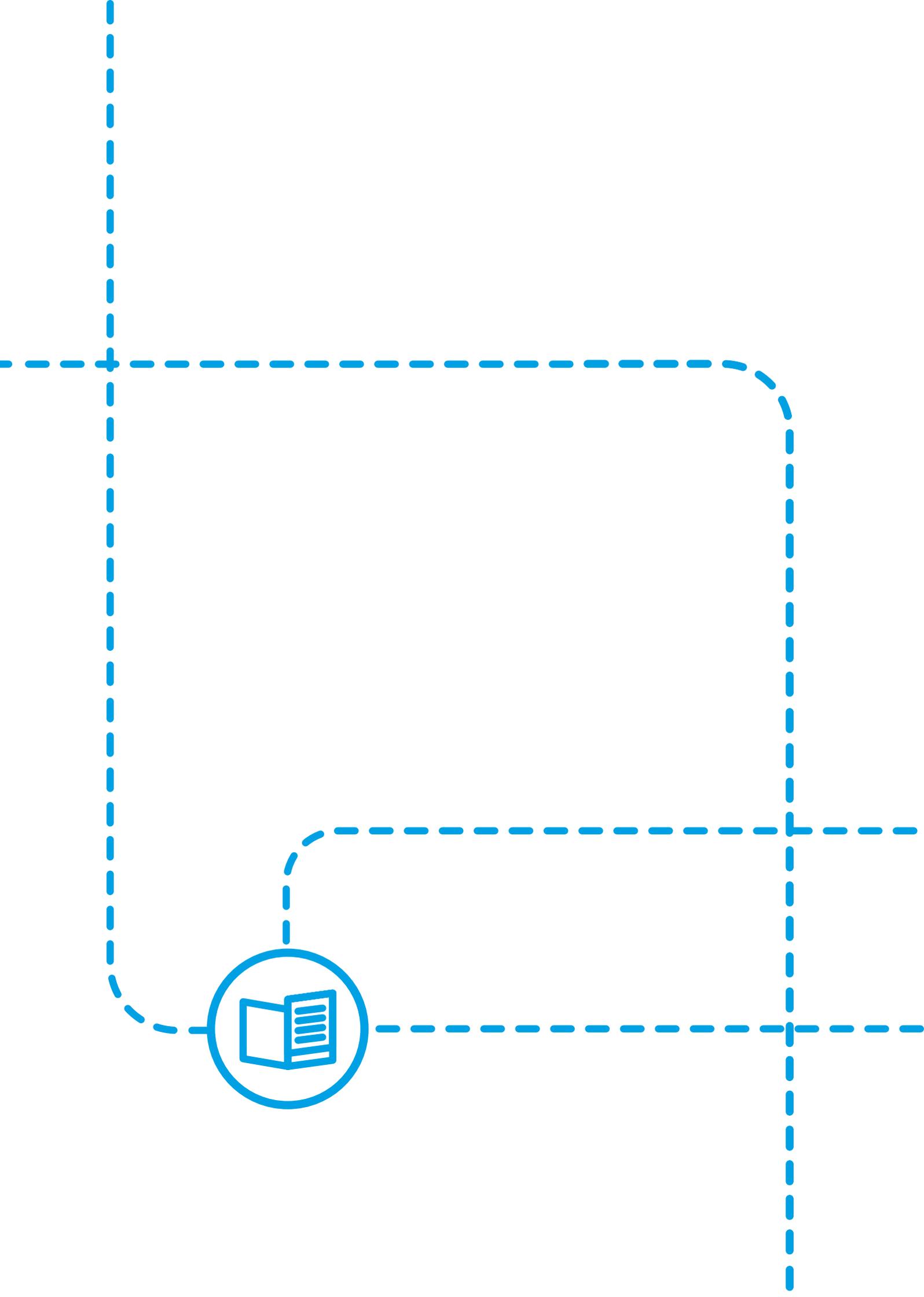


REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

POSICIONAMENTO E ORIENTAÇÕES





REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

POSICIONAMENTO E ORIENTAÇÕES

BRASÍLIA | 2019

*“O planejamento é o principal componente
de uma capacidade de governo.”*

Carlos Matus

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente – Mauro Guimarães Junqueira

Vice-Presidente – Charles Cezar Tocantins

Vice-Presidente – Willames Freire Bezerra

Diretora Administrativo – Cristiane Martins Pantaleão

Diretor Financeiro – Hisham Mohamad Hamida

Diretora Financeiro-Adjunto – Iolete Soares de Arruda

Diretor de Comunicação Social – Diego Espindola de Ávila

Diretora de Comunicação Social-Adjunto – Maria Célia Valladares Vasconcelos

Diretora de Descentralização e Regionalização – Stela dos Santos Souza

**Diretora de Descentralização e Regionalização-
Adjunto** – Soraya Galdino de Araújo Lucena

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares – Carmino Antônio de Souza

Diretor de Municípios de Pequeno Porte – Murilo Porto de Andrade

Diretora de Municípios de Pequeno Porte-Adjunto – Débora Costa dos Santos

**Diretor de Municípios com Populações Ribeirinhas e
em Situação de Vulnerabilidade – Adjunto** – Afonso Emerick Dutra

2º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste – André Luiz Dias Mattos

1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste – Normanda da Silva Santiago

2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste –
Orlando Jorge Pereira de Andrade de Lima

1º Vice-Presidente Regional - Região Norte – Januário Carneiro Neto

2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste – Geovani Ferreira Guimarães

2º Vice-Presidente Regional - Região Sul – Rubens Griep

Conselho Fiscal - Região Norte – Oteniel Almeida dos Santos

Conselho fiscal - Região Norte – Helenilson José Soares Boniares

Conselho Fiscal - Região Nordeste – Leopoldina Cipriano Feitosa

Conselho Fiscal - Região Nordeste – Glifson Magalhães Dos Santos

Conselho Fiscal - Região Centro-Oeste – Maria Angélica Benetasso

Conselho Fiscal - Região Sudeste – José Carlos Canciglieri

Conselho Fiscal - Região Sul – João Carlos Strassacapa

Conselho Fiscal - Região Sul – Sidnei Bellé

Representante no Conselho Nacional de Saúde – Arilson da Silva Cardoso

Representante no Conselho Nacional de Saúde – José Eri Borges de Medeiros

RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

COSEMS - AC -

Tel: (68) 3212-4123

Daniel Herculano da Silva Filho

COSEMS - AL -

Tel: (82) 3326-5859

Izabelle Monteiro Alcântara Pereira

COSEMS - AM -

Tel: (92) 3643-6338 / 6300

Januário Carneiro da Cunha Neto

COSEMS - AP -

Tel: (96) 3271-1390

Marcel Jardson Menezes

COSEMS - BA -

Tel: (71) 3115-5915 / 3115-5946

Stela Santos Souza

COSEMS - CE -

Tel: (85) 3101-5444 / 3219-9099

Sayonara Moura de Oliveira Cidade

COSEMS - ES -

Tel: (27) 3026-2287

André Wiler Silva Fagundes

COSEMS - GO -

Tel: (62) 3201-3412

Verônica Savatin Wottrich

COSEMS - MA -

Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985

Domingos Vinicius de Araújo Santos

COSEMS - MS -

Tel: (67) 3312-1110 / 1108

Wilson Braga

COSEMS - MT -

Tel: (65) 3644-2406

Marco Antônio Noberto Felipe

COSEMS - PA -

Tel: (091) 3223-0271 / 3224-2333

Charles César Tocantins de Souza

COSEMS - PB -

Tel: (83) 3218-7366

Soraya Galdino de Araújo Lucena

COSEMS - PE -

Tel: (81) 3221-5162 / 3181-6256

Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima

COSEMS - PI -

Tel: (86) 3211-0511

Leopoldina Cipriano Feitosa

COSEMS - PR -

Tel: (44) 3330-4417

Cristiane Martins Pantaleão

COSEMS - RJ -

Tel: (21) 2240-3763

Maria da Conceição de Souza Rocha

COSEMS - RN - T

el: (84) 3222-8996

Débora Costa dos Santos

COSEMS - RO -

Tel: (69) 3216-5371

Vera Lúcia Quadros

COSEMS - RR -

Tel: (95) 3623-0817

Helenilson José Soares

COSEMS - RS -

Tel: (51) 3231-3833

Diego Espíndola de Ávila

COSEMS - SC -

Tel: (48) 3221-2385 / 3221-2242

Alexandre Lecina Fagundes

COSEMS - SE -

Tel: (79) 3214-6277 / 3346-1960

Enock Luiz Ribeiro

COSEMS - SP -

Tel: (11) 3066-8259 / 8146

José Eduardo Fogolin Passos

COSEMS - TO -

Tel: (63) 3218-1782

Roberto Sampaio Alves

PRODUÇÃO

Edição geral: Luiz Filipe Barcelos e Talita Carvalho

Edição de imagens: Luiz Filipe Barcelos e Talita Carvalho

Revisão Técnica: André Luis Bonifácio de Carvalho, Marcos Franco,
Nilo Bretas, Rodrigo Lacerda, Denise Rinehart, Maria Cristina Sette de Lima,
Marcelo Carvalho e Stela Santos Souza

Edição de texto: Mariana Pedroza e Talita Carvalho

Layout e diagramação: Mariana Pedroza

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 Sobre o contexto e o documento	8
2. GOVERNANÇA	12
2.1 Governança na Rede de Atenção à Saúde - RAS	18
3. REGIONALIZAÇÃO	23
3.1 Macrorregião	26
3.2 Atributos essenciais da regionalização	28
4. PLANEJAMENTO ASCENDENTE	29
4.1 Planejamento no âmbito do SUS	30
4.1.1 Ciclos do planejamento no SUS	32
4.1.2 Informação em saúde	34
4.2 Participação e controle social	35
4.3 Planejamento Regional Integrado - PRI	36
4.3.1 Processo tripartite do PRI	38
4.3.2 Etapas do processo de PRI	40
5. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	43
5.1 O que é a Rede de Atenção à Saúde - RAS	44
6. MODELO DE ATENÇÃO	46
6.1 Organização dos pontos de atenção da RAS	47
6.2 Atenção Básica estruturante do sistema	48
6.3 Norteadores do SUS do modelo de atenção	49
7. REFERÊNCIAS	50

1

INTRODUÇÃO



Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é uma entidade fundada em 1988 que tem por finalidade congregar as secretarias municipais de saúde e seus respectivos secretários para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde – SUS.

