutico, medicamentos, urgências e emergências, reabilitação);	Produção do cuidado planejada e organizada de forma sistêmica e integrada entre os diversos níveis de atenção;
Implementação de estratégias para indução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde dos municípios;	Incentivos estaduais para os municípios na implementação e fortalecimento da atenção básica;
Proposta de fluxo de referência para outros estados devidamente pactuada;	Definição dos fluxos de referência para outros estados no atendimento às áreas fronteiriças entre os estados e para serviços não disponíveis no território estadual, de forma a promover o acesso facilitado e integral ao sistema de saúde;
Política de incentivo/estruturação para os hospitais de pequeno porte;	Mecanismos de incentivo para aumento da resolutividade dos hospitais de pequeno porte;
Prestação de ações e serviços de atenção à saúde da esfera de competência estadual (média e/ou alta complexidade em cardiologia, traumatologia-ortopedia, neurologia, nefrologia, oncologia, queimados, terapia intensiva, reabilitação, órteses e próteses, hemocentros, laboratórios de saúde pública);	Oferta integral das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade que são de responsabilidade da esfera estadual;
Coordenação da Política Estadual de Transplantes de forma descentralizada no território;	Coordenação das atividades de transplantes em âmbito regional/ estadual;
Adequação da oferta às necessidades da população (Gestão da demanda) de forma descentralizada no território estadual;	Necessidades de saúde da população como critério para oferta das ações e serviços de saúde em âmbito regional;
Rede de transporte sanitário articulada ao complexo regulador como instrumento de promoção da acessibilidade ao sistema de saúde (regional, macrorregional e interestadual);	Implantação de uma rede estadual de transporte sanitário, de forma regulada e compartilhada com os municípios,
Elaboração e implementação de experiências inovadoras de gestão assistencial;	Experiências pioneiras e/ ou inovadoras de gestão da assistência implementadas em âmbito regional/ estadual;
Formulação e implementação de políticas de desenvolvimento regional para áreas prioritárias do território estadual em parceria com os demais setores governamentais e instituições.	Identificação dos ajustes necessários à organização da rede assistencial

Subdimensão	Política de Recursos Humanos: Implementação da Política Estadual de Recursos Humanos conjuntamente com os municípios.
Critérios de Análise	Definição
Pactuação das diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde no interior do estado;	Articulação com os municípios para definição de diretrizes gerais que orientarão as políticas de educação e gestão do trabalho em âmbito estadual, de forma a implementar os mecanismos necessários à descentralização de profissionais de saúde na rede estadual;
Servidores contratados através de concurso público;	Concurso público para alocação de profissionais na gestão e na assistência;
Constituição de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;	Implantação das ferramentas de negociação para trabalhadores da saúde;
Implantação de Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos.	Implantação do Plano com discussão ampla junto aos profissionais.
Subdimensão	Planejamento, monitoramento e avaliação: Qualificação dos processos de planejamento e institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação.
Critérios de Análise	Definição
Sistematização de informações de base regional (diagnóstico da situação de saúde);	Elaboração da situação de saúde por região (perfil epidemiológico, necessidades de saúde, capacidade instalada, excessos, inexistências ou insuficiência de serviços)
Elaboração do Plano Estadual de Saúde, com foco na efetivação e sustentabilidade do projeto de regionalização da saúde;	Elaboração do Plano Estadual de Saúde tendo como eixo estruturador o projeto de regionalização da assistência à saúde e os marcadores SUS (integralidade, equidade, acesso);
Assessoramento na elaboração dos Planos Regionais de Saúde (objetivos, diretrizes e metas prioritárias, recursos e responsabilidades compartilhadas);	Assessoria na elaboração e implementação dos Planos Regionais de Saúde que sistematizam as ações a serem desenvolvidas em âmbito regional;
Coordenação da elaboração e implementação da Programação Pactuada e Integrada de ações e serviços de saúde em conjunto com municípios;	Coordenação e acompanhamento do processo de elaboração e pactuação da programação da assistência, de forma colegiada;
Monitoramento e avaliação dos Planos Regionais de Saúde e do desempenho dos sistemas regionais junto aos Colegiados de Gestão Regional.	Monitoramento da execução dos Planos Regionais de Saúde e dos indicadores de desempenho dos sistemas regionais (resolutividade da assistência quanto ao acesso, continuidade, adequação).