Neste sentido, o Conasems propõe estratégias para fortalecer e preparar os gestores municipais de saúde como protagonistas na construção do planejamento ascendente, na regionalização e no aumento de capacidade de sua governança para Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta é uma estratégia de recomposição do pacto federativo na saúde, em especial no âmbito regional, que se dá por meio de orientações para um planejamento ascendente que de fato possibilite uma melhor política de financiamento do SUS, com foco na realidade sanitária local regional e que garanta os princípios do modelo de atenção à saúde. Essas orientações serão pauta de reuniões e eventos durante o primeiro semestre de 2019, tanto nacionalmente como nas regiões de saúde, com comunicação apoiada em diversas publicações impressas e eletrônicas.

O Conasems atua em rede com os 26 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), sediados nos Estados da Federação, exercendo também a representação dos gestores municipais na formulação e na pactuação de políticas públicas intersetoriais e de saúde. A atuação da rede Conasems-Cosems é calcada na qualidade da informação e na agilidade da comunicação, ao mesmo tempo que potencializa a ação política e técnica qualificando a atuação dos gestores municipais de saúde, bem como dos Cosems e do Conasems, frente à decisão tripartite de qualificação da gestão nas regiões de saúde, aprimorando a organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

1.1 Sobre o contexto e o documento

Este documento apresenta uma síntese das observações e reflexões da gestão municipal nos seus diversos foros de discussão da política de saúde sobre do processo de regionalização, modelo de atenção, regiões de saúde, governança e planejamento. O acúmulo do posicionamento político e técnico dos conselhos de secretarias municipais de saúde.

Ao longo dos trinta anos do Sistema Único de Saúde, o planejamento, as responsabilidades de cada ente da federação, a gestão e os conceitos de governança têm sido muito discutidos e apresentam uma evolução permanente.

Gestão e planejamento no SUS são essenciais para sua governança, indissociáveis e singulares por suas características federativas e de participação na comunidade. Da mesma forma, universalidade, integralidade e equidade também são indissociáveis de um modelo de atenção. Em ambos os casos, um não se expressa sem a existência do outro. Para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os princípios organizativos do SUS descentralização e regionalização também são indissociáveis.

O processo de descentralização e gestão federativa é constitucional para o setor saúde, desde 1988, embora este princípio represente uma necessidade nacional apontada desde o início da década de 1960.

A Lei Orgânica da saúde apresenta as competências das esferas de gestão do SUS também no que se refere ao planejamento.

Conforme a Lei nº 8080/1990¹:

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

XVII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

IX - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

Curiosamente, a lei 8080 não estabelece como competência específica do estado para o planejamento, mas esta responsabilidade é citada no artigo 15 como uma atribuição comum entre os entes. Entendemos que o texto legal enfatiza a necessidade de que o planejamento seja uma responsabilidade interferativa. O planejamento regional é uma obrigação que se realiza em conjunto com os três entes federados:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

¹http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

I - Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - Organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

VIII - Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

X - Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XVIII - Promover a articulação da política e dos planos de saúde;

O planejamento municipal é foco específico de responsabilidade municipal no âmbito de seu território:

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

No município, há necessidade de uma grande integração da área da saúde com as áreas financeira e de planejamento municipais com a finalidade de evitar que a elaboração e disponibilização orçamentária da saúde sejam definidas externamente à gestão da saúde. É também essencial a articulação com os demais secretários municipais sob a coordenação do prefeito para que ações intersecretoriais possam ser bem-sucedidas. Também é importante destacar o papel dos poderes legislativo e judiciário na definição de diversos aspectos práticos da gestão, como investimentos, e regras de acesso, entre outros.

Cabe sempre ao gestor a responsabilidade desta articulação, valorizando o processo de construção do plano de saúde, que no âmbito municipal tem sua sustentabilidade no plano de governo do Prefeito (governabilidade) e nas necessidades de saúde da população (legitimidade social). Fica evidente a necessidade de um plano não cartorial e integrado com as demais políticas municipais.

No Sistema único de Saúde – SUS, cabe ao município a execução das ações de saúde, com a colaboração técnica e financeira dos outros entes da federação. Esta ação federativa implica em um planejamento integrado que, segundo a legislação, deverá ser ascendente. Entretanto, dificuldades políticas, técnicas e financeiras impuseram ao longo da história do SUS um processo de planejamento normativo e descendente, divergente do expresso nas leis 8080/1990 e 141/2012².

²Processo normativo expresso no Artigo 36 da Lei nº 8.080/1990 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Artigo 30 da Lei Complementar 141/2012 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Outra dificuldade é a falta de integração entre as áreas administrativas que também ocorre em alguns estados e, como consequência, observa-se uma dissociação entre o planejamento da região de saúde e o planejamento de uma regional administrativa estadual. Esta dissociação gera orçamentos que não dialogam com as necessidades e pactuações regionais em saúde.

Para se cumprir a lei no processo de planejamento ascendente e a implantação da metodologia dos critérios de rateio³, é importante saber de onde vem o recurso e qual a disponibilidade para o seu uso regional.

A fragmentação da política de saúde também dificulta a implantação do planejamento ascendente, contrariando o preceito expresso na reforma sanitária da necessidade de garantir a direcionalidade da política de saúde⁴.

Isto gerou a construção de estratégias de financiamento por incentivos programáticos, com planejamento e orçamentação descendente em várias políticas públicas de saúde. Este processo diminuiu significativamente o acúmulo e a expertise do planejamento no âmbito local. Os gestores municipais foram gradativamente desconsiderando o planejamento como processo de trabalho permanente que dialoga com o cotidiano da saúde no município. Por sua vez, esta falta de unicidade gera nestas áreas técnicas federais e estaduais, um feedback angustiante onde os técnicos se veem cada vez mais obrigados a interferir no planejamento local, criando planejamento fragmentado onde a somatória em geral não reflete a ponderabilidade das necessidades e dos determinantes e condicionantes de saúde no território municipal ou mesmo de carga de doenças, gerando orçamentação federal que não dialoga com a realidade sanitária local. Neste cenário, os planos de saúde municipais e estaduais passaram a ser apenas instrumentos secundários, feitos em geral por quem não desenvolve as ações ou gerencia os serviços e com caráter apenas cartorial.

Dificuldades para o planejamento

- A tutela exercida pelas áreas programáticas;
- A descontinuidade do processo de capacitação para a gestão, necessária para apoiar a alternância de gestão que ocorre nos três entes da federação;
- Acúmulo das políticas públicas de saúde que valorizam mais os maiores aglomerados populacionais, diminuindo gradativamente a capacidade de garantir os princípios dos SUS, em especial a integralidade;
- Quadro de desfinanciamento federal progressivo e instabilidade do financiamento estadual;
- Fragilidade dos sistemas de informação.

³http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm artigo 17;

⁴Existem regulamentadas 42 políticas públicas nacionais na área da saúde, organizadas e publicas na portaria de consolidação nº 2 <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>

Outra consequência do planejamento descendente e normativo foi a minimização do papel da participação da comunidade local, que passa gradativamente, a assumir apenas o controle social das aplicações dos recursos federais e estaduais.

Impossível para o gestor municipal mobilizar e articular a participação dos trabalhadores e usuários neste processo, respeitando suas demandas, sem infringir o programado de forma descendente. Estes planos cartoriais, mesmo que bem elaborados, acabam destituídos da capacidade de resposta às necessidades de saúde locais, dificultando a implementação do modelo de atenção que valorize o cuidado integral.

O Controle Externo no SUS também tem promovido e estimulado reflexões no sentido de qualificar o planejamento e a governança do sistema. Entretanto, ainda parecem desconsiderar a dimensão participativa e federativa desta governança, maximizando o papel do Ministério da Saúde, fortalecendo os programas verticalizados, num anacronismo em relação ao modelo de atenção e gestão e às normas legais estruturantes do SUS.

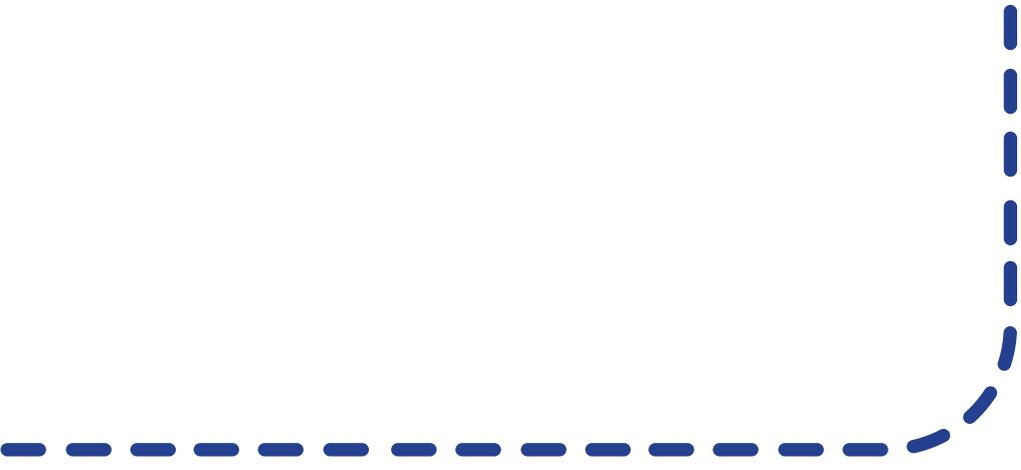
O processo de discussão e pactuação tripartite aponta para a necessidade de revisão da governança do SUS, como um eixo para a qualificação da participação e partilha de responsabilidades dos entes federados na gestão da RAS. A lei 141/2012 determina a ascendência do processo de planejamento e orçamentação do SUS apontado para a importância de se considerar a concepção de região de saúde. Embora sejam um importante espaço democrático, as 438 regiões de saúde hoje instituídas são muito heterogêneas.

A rede Conasems e Cosems não tem a pretensão de configurar propostas prescritivas para cada uma das regiões. Também não propõe a extinção das Comissões Intergestores Regionais (CIR), até mesmo porque são espaços bastante positivos quando funcionam no sentido de viabilizar o apoio à gestão municipal e a troca de experiência mais facilitada entre os gestores. Salienta a importância da pactuação nacional, entre estados; estados e municípios; e entre municípios. Considera a importância desta discussão e pactuação no processo de regionalização. O Plano Regional deve prever o seu desenvolvimento pelo período de quatro anos e suas programações devem acontecer em consonância com os planos municipais e estadual. É importante estabelecer as alterações na composição da RAS e sua programação física e financeira devem ser objeto permanente de monitoramento e avaliação. Uma governança que comporte uma maior participação de todos os municípios, com maior participação na orçamentação e gestão regional, que de fato financie o modelo de atenção do SUS e considere as necessidades locais na implementação da metodologia dos critérios de rateio.



2

GOVERNANÇA



O termo Governança é utilizado já há algum tempo. As análises e debates sobre governança ganharam impulso no início do século XX, em alguns países da Europa como Bélgica, Holanda e países escandinavos com forte tradição de filantropia, participação da sociedade civil nas políticas públicas e concepção social de bem-estar. Após a Segunda Guerra Mundial, visando promover iniciativas de reformas do setor público, o debate sobregovernança se fortalece nos Estados Unidos e Inglaterra.

A palavra governança vem sendo utilizada por diferentes instituições e áreas de conhecimento para tratar de distintos problemas ou ações. Por exemplo, é comum ver frases: as instituições privadas promovem a governança corporativa; o desenvolvimento sustentável e as mudanças climáticas demandam sistemas de governança global; organismos multilaterais, como Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial, promovem a boa governança; o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) promove a boa governança eleitoral; o Tribunal de Contas da União (TCU) preconiza a governança pública; entre outros.

O destaque proporcionado pelo tema da governança vem ocorrendo em função do aprofundamento da crise de estado contemporâneo e das iniciativas de reformas do setor público, com grande foco em critérios e métricas para medir eficiência, eficácia e efetividade, mas com pouca objetividade para medir capital e legitimidade social, também componentes da crise. Dentre os aspectos que impulsionaram este paradigma da governança, estão a ascensão dos valores neoliberais, influenciada pelas ações do FMI, do Banco Mundial e a Organização das Nações Unidas (ONU), que apresentam desconfiança sobre a habilidade estatal para resolução de seus problemas e a transferência dessa resolução para a iniciativa privada.

Para contribuir com diminuição da crise de legitimidade do Estado, os sistemas de governo são desafiados a estruturar novas concepções de governança capazes de suportar a crescente complexidade, dinâmica e diversidade das sociedades. Foi a partir dos anos 1990 que as concepções de governança e governabilidade ganharam destaque no Brasil, devido, principalmente, ao fato do país passar a incorporar os ajustes econômicos de corte neoliberal, de ajuste estrutural e de políticas sociais compensatórias e dar início à chamada reforma do Estado. Neste mesmo período o Banco Mundial do Estado. Neste mesmo período o Banco Mundial introduz o conceito de boa governança, como pré-requisito para realizar empréstimos aos países em desenvolvimento.

Em que pese suas possíveis ambiguidades e imprecisões, a noção de governança, seja em seu uso pelo Banco Mundial para entender os problemas políticos dos países periféricos, seja em seu uso atual, está constitutivamente vinculada à questão das condições de funcionamento do “bom governo”, explícita ou implicitamente entendido como “governo democrático”.

O processo de gestão e governança do SUS constitui objeto de permanente preocupação do TCU que expressa isto através de vários acórdãos, entre eles, o 1130/2017⁵, o 2888/15⁶.

O SUS foi estabelecido em um cenário internacional de crise de estado. Uma crise com três dimensões:

- > Fiscal;
- > De legitimidade social;
- > De gestão de serviços

Estas três dimensões da crise demonstram claramente que o centro da questão está nas relações do estado com a sociedade.

Na primeira, o problema tem a ver com a capacidade do sistema político de financiar suas atividades, ou seja, afeta sua relação com o sistema econômico.

No segundo, o foco recai sobre a capacidade dos atores e organizações do sistema político de produzir e manter a vinculação do público de cidadãos em suas diversas divisões de interesses, expectativas, visões de mundo e valores;

No terceiro (gerenciamento de serviços) caso, o problema é a capacidade do estado, especialmente de seu braço administrativo, de conduzir o processo de implementação de políticas públicas, entre outras coisas em função de crescente complexidade das redes de atores e organizações que afetam a execução das decisões políticas e impedem, em grande medida, uma convergência segura entre a formulação de políticas públicas e os resultados obtidos em sua implementação.

Os diagnósticos sobre a crise de governabilidade parecem convergir em um aspecto decisivo: o estado, seja por razões fiscais, administrativas ou de legitimidade, ou mesmo pela combinação delas, aparece como cada vez mais incapaz de resolver os problemas e atender as demandas sociais. E as “terapias”, apontadas pelo receituário liberal, por um lado, consistem em reduzir as expectativas e demandas dos diferentes grupos e setores sociais em relação ao estado como meio para diminuir as atividades e os gastos governamentais, além de descarregar o sistema político das muitas demandas sociais. Por outro lado, também consistem em descentralizar suas atividades como forma de redistribuir as responsabilidades e os riscos de perda da legitimidade entre os diversos níveis de governo.

⁵ Veja as decisões na íntegra: Acórdão 1130/2017 <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultarPagina=S&itemO=586738>

⁶ Acórdão 2888/2015 https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjOpLW_94HgAhW2IbkGHcDIDdoQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fcontas.tcu.gov.br%2Fetcu%2FObterDocumentoSisdoc%3FseAbrirDocNoBrowser%3Dtrue%26codArqCatalogado%3D8963021&usg=AOvVaw2K8lfrSqiKyNSdWu1YXKCT

Ao lidar com o tema no SUS, trata-se dele em duas vertentes. A primeira, a governança pela qual os gestores do SUS respondem enquanto parte do estado brasileiro. Esta tem orientação formal e jurídica estabelecida pelo Tribunal de Contas de União (TCU) e demais órgãos de controle. Para o TCU, a governança organizacional pública em saúde compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da direção do SUS. Tem como objetivo auxiliar a condução de políticas públicas e a prestação de serviços de saúde à sociedade. No relatório de auditoria sobre governança na pactuação entre governos no SUS, o ministro-relator aponta que “a governança no setor público é uma premissa básica a ser alcançada antes mesmo que as reformas estruturantes necessárias ao desenvolvimento do Brasil sejam viabilizadas”.

Segundo o ministro Augusto Nardes, “sobreposições de competências podem comprometer a oferta de serviços pelo sistema público de saúde, situação agravada pela omissão dos estados como apoiadores financeiros e pela imprecisão quanto ao apoio técnico e ao volume de recursos que cada ente deve aportar”.

Quanto à coordenação e à coerência da pactuação do SUS, o tribunal verificou como fragilidade a fragmentação das políticas incentivadas pelo Ministério da Saúde, o que gera grande quantidade de regras para transferências de recursos. Isso pode dificultar a harmonização dos diversos incentivos com as necessidades específicas dos municípios, assim como prejudicar a coerência das políticas incentivadas com as necessidades da região e, portanto, com os planejamentos regionais.

O Referencial do TCU⁷ prevê que os responsáveis pela implementação da política pública devem ter condições de dar respostas efetivas e no tempo adequado aos riscos capazes de afetar o alcance dos objetivos programados. Em auditoria, o TCU identificou que o SUS não analisa adequadamente os impactos normativos e os riscos da não execução da orçamentação prevista nesta política. Relatam que há uma ausência de atividades de mapeamento e gestão de riscos, de normas que disciplinem esse processo e de elaboração de resposta a riscos.

Os conceitos e ferramentas de análise utilizadas são coerentes com essa escola da governança pública, mas não têm especificidade e potência para medir a legitimidade social do SUS, o capital e ganho social no sistema. A visão de eficiência, eficácia e efetividade não consegue apreender o ganho social ao promover acesso, integralidade e continuidade do cuidado em saúde. Além disso, as características da governança do SUS, como em rede organizacional interfederativa, não são apreendidas pelos órgãos de controle.

No SUS temos diversos espaços onde a governança acontece: local, municipal, microrregional, macrorregional, interestadual, nacional, transfronteiriço e global. E a Governança do Sistema é inclusive por definição legal, interfederativa, colaborativa, participativa e em rede.

⁷Referencial Básico de Governança, aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública – <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24FoA728E014FoB34D331418D>

Nestes espaços, o poder (expresso em capital) consiste na autoridade, condição de legitimidade que permite agir dentro do campo. Cabe ressaltar que campo, aqui entendido como espaços de governança do SUS, não é uma estrutura estática; ele apresenta-se em constante movimento, as quais reproduzem as suas estruturas e as hierarquias, gerando uma tensão entre as posições.

Esse olhar é possível em qualquer recorte geográfico que se busca estabelecer um espaço de governança, até mesmo nacionalmente. A CIR, a macrorregião, a CIB, o interestadual, a CIT são campos da governança do SUS e ao mesmo tempo são subcampos do campo burocrático (Estado). Por definição de sua norma, são espaços em rede (interfederativos), portanto espaços de relação entre sujeitos, atores, que possuem determinado capital (econômico, político, cultural, social, simbólico).

Os campos, mesmo os subcampos do Estado (campo burocrático), são sempre mediados pelo campo do poder. Essa relação de subcampo fica evidenciada pelo grau de autonomia e heteronomia (inverso de autonomia) que apresentam. É grande a heteronomia no campo da gestão do SUS. Não somente o financiamento tem definição externa, como várias ações no SUS, têm determinação externas pela ação da indústria, das agências de financiamento, do legislativo, do judiciário, etc.

De modo geral, o Estado, possui meios de instaurar e inculcar “*formas e categorias de percepção e de pensamento comuns, quadros sociais da percepção, da compreensão ou da memória, estruturas mentais, formas estatais de classificação*” (Bourdieu, 1996). Nos espaços de governança do SUS, como em qualquer espaço do campo burocrático ou administrativo, criamos ou elaboramos formas de interpretação da realidade compartilhadas em determinado território e, por conseguinte, institucionalizamos as bases para a obtenção de legitimidade de determinadas “práticas”.

A rede Conasems-Cosems considera que a maior dificuldade para aumentar a capacidade de governança no SUS está em estabelecer uma distribuição de poder de decisão na rede interfederativa, ou seja, nos espaços de governança do SUS de forma unificada ao redor de propósitos estratégicos. Tal distribuição de poderes de decisão e o desenvolvimento de mecanismos inter organizacionais por meio de sistemas de incentivos (novas formas de coordenação) e de novas formas de controle (não estáticos e sim baseados em padrões de evolução) são os meios de se chegar ao estabelecimento de mecanismos de governança.