Subdimensão	Regulação assistencial: Regulação do acesso, controle, avaliação e auditoria da rede assistencial.
Critérios de Análise	Definição
Elaboração e pactuação da Política Estadual de Regulação;	Formulação e implementação da Política Estadual de Regulação em conjunto com municípios;
Implantação e operação de Complexos Reguladores regionais em conjunto com municípios;	Implantação de centrais de regulação de âmbito regional;
Coordenação e implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências;	Regulação da atenção pré-hospitalar às urgências e emergências enquanto atribuição do gestor estadual;
Apoio e suporte técnico à implantação dos Complexos Reguladores municipais;	Acompanhamento mensal dos fluxos assistenciais intra e inter-regionais por áreas de assistência/ linhas de cuidado
Organização e pactuação com os municípios do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de saúde a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;	Formalização dos fluxos de referência entre os municípios, tomando como referência a Programação Pactuada;
Elaboração e pactuação de protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;	Protocolos de regulação do acesso às consultas e exames especializados;
Monitoramento dos fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macrorregionais e para outros estados);	Acompanhamento dos fluxos inter e intra-regionais;
Uniformização dos sistemas de regulação das Centrais municipais, regionais e estaduais;	Adoção de um sistema estadual de regulação que propicie maior agilidade de comunicação e integração entre as centrais de regulação municipais, regionais e estaduais;
Acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais;	Monitoramento intermunicipal da relação entre oferta e demanda por serviços de saúde;
Implementação da contratualização dos prestadores de serviços públicos e privados, municipais e estaduais, e hospitais de ensino presentes no território estadual, com acompanhamento do contrato de metas;	Contratualização dos prestadores de serviços, formalizada pelo contrato de metas, com a definição dos resultados quanti e qualitativos pretendidos em determinado período;
Estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informação em Saúde;	Definição dos processos de trabalho que permitirão melhor qualidade das informações de saúde (treinamento sistemático das equipes, supervisões nas unidades e outros);
Avaliação da resolutividade dos serviços de referência nas regiões de saúde;	Avaliação dos serviços de saúde com base em critérios de resolutividade previamente definidos;
Estruturação, coordenação e monitoramento as ações do Tratamento Fora do Domicílio interestadual e municipal;	Coordenação das ações de Tratamento Fora do domicílio;
Coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS.	Coordenação e apoio à implantação dos sistemas municipais de auditoria.

Subdimensão	Tecnologias de informação e controle: Desenvolvimentos de tecnologias de informação e controle como suporte e/ ou aprimoramento das ferramentas de gestão.
Critérios de Análise	Definição
Elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde;	Plano que defina as diretrizes de informatização da rede (padrão de equipamentos, necessidades de implantação de sistemas de controle)
Desenvolvimento e/ou implementação de tecnologias de informação e controle nas áreas de regulação, dispensação farmacêutica, atendimento e administração;	Sistemas informatizados desenvolvidos ou implementados como suporte ao controle das ações de saúde;
Apoio à identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;	Estímulo a adoção de ferramentas de identificação dos usuários pelos municípios.
Dimensão	Controle Social: Adoção de estratégias que integrem a participação social no desenvolvimento da política regional de saúde.
Subdimensão	Participação da sociedade na definição e acompanhamento da política regional de saúde: Efetivação da participação social enquanto estratégia de fortalecimento da ação regional.
Critérios de Análise	Definição
Prover as condições necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde;	Destinação da estrutura e recursos necessários ao pleno funcionamento do Conselho Estadual;
Implementação de ouvidorias em âmbito estadual e regional;	Implementação de mecanismos de ouvidoria nas unidades de referência regional/ estadual;
Implementação de Conselhos gestores nas Unidades de referência sob gestão estadual;	Conselhos gestores de unidades nos serviços de referência regional/ estadual;
Constituição de espaços regionais de controle social (Plenárias Regionais), envolvendo os diversos conselhos de saúde;	Existência de plenárias regionais de controle social com a participação dos conselhos locais e estadual;
Incentivo aos processos de formação de conselheiros de saúde;	Processos contínuos de formação de conselheiros de saúde;
Acompanhamento por parte dos Conselhos locais e Estadual dos instrumentos de planejamento regional (PDR; PDI; PPI; Planos de Ação Regional);	Atuação dos Conselhos na formulação e acompanhamento da política regional;
Participação dos conselhos no processo de contratualização e desempenho dos prestadores de serviços.	Comissão instituída no Conselho local e/ ou Estadual para acompanhamento do desempenho dos serviços contratualizados.

NÍVEL DE ANÁLISE: ASSISTÊNCIA	
Dimensão	Qualidade da assistência: Recursos e processos necessários à qualidade da assistência dos serviços de referência regional.
Subdimensão	Infraestrutura dos serviços: Adequação física e suficiência dos recursos materiais.
Critérios de Análise	Definição
Adequação da infraestrutura dos serviços segundo normas vigentes;	Estrutura física compatível com as necessidades do serviço e com os padrões de acessibilidade e segurança definidos;
Equipamentos, insumos e medicamentos em quantidade suficiente e compatíveis com o nível de complexidade dos serviços;	Compatibilidade entre o nível de complexidade assistencial do serviço e os recursos materiais necessários;
Capacidade instalada em apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica (ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades) compatíveis com o nível de complexidade dos serviços.	Compatibilidade entre os recursos de apoio diagnóstico e terapêutico e o nível de complexidade assistencial do serviço;
Subdimensão	Qualidade técnica: Adequação técnica dos procedimentos e serviços prestados e humanização do atendimento.
Critérios de Análise	Definição
Instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento (contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos) para os serviços de saúde;	Normatização acerca do funcionamento do serviço (fluxos internos);
Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional;	Protocolos de normatização da conduta clínica do profissional;
Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção;	Equipes com quantidade e tipo suficientes de profissionais para o nível de complexidade assistencial do serviço;
Apoio à acreditação dos serviços de saúde;	Mecanismos de incentivo/estímulo à acreditação dos serviços;
Estratégias de acolhimento ao usuário implantadas nos serviços de referência regional.	Qualificação dos processos de acolhimento do usuário no sistema de saúde regional.
Dimensão	Educação em Saúde: Diretrizes e estratégias para formação de recursos humanos na área da saúde.
Subdimensão	Política de Educação Permanente: Implementação de ações de educação permanente com vistas à superação das desigualdades regionais.
Critérios de Análise	Definição
Implementação da Política Nacional de Educação Permanente com integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos voltadas às necessidades regionais;	Política de Educação Permanente com ênfase nas especificidades regionais e necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde de forma articulada e integrada;
Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para o desenvolvimento dos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS;	Articular junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária;

Qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional para gestão da Política de Educação Permanente;	Estratégias para qualificação do desenvolvimento dos processos de educação permanente em âmbito regional pelos Colegiados;
Assessoramento para elaboração e monitoramento dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;	Construção coletiva do Plano Regional de Educação Permanente em saúde, com monitoramento e avaliação das ações e estratégias implementadas na região;
Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).	Constituição das CIES enquanto instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes de participação na formulação e desenvolvimento da política de educação Permanente em Saúde.