O SUS trouxe para o processo decisório da política de saúde, os municípios. Essa inserção não aconteceu sem conflitos, uma vez que as decisões eram tomadas entre Governo Federal e Secretaria de Estado de Saúde (SES). Isso permitiu a ampliação do acesso e aumento do alcance de inclusão da política de saúde além de maior vínculo com necessidades de saúde da população.

A par da necessidade de considerar para sua gestão imediata a análise restrita e economicista de eficiência, eficácia e efetividade presente em documentos e discursos de agências de fomento e órgãos de controle, podemos afirmar

que o acesso, e universalização são o capital simbólico do sistema de saúde brasileiro que não se medem só por essas métricas e que são melhor apropriados pelas análises qualitativas.

Como toda rede inter-organizacional que se estabelece, o sentido da hierarquia e as fronteiras que delimitam a burocracia necessitam se reconfigurar, para busca de maior capacidade de resposta ao ambiente da gestão e de formas alternativas de coordenação e controle. Essa reconfiguração nunca é rápida em nenhuma rede e no caso do SUS, o processo já perdura 30 anos. Enquanto externamente, as fronteiras que delimitavam as organizações de saúde (federal, estadual, municipal) estão diminuindo à medida que as entidades aumentam seus consensos quanto a estratégias e defesa de seus interesses no campo e se articulam de forma conjunta, internamente, o sentido de hierarquia, mesmo enunciado pelo campo jurídico, não se inverte.

Permanece também internamente presente o conflito na distribuição de recursos financeiros, dada sua escassez e a heteronomia presente no campo da gestão intergovernamental do SUS, pois a aplicação dos insuficientes recursos financeiros do SUS tem alocação definida no campo político. Na atual conformação de sustentabilidade econômica e política do sistema não se torna possível com os recursos do sistema, a ampliação do acesso e aumento do alcance de inclusão da política de saúde.

Em função da polissemia do termo governança, alguns pensadores no campo da gestão pública contemporânea defendem uma fusão entre as noções de governança e governabilidade por meio do conceito de “capacidade governativa”, entendida como a capacidade do estado em produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade.

Segundo esta proposta de fusão, os dois conceitos (governabilidade e governança) referem-se a uma única e mesma questão: a questão funcionalista da performance do sistema político em processar as pressões oriundas tanto do ambiente social externo como do próprio sistema político. As práticas e mecanismos de governança vão ser objetivadas nos processos de planejamento e gestão em qualquer espaço que acontece: local, regional, estadual, nacional, etc.

2.1 Governança na Rede de Atenção à Saúde - RAS

Um dos principais pontos de defesa do Conasems frente às demandas apresentadas pelos gestores, além do financiamento, é a necessidade de ampliar o protagonismo municipal na gestão da RAS.

Uma região de saúde que tem em seus territórios apenas serviços de Atenção Básica, ou poucas especialidades, não consegue participar de fato da governança da RAS e tem os direitos de saúde (acesso e integralidade) reduzidos no atendimento às suas necessidades. Há um esvaziamento da capacidade de decisão naquela região, por falta de espaço político nesta governança.

É preciso garantir uma governança federativa qualificada para a RAS que assegure a regionalização, além dos ganhos já institucionalizados com as 438 regiões de saúde. Este passo de reorganização das regiões de saúde para garantia da integralidade, deve trabalhar a atenção à saúde a partir das necessidades em saúde.

A qualificação da gestão municipal será decisiva para as ações esperadas desses atores nos espaços de pactuação. Neste aspecto, observe o que é abordado nas normativas a seguir.

As Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018 apontam a instituição pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) dos Comitês Executivos de Governança das RAS⁸. Instituídos nos espaços regionais onde se organizam as RAS (na macrorregião de saúde), possuem natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo representação do Ministério da Saúde. Esta maior participação do Ministério da Saúde é necessária para qualificar o processo de descentralização, compartilhando uma governança executiva daquilo que, segundo a lei 8080/90, é de coordenação do Ministério da Saúde, como a alta complexidade e a vigilância em saúde. Veja que estamos falando da governança da RAS e não dos demais componentes do SUS.

Estes comitês terão sua composição, atribuição e funcionamento definidos pelas CIB, subsidiarão sua tomada de decisões na macrorregião no que se refere à implementação da RAS, e contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR.

Cabe às Secretarias de Estado da Saúde fornecer os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB e, nos casos de espaços regionais onde se organizam as RAS que envolvam mais de um estado, o comitê terá sua coordenação feita pelo MS compartilhada entre as SES e Cosems.

⁸ Ver em Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo. Página 57. <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Cad-IV-Regionalizacao.pdf>

Observe que a Resolução nº 23/2017 afirma que as CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, PRI e Governança da RAS. Devem ainda fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão. As CIB devem envolver os três entes federados para a implementação do processo de PRI visando à organização das RAS.

Sugestões de atribuições ao Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde

- Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da Rede;
- Monitorar os objetivos e metas da RAS que devem ser cumpridos a curto, médio e longo prazo;
- Monitorar os indicadores estabelecido no painel de bordo da RAS na Macrorregião;
- Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde;
- Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais;
- Encaminhar para a CIB as recomendações.

O caminho do usuário na rede, com um fluxo onde o que tem que se mover primeiro é a informação e não o usuário presencialmente, o bom atendimento na referência, a gestão do cuidado clínico, o fluxo/ regulação e posterior acolhimento, são preceitos que dialogam com a atenção à saúde e que se expressam na organização e funcionamento da rede. Analisar a organização e funcionamento da RAS exige reflexão sobre a posição do usuário em busca da solução para a sua necessidade de saúde fora da atenção básica. Dessa forma, os governos devem se preocupar com esta questão na permanente organização da rede, e no seu funcionamento com qualidade. Nisto deve focar o fortalecimento da governança executiva⁹.

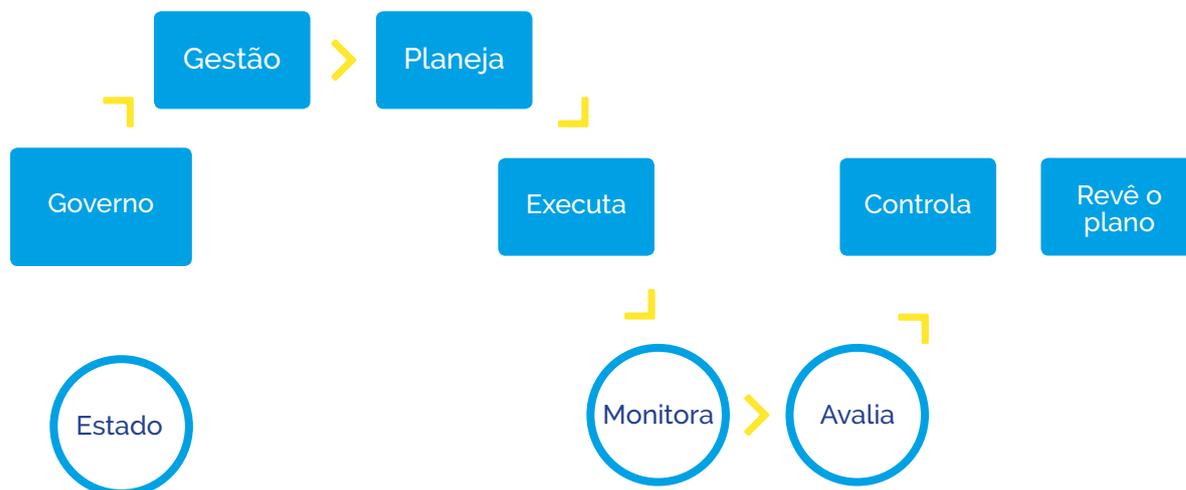
É importante destacar que o PRI, como processo permanente e componente do planejamento ascendente, é agenda dos colegiados e ganha evidência nos momentos de elaboração do plano estadual de saúde, o que já tem motivado esse debate por alguns Cosems. Neste PRI, haverá uma discussão sobre a governança da RAS, governança regional e governança macrorregional.

Segundo o TCU, as leis e as normas que organizam o SUS não definem com precisão o papel de cada ente quanto à execução de ações e serviços de saúde. Em consequência, a repartição de atribuições fica delegada às comissões intergestores, o que causa flexibilidade e indefinição de funções. Ainda conforme o TCU, isso fragiliza a governança na medida em que não propicia segurança jurídica suficiente para identificar responsabilidades e sanções. Tal achado se

⁹ Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as Regiões de Saúde no estado de São Paulo. São Paulo: Pyxis Editorial, 2015

concretiza em várias experiências de planejamento regional interfederativas já desenvolvidas, onde a fragilidade na direcionalidade e o alto índice de ações demandadas com consequente baixa responsabilização se fazem presentes.

A seguir, um diagrama que expressa de forma sintética, a relação entre gestão e governança no planejamento.



Observe que a gestão é o componente diretivo de uma estrutura definida pela governança e planejar é um dos seus atributos. No entanto, este entendimento não expressa a complexidade da governança federativa no SUS.

Ao compararmos estes componentes do ciclo PDCA¹⁰, no que se refere à governança regional no SUS, observamos características mais complexas como:

- > Amplitudes da gestão regional no SUS: a região não é ente federativo, nem parte de um deles;
- > O governo se dá por consenso democrático entregovernos federal, estadual e municipais;
- > Cada região possui um equilíbrio diferente entre a divisão de poderes governativos e a gestão regional (mais estadual ou municipal) a partir da história de regionalização no estado;
- > Cada Estado e região tem sua cultura, sua forma de fazer.

O planejamento é citado na constituição como uma das atribuições comuns aos três entes da Federação, tanto para as execuções de suas ações como para o ordenamento territorial e regionalização¹¹. Este ordenamento regional nem sempre coincide com a regionalização da saúde.

A execução das ações regionalizadas de saúde deve ser feita a partir dos objetivos e resultados definidos no planejamento regional integrado e expressos

¹⁰ Do inglês Plan (planejar) Do (executar) Check (monitorar e avaliar) Adjust (ajustar-rever o planejado) <http://www.portal-administracao.com/2014/08/ciclo-pdca-conceito-e-aplicacao.html>

¹¹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm artigos 25,28 e 30.

enquanto metas de desempenho na programação. No caso regional, temos uma amplitude de serviços no cuidado à saúde, visando a integralidade. Estes serviços mesclam gerências e gestão dos diferentes entes, criando no país uma heterogeneidade regional. Há também grandes dificuldades na execução das ações regionais devido à falta de definição de responsabilidades no financiamento. Não há consenso nem homogeneidade regional quanto a participação dos entes federativos neste financiamento, o que vem sobrecarregando os municípios.

A falta de consenso sobre governança e financiamento tem levado a um isolamento do município na busca do equacionamento da integralidade, conhecido na literatura como “autarquização” dos municípios. Alternativas como os Consórcios buscam superar estas dificuldades, mas carecem ainda de aprimoramento, em especial no relacionamento com o processo de planejamento e gestão do SUS. A rede Conasems-Cosems prevê também uma melhor discussão desta e de outras opções neste sentido de cooperação entre entes federados.

A análise e fortalecimento da capacidade de governo e da governança permitem maior alcance e potência na implementação das políticas. Cabe ainda dizer que apesar dos sentidos diversos do uso do termo governança, existe algo em comum nos estudos das diferentes áreas de conhecimento:

Só irão emergir os mecanismos de governança, se ao lado de novos mecanismo de coordenação e controle, houver maior distribuição de poder decisório.

Seguem alguns apontamentos:

- > Compreender como a governança acontece exige observação e interpretação do processo do qual ela evoluiu e da influência dos atores nela envolvidos;
- > Aprofundar esse olhar sobre espaços sociais e as relações entre os agentes do campo permitirão analisar as relações de cooperação e confiança e formas de cooperação e controle;
- > A percepção da interdependência entre as organizações também motiva os atores a desenvolverem estruturas de coordenação;
- > Estratégias capazes de sustentar a capacidade do governo em agir devem ser formuladas;
- > O poder de decisão ocorre em mecanismos participativos de deliberação e;
- > A governança executiva torna-se uma alternativa à gestão baseada na hierarquia e no mercado, pois fortalece a cooperação e a gestão e gerenciamento da RAS com participação de prestadores, trabalhadores e usuários.

A governança pública promove a criação de centros múltiplos, nos níveis local, regional, nacional ou internacional, para o desenvolvimento de políticas públicas. E o Estado, nesse contexto, transfere seu papel de implementador de políticas para o de coordenação e controle, e o processo de desenvolvimento

das políticas públicas pode passar a considerar questões relacionadas ao desempenho administrativo e à legitimidade democrática. Essa característica, por si só, já permite identificar as interfaces com esses processos da gestão pública.

A atuação da rede Conasems-Cosems na governança e regionalização deve ser orientada por tais diretrizes inclusive quanto ao apoio institucional a esse processo de governança regional, sendo esta uma decisão já tomada pelo Conselho Nacional de Representantes Estaduais (Conares).

Este documento busca apoiar o gestor municipal para o planejamento e qualificação desse processo permanente de regionalização.



3

REGIONALIZAÇÃO

E aceito que a Regionalização em Saúde pode ser considerada como a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social.

É reconhecida a sistematização das ações de saúde segundo sua capacidade de intervir e impactar sobre o dinâmico processo saúde-doença, em termos de redução do risco de ocorrência e da evolução da doença e agravos à saúde, visando o melhor nível e condições de saúde, individual e coletiva.

Por outro lado, a busca da adequada oferta e aplicação prática destas ações de saúde, para garantia de cobertura e acesso populacional, dá-se pela sua melhor possível composição e distribuição técnico-operacional, genericamente conhecidos como Níveis de Atenção, expressos em Atenção Primária (Básica), Secundária e Terciária (alguns consideram também a Quaternária), que indica e refere a ideia e o termo de hierarquização das Ações de Saúde, ressaltando-se que isto não indica, não induz, não pressupõe e não condiciona diferenciais de importância, de conhecimento, de complexidade e de poder, daí outros termos, como “Ponto de Atenção”.

Assim, em resumo, a regionalização assume um objetivo funcional de compor “Regiões de Saúde”, com grau de suficiência, expresso na máxima oferta e disponibilidade de ações de saúde para a população de um dado território, instrumentalizada por uma rede, articulada e integrada. Ressalte-se ainda que, a Atenção Básica, como base da Regionalização do Sistema de Saúde, deve ser considerada, valorizada e operacionalizada como momento, ponto ou unidade de máxima abrangência e resolutividade, ultrapassando a conceituação e prática muitas vezes existente de “nível simples, de poucos recursos, para o atendimento de necessidades menos complexas”.

Garantir o acesso apenas da Atenção Básica é insuficiente para a garantia integralidade. Garantir acesso e integralidade sem equidade gera injustiças regionais.

A integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde (Ayres 2009).

A Regionalização em Saúde, deste modo, implica na subdivisão do universo espacial e populacional, objeto de um Sistema de Saúde, correspondente e inserida num processo de descentralização/centralização que garanta sua macro organicidade e sua operacionalização, em termos de cobertura e acesso, com ações de saúde compatíveis com as características, que responda às necessidades de saúde e demandas de cada um e de todos esses conjuntos espaciais e populacionais, com eficiência e impacto nas condições de saúde.

Entende-se, então, que a dimensão de uma região de saúde deva variar de acordo a critérios geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, levando-se em conta os recursos de saúde disponíveis e os potencialmente necessários, em e para todos os “níveis de atenção”.

O processo de regionalização deve levar em conta o estabelecimento de uma rede hierarquizada de serviços de saúde, a existência de um planejamento regional integrado, a garantia do acesso a todos os níveis de atenção com resolubilidade e racionalização dos recursos, dentro de uma base territorial de planejamento.

O processo de regionalização pode também ser entendido como um facilitador para que as ações de saúde levem em conta os riscos populacionais, evitando a fragmentação da rede de serviços, estabelecendo equilíbrio na distribuição de recursos aos diversos pontos de atenção à saúde e evitando privilegiar os de maior densidade tecnológica.

A importância do processo de regionalização é enfatizada pelo Conselho Nacional de Saúde ao proclamar que “A garantia do direito à saúde requer a organização de uma rede que responda ao perfil epidemiológico e integre as ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação, articulando as ações de âmbito local, microrregional, regional, macrorregional estadual, interestadual e nacional, e assegurando a coordenação da gestão descentralizada. Diferentes perfis de necessidades demandam ações e serviços de saúde de composição diferenciada, exigindo uma perspectiva de base local ascendente que integre sucessivamente os níveis superiores até que se atinja a possibilidade máxima de cobertura alcançável com os recursos disponíveis”.

A regionalização é princípio acoplado ao da descentralização, que juridicamente, em um país que adota o modelo federal, significa a distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas de governo – União, Estados e Municípios -, esferas autônomas, com capacidade político-legislativa, priorizando os níveis regionais e locais.

Todavia, é de se ressaltar que a regionalização e a hierarquização não podem ser consideradas como fins em si mesmo, mas sim como instrumentos para que sejam alcançados os princípios fundamentais do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade.

Enfim, a organização e o funcionamento do sistema público de saúde consoante com o princípio da regionalização requer que ocorra articulação entre as três esferas de governo, e, internamente em cada uma delas.

O processo de regionalização é um dos pontos centrais da agenda do Cona-sems definida a partir do Congresso de Belém em 2018. É o ponto central do processo de planejamento ascendente e pauta construtiva da CIT em 2017/2018.

Esse processo de regionalização deve ser dividido em dois momentos ou movimentos. Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há, ainda, outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinados espaço e tempo. (GUILMARÃES 2005).

Tem-se o desafio de transformar uma insuficiente rede de serviços de saúde, voltada apenas para o atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, em um sistema de saúde capaz de enfrentar a nova situação epidemiológica e demográfica da sociedade brasileira e suas necessidades de saúde.

3.1 Macrorregião

De forma geral, evidencia-se a importância que a dimensão territorial vem tomando no processo de regionalização da política de saúde. A distribuição dos recursos para a atenção que busca a racionalização das ações e dos serviços disponibilizados para todos os cidadãos precisa ser objeto de pactuação entre os entes federados, em especial os municípios que compõem as regiões de saúde. Nelas é que grande parte das necessidades dos cidadãos deve ser atendida, exigindo a presença de uma quantidade mínima de ações e serviços.

A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões/CIR, e seus respectivos municípios. Deve ser organizada no sentido de garantir uma maior governança da RAS e ser de fato uma base do planejamento e orçamentação ascendente. Deve incorporar mecanismos que facilitem a governança partilhada nesta região. É dimensionada a partir de uma rede regionalizada que comporte uma capacidade de resolução mais ampla possível na média e alta complexidade, em que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada. Os parâmetros ofertados quanto à população nas regiões podem ser flexibilizados, desde que existam naquela região todos os pontos de atenção necessários a integralidade da atenção, inclusive na alta complexidade. Se determinada região precisa, mas não possui ainda os pontos de atenção necessários ela deve fazer parte de uma macrorregião maior até que se viabilizem os recursos de investimento e custeio necessários a esta RAS.

Resolução CIT 37¹²:

Art. 3º - O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:

I - Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;

II - Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

Parágrafo único - Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer.

A macrorregião deve ser a base do PRI. Cada CIB deve refletir sobre sua dimensão a partir do trabalho apresentado pelo Ministério da Saúde como sugestão inicial. Se no estado não houver esta macrorregião ou estrutura semelhante de organização regional, o Conasems sugere um esforço dos gestores para sua configuração para que o planejamento considere uma melhor governança da RAS.

A região amazônica possui características específicas que dificultam uma hegemonia com o processo de regionalização do SUS. A região deve buscar uma maior reflexão na busca de alternativas que considerem as enormes dificuldades de logística, em especial a de transporte de pacientes. Atualmente a falta de tempestividade do acesso leva a uma concentração de especialidades em capitais, o que gera uma urbanização metropolitana de uma população com baixo gradiente de saúde. Questões como a interconectividade e a tele (saúde; medicina; consulta ou outras) incluindo as ações de vigilância, são de maior importância. A Amazônia deve ser foco de estudo do Conasems e do SUS, garantindo o direito à saúde das populações isoladas, não apenas por uma Atenção Básica diferenciada, mas também por uma estrutura que minimize os desafios da logística da RAS.

As regiões interestaduais têm urgência a serem consideradas pela gestão do SUS. Em alguns casos a região de referência no estado pode significar muitos dias a mais de trajeto para o usuário que a utilização de referência em outro estado.

¹²http://www.lex.com.br/legis_27629181_RESOLUCAO_N_37_DE_22_DE_MARCO_DE_2018.aspx

A região de fronteira nacional, da mesma forma, tem gerado preocupação dos gestores municipais. Reportam o isolamento do município no apoio à populações estrangeiras que em geral buscam serviços de saúde, muito comum nos nossos vizinhos.