APÊNDICE B – Matriz de Avaliação da regionalização da assistência à saúde (versão inicial)

Govern	Dimensões	Subdimensões	Critérios de Análise
Govern	Coordenação	Territorialização da saúde	Conformação do Plano Diretor de Regionalização com a participação de todos os atores envolvidos;
			Pactuação dos critérios de definição dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde);
			Pactuação do nível de complexidade assistencial dos territórios (regiões e macrorregiões de saúde);
			Elaboração de uma proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual devidamente pactuada;
			Prioridades de intervenção definidas no PDR para cada território;
			Avaliações/ revisões periódicas do PDR;
			Elaboração de normas técnicas para a regionalização complementares à da esfera federal.
		Apoio técnico e político	Estruturas gerenciais descentralizadas nas regiões de saúde com capacidade técnica para apoiar os municípios no gerenciamento regional da assistência, promovendo a articulação entre os gestores;
		Elaboração de relatórios de avaliação da gestão regional do SUS como suporte às tomadas de decisões.	
	Fortalecimento da Capacidade Institucional	Qualificação da gestão no SUS	Articulação com Centros de Pesquisa e Formação na área da saúde para o desenvolvimento de projetos permanentes de capacitação de gestores estaduais e municipais;
			Consultorias em gestão pública.
		Política de Recursos Humanos	Ações para interiorização de recursos humanos especializados;
			Servidores contratados através de concurso público;
			Incentivo à capacitação ligado à remuneração;
	Iniciativas de capacitação sem vínculo com remuneração;		
	Plano de cargos, carreiras e salários.		
Financiamento	Plano Diretor de Investimentos	Pactuação de critérios de alocação dos recursos para as regiões de saúde, com vistas à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção;	
		Definição de parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e equidade de acesso;	
		Elaboração de propostas de investimento para cada região, segundo critérios, parâmetros e prioridades definidos, visando suprir os vazios assistenciais;	
		Alocação de recursos para recuperação, readequação e expansão da rede física de saúde;	
		Alocação de recursos para custeio das ações e serviços de caráter regional;	

	Dimensões	Subdimensões	Critérios
Gestão	Gestão Regional	Adequação da oferta às necessidades da população (Gestão da demanda)	Levantamento de necessidades de saúde da população segundo parâmetros estabelecidos;
			Diagnóstico da situação de saúde da região;
			Diagnóstico da capacidade instalada da rede própria e conveniada dos espaços regionais no que se refere aos recursos físicos e recursos humanos (detecção de inexistências, insuficiências ou oferta excessiva de serviços);
			Definição das ações e serviços adequados ao perfil e necessidades identificadas.
		Gestão compartilhada/ Co-gestão	Instituição dos Colegiados de gestão regional como espaço permanente de pactuação e co-gestão na região de saúde, com funcionamento regular;
			Pactuação do objeto da ação regional;
			Instituição das Câmaras técnicas de apoio aos colegiados de gestão regional;
			Termo de compromisso de gestão firmado entre os gestores;
		Planejamento, monitoramento e avaliação	Mecanismos/ ferramentas institucionais de promoção da articulação e pactuação regional (consórcios, associações de prefeitos, Regiões Integradas de Desenvolvimento, outros).
			Plano Regional de Saúde (objetivos, diretrizes e metas prioritárias);
			Pactuação das responsabilidades sanitárias compartilhadas;
			Definição das estratégias para alcance das metas pactuadas;
			Elaboração da Programação integrada de ações e serviços de saúde;
			Elaboração de matriz de investimentos prioritários;
			Sistematização de informações de base regional;
Monitoramento e avaliação do Plano Regional de Saúde.			