3.2 Atributos essenciais da regionalização

Apresentamos resumidamente o que podemos considerar como os atributos essenciais da regionalização:

- Menor custo;
- Financiamento com equidade.
- Pactuação:
 - Na alocação dos recursos
 - Na organização dos serviços em rede
 - No modelo de atenção a partir do cuidado integral
 - Na governança da RAS
 - Nos protocolos de regulação com a participação da APS
- Usuário como foco:
 - Na regulação
 - Na logística do transporte sanitário
 - No acolhimento em todos os serviços

No quadro apresenta-se os atributos essenciais da regionalização que devem ser considerados neste momento do SUS em que se discute regionalização/ governança e planejamento regional.

3

PLANEJAMENTO ASCENDENTE

4.1 Planejamento no âmbito do SUS

O planejamento é a base para o desempenho de uma gestão qualificada. Trata-se da capacidade da gestão em observar, analisar, priorizar, programar, acompanhar e reprogramar, em um ciclo permanente.

A maior e mais qualificada participação dos gestores municipais nestes processos conferem direcionalidade ao planejado em relação à atenção das necessidades de saúde no território sob sua responsabilidade.

A atenção à saúde dos cidadãos de um território não se resolve apenas no âmbito local. A necessidade de referências e acesso a serviços não disponíveis no município leva o planejamento aos colegiados regionais e estaduais de gestão do SUS. A gestão que tem sua participação regional limitada, por qualquer razão, tem dificuldade de garantir a integralidade.

A integralidade requer cooperação entre os diversos entes federados e, portanto, a regionalização requer a definição do papel específico de cada ente bem como muitas vezes de instrumentos de cooperação federativa para viabilizar o Planejamento Regional Integrado (PRI). O papel de coordenação do processo de regionalização pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES) é definido não somente porque o PRI é expresso nos Planos Estaduais de Saúde, mas porque sempre haverá também o compromisso inclusive de gestão e financiamento do estado com a RAS como condição para integralidade da atenção. Da mesma forma, a participação do Ministério da Saúde no planejamento macrorregional é essencial para viabilizar as responsabilidades federais na gestão e financiamento da RAS como condição para a integralidade da atenção.

As responsabilidades dos entes federados com o PRI se traduzem, portanto, em condições objetivas para a integralidade e se expressam na programação e nos respectivos orçamentos. Ressalte-se que o orçamento é uma lei (Lei Orçamentária Anual - LOA) e é fundamental a gestão dos tempos do processo de planejamento para que ele se integre ao orçamento.

A Lei Complementar (LC) 141 determina como responsabilidades das três esferas de gestão a formulação de critérios para a implementação da metodologia de aplicação dos critérios de rateio, numa formalização legal do cofinan-

ciamento e mecanismos para a garantia da integralidade da atenção. Em seu artigo 18 apresenta uma possibilidade ainda pouco explorada e desenvolvida:

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

De forma correlata ao definido quanto ao rateio dos recursos federais para o SUS, a LC 141 define em seu Artigo 19 o rateio dos recursos dos estados aos municípios e estabelece que:

Art 19. § 1º: Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º: O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Estabelece ainda em seu Art. 20:

As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Já quanto aos instrumentos de cooperação, o Artigo 21:

Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei no

8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Alguns Cosems já estão estudando estas possibilidades. Uma das ações propostas para a rede Conasems-Cosems é a sistematização e divulgação destas experiências para apoiar os municípios. Os Consórcios já são utilizados pelos municípios em quase todos os estados, embora tenhamos ainda dificuldades de integração deste prestador no processo de planejamento e de governança executiva da RAS.

Salienta-se a importância deste processo na formulação das leis orçamentárias de todos os entes. Não se pode descuidar do fato que estas programações regionais devam estar contidas nestas leis. Nada se executa sem que esteja autorizado na LOA.

Adiante uma breve descrição sobre este planejamento que se desdobra na região, macrorregião, estado, nas regiões interestaduais e a participação municipal.

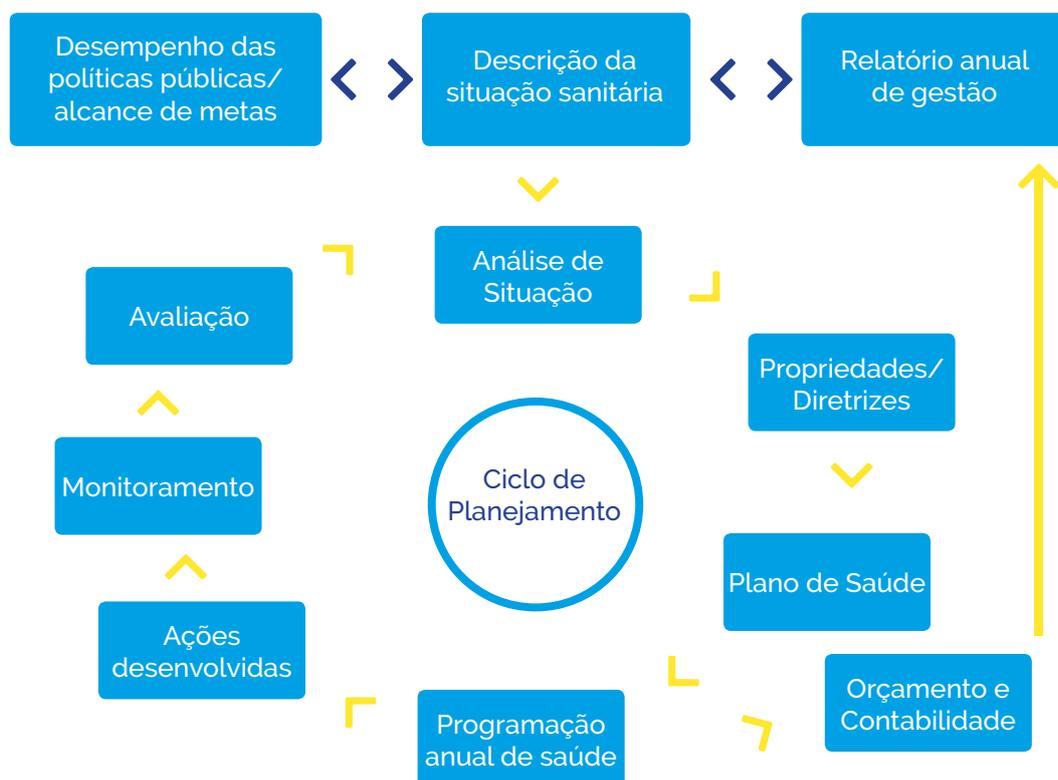
4.1.1 Ciclos do planejamento no SUS

O plano se renova a cada quatro anos enquanto uma formalidade documental. Pode ser revisto durante este período, dado que as ações de saúde e outros determinantes podem impactar significativamente a condição sanitária local durante sua vigência. Esta atualização é um atributo essencial da gestão e se baseia em um monitoramento adequado, avaliação técnica competente do desempenho das políticas públicas de saúde e capacidade de governo para induzir ou alterar o planejado em conformidade com as necessidades de saúde.

Outra dimensão que se expressa em ciclos são os momentos do planejamento. Segundo Matus¹³, são momentos e não etapas porque podem ser revisitados a qualquer tempo em que situação se altere no processo de planejamento.

Estes ciclos podem ser sintetizados conforme desenho do ciclo permanente dos momentos de planejamento a seguir.

¹³ [http://www.faud.unsj.edu.ar/descargas/blogs/libro-de-carlos-matus-adios-senor-presidente_MATUS_Adios_Senor_Presidente%20\(1\).pdf](http://www.faud.unsj.edu.ar/descargas/blogs/libro-de-carlos-matus-adios-senor-presidente_MATUS_Adios_Senor_Presidente%20(1).pdf)



Este ciclo se repete nas diversas esferas de governança do SUS. Assim em relação ao sistema o que temos é um planejamento que se estrutura em cada esfera em conformidade com este ciclo de planejamento.

Os instrumentos de contratualização, regulação, informação, gestão de custos e definição de parâmetros, devem ser considerados no planejamento.

São organizados no SUS de forma ascendente nos espaços municipal, regional, estadual e nacional, de forma inversa ao que vem sendo feito, conforme determina a lei nº 8080/90 e a LC nº 141/2012. Então poderíamos pensar no planejamento ascendente como fluxo de ciclos de planejamento que interagem de maneira permanente e ascendente. Deve haver transparência em cada processo do planejamento, conforme determina a lei.



O último momento do ciclo de planejamento do SUS como um todo será a formulação e aprovação do Plano Nacional de Saúde, em concordância com o prescrito no artigo 30 da LC 141/2012.

Fica evidente a importância de sistema de informação adequado para que se consiga operacionalizar este processo de planejamento regional. A lei 141 especifica esta responsabilidade e a rede Conasems-Cosems aponta para a importância de um sistema que possibilite a sua utilização em âmbito nacional, favorecendo o processo e a transparência do planejado.

A definição de parâmetros regionais pelos gestores e a aprovação das prioridades pelos conselhos de saúde nas três esferas de governo são tarefas federativas componentes do planejamento.

4.1.2 Informação em saúde

O diagrama a seguir sistematiza os processos da gestão do SUS com uso da informação para a tomada de decisão e que devem ser subsidiados também por um sistema permanente de gestão de custos e definição de parâmetros de programação e por sua vez devem subsidiar o processo de contratualização da RAS.

Organização dos processos da gestão e informação no SUS



Observamos no diagrama a centralidade da RAS e da Atenção Básica e sua relação com os processos relacionados a produção da informação. Consideramos a informação como princípio para uma análise de situação adequada no processo de planejamento. A rede Conasems-Cosems considera como urgente

a diminuição do número de sistemas de informação e revisão destes incorporando em especial relatórios locais e interoperabilidade, minimizando a fragmentação das políticas e maximizando a capacidade governativa do SUS no âmbito municipal e regional.

4.2 Participação e controle social

Sabemos que a lei regulamenta esta participação¹⁴. As Conferências de Saúde elaboram as diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde. Estas diretrizes subsidiam a formulação destas políticas, que ao fim devem ser aprovadas pelos Conselhos.

O desempenho destas políticas deve ser monitorado e avaliado. Esta avaliação deverá compor a análise de situação a ser feita perante o Conselho, pela gestão.

Há no país o costume de considerar as Conferências Municipais de Saúde como formuladoras do plano municipal, no entanto cabe ao Conselho o papel de estabelecer as diretrizes para o plano.

Da mesma forma que região não é ente federado, não existe conselho regional de saúde. De qualquer forma são evidentes as necessidades de que o Conselho Estadual de Saúde CES debata o PRI que deve estar expresso no plano estadual a ser aprovado no CES. Também é evidente que cada Conselho Municipal de Saúde CMS, ao definir as diretrizes do PMS deve apontar a necessidade da articulação regional na RAS para alcance das metas de acesso e integralidade.

Portanto, podemos afirmar que o planejamento ascendente começa com o cidadão, na atenção de suas necessidades. Passa pela comunidade onde mora, onde as necessidades coletivas de atenção à saúde são determinantes importantes a serem considerados.

Este é um trabalho permanente do gestor municipal, que deve espelhar a orientação política que é estabelecida pelo Prefeito.

A participação qualificada do gestor municipal no processo de planejamento regional é fundamental para que se desenvolva as alterações em direção a uma RAS que atenda às necessidades a ela reportada a partir de uma atenção básica adequada e que inclua responsabilmente as ações de promoção, proteção e recuperação. Esta participação deve sempre buscar uma maior representatividade municipal na divisão de poderes para a governança regional, pois não há um ente federado regional, não há governo regional, e não há que se pensar nesta conformação governamental.

¹⁴ Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm

4.3 Planejamento Regional Integrado - PRI

Inicialmente é bom considerar que a avaliação das normas faz parte do processo de planejamento. Muitas vezes elas podem ser consideradas como as grandes causas de problemas nos diversos espaços onde se planeja, quer numa UBS, numa Secretaria Municipal de Saúde e mesmo na gestão interfederativa do sistema. O planejamento regional não foge a esta regra. Neste sentido, é preciso não se deixar limitar por normas que podem interferir no resultado do processo de planejamento. Elas deverão ser trabalhadas estrategicamente, criando-se viabilidade para suas mudanças quando necessárias. Outra consideração importante é que o plano municipal de saúde possui duas dimensões importantes contempladas nas diretrizes apontadas pelo conselho municipal de saúde para a sua construção: atenção à saúde realizada nas ações e serviços municipais e atenção necessária de usuários a ser encaminhada para fora do município na RAS. Ainda devemos considerar inicialmente que as ações coletivas de proteção à saúde também podem ser de execução complementar em rede com participação de outros entes.

Portanto as ações regionalizadas complementam o sistema municipal de saúde e qualificam a atenção à saúde, ao mesmo tempo ações municipais resolutivas impactam positivamente no funcionamento e financiamento da RAS.

Neste sentido, a qualificação da governança da RAS e as necessidades de saúde devem ser momentos de reflexão por parte dos gestores municipais, para uma pactuação equilibrada. Como instrumento destas questões, a CIT define o PRI como o momento para refletir sobre estas questões políticas, estruturantes, funcionais e de financiamento regionais. O PRI, se bem elaborado, estará expresso no plano estadual que traduzirá a realidade regional a ser trabalhada nos próximos quatro anos.

Ações Regionais e qualificação da atenção à Saúde Local



Trata-se de um grande esforço de integração entre o que pensam os governos estaduais e federal e o que os municípios querem para um sistema de saúde que se movimenta a partir de uma governança federativa. Há um duplo componente deste momento do PRI.

O primeiro momento é o de ouvir e organizar o que pensam os municípios quanto a regionalização, macrorregião e governança da RAS, o que pode se dar mais rapidamente. O segundo deve ocorrer a partir do início da gestão estadual/federal, quando for iniciado o processo de discussão e elaboração do plano estadual em conformidade com a lei 141/2012.

Atrasos na elaboração do plano estadual implicará na não integração do plano na composição do plano nacional, aprofundando a irregularidades do financiamento e das ações necessárias à uma RAS de qualidade, desrespeitando o planejamento ascendente.

Há, portanto, uma exiguidade de tempo para um levantamento de dados e uma análise de situação que inclua as demandas e necessidades apontadas pelas regiões.

Cada um dos momentos do planejamento a seguir deve estar baseado em dados reais, de estrutura, funcionamento e resultados, perante as necessidades de saúde. Quanto mais tempo se demora para produzir isto menor será o tempo para a formulação do plano e programação e incluir nas leis do Plano Plurianual – PPA e Orçamentária dos estados para o primeiro ano de sua vigência. O atraso para a produção limitará a possibilidade de um plano que contemple a posição dos municípios nas demandas regionais.

Os Cosems possuem outras agendas políticas e técnicas em seus estados que não podem ser negligenciadas, sob o risco de grandes prejuízos para o SUS. Entretanto, há que se pensar neste momento histórico de transição da forma de planejar no SUS, com o fortalecimento do seu caráter ascendente. Portanto adiar esta discussão dificultará a participação municipal do processo de planejamento ascendente.

Nos momentos de transição dos governos federal e estaduais, cabe aos municípios a palavra da continuidade do aprimoramento das políticas públicas de estruturação e de funcionalidade do SUS como uma linha de base para a nova gestão no âmbito dos estados e do Governo Federal.

4.3.1 Processo tripartite do PRI

O PRI é parte integrante do planejamento ascendente. Como tal, deve se remeter a lei 141/2012 para a sua consecução:

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

O processo PRI é coordenado pelo estado com a participação dos municípios e agora também do Ministério da Saúde, corresponsável pela RAS, em especial nas áreas de Alta Complexidade e Vigilância em Saúde. O Conasems espera uma participação resolutiva e qualificada, com capacidade de decisão do Ministério e também a descentralização para as macrorregiões das habilitações, qualificações, requalificações, credenciamentos etc de serviços. Esta participação começa na comissão estadual que organizará o PRI no estado. Esta comissão e a organização do processo nas regiões tem suas diretrizes definidas pela bipartite CIB.

Muitos são os desafios encontrados pela rede Conasems-Cosems nas diversas regiões de saúde no nosso país.

Principais fragilidades

- A Atenção Básica, de uma maneira geral, não participa do processo regulatório, diminuindo o seu atributo de gestora do cuidado. Ainda carece de capacidade resolutive, com protocolos não pactuados com servidores e serviços, o que também diminui um outro atributo, o de ordenadora da rede.
- O que é básico em uma região pode não ser em outra, o que indica a necessidade de uma maior amplitude e flexibilidade do escopo da Atenção Básica.
- Heterogeneidade no país sobre o processo de regionalização, com estados ou regiões onde o acúmulo de discussão, estruturação e funcionamento são ainda precários;
- Regiões de Saúde que não possuem governabilidade plena da gestão, impossibilitando avanços regionais, além de não possuírem média/alta complexidade;
- Dificuldades de pactuação sobre o financiamento regional, sobrecarregando a participação do município no financiamento;
- Iniquidades no financiamento;
- Redes implantadas prioritariamente nas capitais, estas são responsáveis por concentrar a alta complexidade causando assim vazios assistenciais; questiona-se se esta política como instituída, garante a universalidade.
- Financiamento que não prioriza o modelo de atenção do SUS;
- Participação estadual nas regiões apresenta-se muito diversa desde um desempenho solidário, passando por uma não participação na CIR até a utilização deste espaço como um momento de tutela política (espaço de poder);
- Dificuldades e restrição da participação dos pequenos e médios municípios na pactuação de suas demandas nos espaços de decisão sobre a RAS.
- As ainda desinstitucionalizadas regiões interestaduais e transfronteiriças – de coordenação obrigatória pelo MS – sobrecarregam municípios nas divisas de estados e fronteiriços a outros países.

A Resolução nº 37, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, afirma que o PRI, instituído e coordenado pelo estado, em articulação com os municípios e participação da União expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

A implementação do processo do PRI visando a ampliação da governança da RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, se dará em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012. (Inciso II, Artigo 1º da resolução nº 23/2017).

4.3.2 Etapas do processo de PRI

A instituição de uma macrorregião deve ser o primeiro momento de reflexão do PRI. A CIB definirá se há necessidade de macrorregião e como se formará no estado. Este passo em alguns estados já está sedimentado, com macros operacionais. Nestes casos não se preconiza uma construção, mas uma revisão para qualificar sua estrutura e governança.

Tendo a CIB definido sobre as Macrorregiões de Saúde, é o momento de iniciar o processo do PRI, que para ser efetivo deve seguir algumas etapas para sua elaboração. A seguir apresentaremos cada uma dessas etapas:

- > Elaboração da análise da situação de saúde;
- > Identificação das necessidades em saúde, considerando a capacidade instalada, os vazios assistenciais e fluxos de acesso;
- > Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- > Organização dos pontos de atenção da RAS;
- > Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;
- > Definição de investimentos necessários.

Análise da situação de saúde

Quanto à análise de situação de uma macrorregião de saúde, é de se esperar uma grande quantidade de informações e processos organizados para a busca destas. Identificar e analisar as necessidades de saúde a partir de um cuidado integrado significa identificar o quanto destas necessidades não são atendidas ou são insuficientes.

A organização destes dados, sua análise e definição de prioridades deverá ser conduzida por uma comissão coordenada pela secretaria de estado da saúde para o PRI, que articula a participação dos municípios e do ministério da saúde tanto no âmbito estadual como macrorregional. Estas prioridades apontadas são aprovadas no âmbito da CIB.

Identificação das necessidades em saúde, considerando a capacidade instalada, os vazios assistenciais e fluxos de acesso

No que se refere à identificação das necessidades em saúde da população no território e da capacidade instalada, sugere-se trabalhar necessidade de saúde relacionada às seguintes dimensões:

- Análise da situação de saúde da população quanto aos riscos de adoecimento, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais;
- Quadro de necessidades elaborado pelos Conselhos de Saúde;
- Serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional;
- Análise alocativa de recursos econômicos.

Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução

Com a análise situacional elaborada, é possível avançar na identificação e definição das diretrizes e prioridades que comporão o Plano Regional. Vale observar que as diretrizes já definidas nos planos nacional, estaduais e municipais, construídas previamente com participação social devem orientar as prioridades, destacando que o Plano Regional da Macrorregião deve conter apenas as Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de interesse macrorregional, mantida sua dinâmica interdependente com as demais ações ao nível estadual e municipal.

Importante destacar a Integração das ações de vigilância em saúde com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS que consiste na articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária com todas as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.