Gestão	Dimensões	Subdimensões	Critérios
	Regulação assistencial	Complexos reguladores	Elaboração e pactuação da Política de Regulação do estado em conjunto com os municípios; Implantação de Complexos Reguladores regionais; Protocolos de regulação do acesso aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar para assistência em média e alta complexidade; Monitoramento dos fluxos assistenciais de referência e contra-referência (micro e macrorregional); Uniformização dos sistemas de gerenciamento e operação das Centrais; Acompanhamento da relação entre oferta e demanda de serviços e dos tetos pactuados entre os municípios, subsidiando o planejamento dos recursos assistenciais; Distribuição equitativa dos serviços de saúde, adotando os parâmetros assistenciais.
Controle Social	Contratualização dos prestadores de serviços	Política de contratualização para rede própria, hospitais de ensino e rede complementar;	
	Controle, supervisão, avaliação e auditoria do sistema	Elaboração e acompanhamento do contrato de metas, definindo as metas quantitativas e qualitativas por serviço.	
		Estratégias para garantia da alimentação e qualidade dos dados que compõem os Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar;	
		Atualização do cadastro de todas as unidades prestadoras de serviços de referência regional;	
		Definição de parâmetros e metodologia para programação dos estabelecimentos de saúde, em consonância com as metas físicas e financeiras expressas na contratualização;	
		Acompanhamento da produção dos serviços para avaliação da resolutividade;	
	Tecnologias de informação e controle	Auditoria dos serviços sob gestão estadual e coordenação da implantação dos componentes municipais do Sistema de Auditoria do SUS. Elaboração e implementação de plano de informatização da rede de saúde; Tecnologias de informação e controle desenvolvidas e/ou implementadas nas áreas de regulação, dispensação farmacêutica, atendimento e administração; Implementação do cartão SUS nos municípios.	
Participação da sociedade nas decisões da política de saúde	Implementação de ouvidorias em âmbito regional; Implementação de Conselhos gestores nas Unidades de referência regional; Constituição de espaços regionais de controle social (Plenárias Regionais), envolvendo os diversos conselhos de saúde; Participação dos conselhos no processo de contratualização dos prestadores de serviços; Constituição, no âmbito dos Conselhos, de Comissões de Acompanhamento do Contrato de Metas para avaliar o desempenho dos prestadores de serviços frente as metas pactuadas.		

Dimensões	Subdimensões	Critérios
Assistência	Rede de Atenção à Saúde	Organização de linhas de cuidado integrais (promoção, prevenção e recuperação) envolvendo todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, urgências e emergências, reabilitação);
		Formalização dos fluxos de referência e contra-referência entre os serviços;
		Política de estruturação/ investimentos para os hospitais de pequeno porte;
		Rede regionalizada de atenção às urgências e emergências;
		Rede regionalizada de atenção de alta complexidade em cardiologia, traumatologia-ortopedia, neurologia, nefrologia, oncologia, queimados e terapia intensiva;
		Rede regionalizada em reabilitação, órteses e próteses;
		Rede regionalizada de hemocentros e laboratórios de saúde pública;
		Política de assistência farmacêutica regionalizada;
	Programa de transporte sanitário.	
	Experiências inovadoras de gestão	Implementação de estratégias para indução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no território estadual;
Elaboração e implementação de programas ou projetos inovadores de promoção assistência.		
Qualidade da assistência	Infraestrutura dos serviços	Adequação da infraestrutura dos serviços segundo normas vigentes;
		Equipamentos, insumos e medicamentos em quantidade suficiente e compatíveis com o nível de complexidade dos serviços;
		Capacidade instalada em apoio diagnóstico, terapêutico e elucidação diagnóstica (ou fluxos de referência previamente pactuados para tais atividades) compatíveis com o nível de complexidade dos serviços.
	Qualidade técnica	Instituição de normas de rotina de funcionamento e atendimento (contemplando aspectos organizacionais, operacionais e técnicos) para os serviços de saúde;
		Adoção de protocolos clínicos para atuação profissional;
		Equipes multiprofissionais dimensionadas para o atendimento em cada nível da atenção;
Apoio à acreditação dos serviços de saúde;		
Estratégias de acolhimento ao usuário implantadas nos serviços de urgência e emergência regionais.		
Educação permanente	Política de Educação Permanente	Implantação de Política de educação Permanente com integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos;
		Articulação e pactuação com o Sistema Estadual de Educação para o desenvolvimento dos processos de formação de acordo com as necessidades do SUS;
		Criação de estruturas regionais formais de coordenação e execução da Política de Educação Permanente;
		Elaboração do plano de ação regional de Educação Permanente em Saúde.
	Integração Ensino-Serviço	Constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