As demais ações, da atenção básica, da vigilância em saúde e da assistência farmacêutica, no âmbito dos municípios, devem estar abordadas no planejamento municipal. A definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, conforme o Manual de Planejamento no SUS (MS2016), deve considerar que:

- As diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Por exemplo: “o financiamento regional deve ser pactuado regionalmente e expressar o modelo de atenção do SUS”.
- Os objetivos expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado. Em relação ao exemplo anterior podemos considerar como objetivos: garantia da integralidade; correção de vazios assistenciais; equidade regional no financiamento e acesso.

- As metas expressam a medida de alcance do objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados. Em relação ao exemplo anterior: diminuição dos vazios assistenciais em percentuais anuais com tais investimentos e tais correções do financiamento.
- Os indicadores retratam um conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção. Devem descrever a situação sanitária que se quer mudar.

Programação das Ações e Serviços de Saúde

A Programação das Ações e Serviços de Saúde é uma das etapas do PRI, e consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ASPS a serem desenvolvidos, no âmbito da Macrorregião de Saúde, contribuindo para a conformação e organização da RAS. Abrange as ações de atenção à saúde a serem realizadas no território.

Todas as ASPS de interesse regional, bem como as responsabilidades dos entes para com essas ações e serviços, deverão estar contidas no próprio Plano Regional.

Um desafio futuro próximo é ampliar o escopo da Atenção Básica, incorporando ações de atenção especializada e MAC.

Definição de investimentos necessários

Uma vez definida a RAS, inevitavelmente será necessária a correção do acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade, da atenção básica à alta complexidade. Isto significa investir em novos serviços ou para a correção dos existentes. Definir um plano de investimentos necessários para a região, apontando as prioridades regionais. Um bom plano orienta as necessidades de contribuição dos poderes da república. É bom lembrar que qualquer investimento deve haver uma pactuação tripartite para seu custeio.

Entendemos que o Plano Regional Integrado ou parte dele poderá atender o que está posto no Decreto nº 7.508/11 no seu Art 2 que estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O Plano Regional Integrado construído com a participação dos três entes da federação na Macrorregião de saúde prevalecerá sobre todas as normas infralegais que venha dificultar sua implantação.



5

REDE DE ATENÇÃO
À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde - RAS têm como propósito a organização da atenção à saúde regional, no sentido da garantia do acesso integral com equidade, e qualidade na construção da cidadania em saúde. Propósito que, para ser alcançado com efetividade, deve ser pensado como parte de uma ampla rede de atenção em saúde a partir da Atenção Básica, passando por um processo integrado com as ações de Especialidades e Hospitalares de referência.

Os gestores municipais necessitam se apropriar de seus conceitos e suas características que devem espelhar o modelo de atenção à saúde.

Destacamos ainda que, para o Conasems todo esforço empreendido para apoiar o desenvolvimento e organização da RAS deve ter como objetivo responder as necessidades de saúde da população.

5.1 O que é Rede de Atenção à Saúde - RAS

A constituição, ao definir o SUS o expressa relacionado à rede de atenção:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único

Este artigo é ainda “inconcluso” em sua construção. Foi e ainda é foco de discussão nos foros de participação para definição de como aplicá-lo, como atualmente no PRI.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Neste parágrafo da portaria os formuladores tomam o cuidado de colocar no conceito de RAS suas características e o que propiciam sua melhor constituição e operação. No parágrafo seguinte definem também o objetivo da RAS:

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Siste-

ma, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Aqui se aplica o processo de planejamento permanente como visto, que deve estar inserido no PDCA planejar, executar (a programação), checar (monitorar e avaliar) e rever seu plano a partir do que for checado. Este é momento onde a governança é importante.

Aí consiste o desafio: construir um sistema integrado que consiga articular suas práticas em âmbito regional, respeitando a autonomia de gestão de cada município. A estruturação da RAS então, apresenta-se como um caminho possível visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes. (LAVRAS, 2011)

A organização da RAS tendo a Atenção Básica resolutiva como coordenadora ou gestora do cuidado e ordenadora da rede e participe da regulação, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Nesse sentido, a RAS é uma estratégia de estruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na oportunidade, qualidade e impacto da atenção prestada.



6

MODELO DE ATENÇÃO



Carta de Belém em seu primeiro ponto sobre Modelo de Atenção e RAS:

1. Implementar um Modelo de Atenção à Saúde que elimine a verticalidade dos programas ESTADUAIS E FEDERAIS, considerando o planejamento ascendente, a fim de viabilizar a organização do sistema de saúde com foco nas necessidades, condições de risco e vulnerabilidades presentes no território, fortalecendo assim a integralidade da atenção à saúde.

6.1 Organização dos pontos de atenção da RAS

Esta organização é fruto de um processo de regionalização que amadurece e se corrige com o aprimoramento da relação entre entes, tendo como eixo estruturante o caminho do usuário e seu acolhimento na rede. Definidas as prioridades sanitárias regionais, emerge a necessidade de construção de consensos pactuados com definição das responsabilidades individuais e comuns de cada ente federativo, na Região e na Macrorregião de Saúde, para acolher o usuário e seu trajeto na RAS e seus respectivos pontos de atenção com a previsão orçamentária para isto. Estas responsabilidades devem considerar melhorias de indicadores relacionados à atenção básica e à vigilância em saúde, pois, em parte, quanto mais efetivos são esses resultados maiores são os impactos nas necessidades de ações e serviços de interesse regional da média e alta complexidade.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se oferta determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os consórcios intermunicipais e saúde, os hospitais, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os serviços de verificação de óbitos, os centros de referência em saúde do trabalhador, os laboratórios de vigilância, entre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Os princípios e diretrizes constitucionais do SUS apontam há 30 anos para o modelo de atenção com Atenção Básica APS universal, com resolutividade nas ações de promoção da saúde, proteção com foco nas situações de risco à saúde e diagnósticos e tratamentos precoces. Entretanto, é um modelo em construção e a oferta da atenção ainda fragmenta o cuidado em saúde.

Modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Modelo de atenção à saúde pode ser definido como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas (Paim 2008).

Define-se Modelo de Atenção como a convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados acerca dos modos de operar as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações (Ayres 2009).

Os modelos podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Concisamente, são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político¹⁵. (Paim 1999) Vale destacar que Paim (2008) faz um importante alerta sobre estas conceituações, na opinião do autor elas insinuam uma armadilha que deve ser evitada: a ideia de enquadramento e padronização que não considera as diferentes realidades brasileiras.

6.2 Atenção Básica estruturante do sistema

O maior eixo do modelo de atenção do SUS é sua característica que começa por uma atenção básica resolutiva, que participe efetivamente do processo de regulação, gerindo o cuidado do paciente que habita no território sob sua responsabilidade; que defina e caracterize as demandas a partir de uma necessidade de saúde construída a partir de um cuidado integrado; de um entendimento que saúde não é apenas assistência, mas incorpora o bem estar físico, mental e social, conforme define a constituição e a lei orgânica; que não exclua a responsabilidade do usuário, e a da família, base e objeto da Atenção Básica.

A importância de uma AB qualificada, que seja suficiente para a resolução de mais de 80% das causas de procura por atenção na UBS, perpassa por uma maior integração com as diversas ações e serviços, em especial com a Vigilância em Saúde¹⁶.

¹⁵PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidem

¹⁶Resolução nº 588, de 12/06/2018 que institui a Política Nacional de Vigilância (PNVS). <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

6.3 Norteadores do SUS do modelo de atenção

Ayres¹⁷ sistematiza o que chama de norteadores do SUS do modelo de atenção, baseado nos princípios e nas políticas públicas de saúde. Estabelece os seguintes norteadores de modelo:

- > Princípio da integralidade da atenção no contexto do SUS e seus desafios nos planos do Conhecimento – o próprio núcleo do “saber”;
- > Tecnologias – a aplicação da “técnica” propriamente dita;
- > Ética – valores que orientam as práticas;
- > Vulnerabilidade;
- > Cuidado e;
- > Humanização.

Há que se verificar a presença destes norteadores nas políticas de saúde.

Mesmo considerando a história sanitária evolutiva da região, ou a adaptação do modelo à realidade da região, estes são eixos estruturantes do modelo do SUS que devem ser observados.



¹⁷ AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.



7

REFERÊNCIAS



BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. 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, set. 1990.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 21 jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jan. 2012a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm >. Acesso em: 21 jul. 2015.

Portaria de Consolidação nº 2. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politic.html>. Acesso em 22/01/2019.

Veja as decisões na íntegra: Acórdão 1130/2017 <https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&itemo=586738>

Acórdão 2888/2015 https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjOpLW_94HgAhW2IbkGHcDlDdoQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fcontas.tcu.gov.br%2Fetcu%2FobterDocumentoSisdoc%3FseAbrirDocNoBrowser%3Dtrue%26codArqCatalogado%3D8963021&usg=AOvVaw2K8lfrSqiKyNSdWu1YXKCT

Brasil. **Tribunal de Contas da União**. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública / Tribunal de Contas da União. Versão 2 Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014.

- BOURDIER, Pierre. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Campinas, SP. Papiрус, 1996.
- BOURDIER, Pierre. **O Poder Simbólico**. Bertrand. Rio de Janeiro, 1998. Regionalização é o caminho : reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo : Pyxis Editorial, 2015.
- RESOLUÇÃO Nº 23, DE 17 DE AGOSTO DE 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
- RESOLUÇÃO Nº 37, DE 22 DE MARÇO DE 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
- LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Vide Lei nº 8.689, de 1993 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude soc., São Paulo , v. 18, supl. 2, p. 11-23, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003-&lng=en&nrmiso>. access on 22 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.
- DUARTE, Ligia Schiavon et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. Saude soc., São Paulo , v. 24, n. 2, p. 472-485, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>.
- MATUS, Carlos, **Adiós Señor Presidente**. Universidade Nacional de Lanús. Departamento de Planificación y Políticas Públicas. Colección Planificación y Políticas Públicas. 1987
- PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS)**.
- Carta de Belém. CONASEMS. Compilado dos principais pontos discutidos nas atividades do 34º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e do 6º Congresso Norte e Nordeste. <http://www.conasems.org.br/carta-de-belem/> . Acesso em 23/01/2019.
- Resolução nº 588, de 12/06/2018 que institui a Política Nacional de Vigilância (PNVS). <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
- MATUS, Carlos. **Adeus, senhor Presidente**. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996



