

DESCENTRALIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DE REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS¹

Carmen C. de C. Lavras*

Introdução

As sociedades organizam suas práticas de atenção à saúde em sistemas que podem assumir diferentes configurações. Entende-se por sistema de saúde um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar respostas aos problemas de saúde de uma determinada população.

Mesmo considerando a segmentação do sistema de saúde brasileiro onde atualmente coexistem um sistema público de caráter universal, o Sistema Único de Saúde (SUS); um sistema médico supletivo representado por empresas de seguro-saúde, por cooperativas e por organizações de auto-gestão; e, um conjunto significativo de atividades sustentadas por pagamento direto dos cidadãos, há que se ressaltar a importância do SUS cujas práticas voltadas aos indivíduos ou à coletividade, de uma forma ou de outra, atingem a totalidade da população brasileira desde sua criação, na Constituição Brasileira de 1988.

Orientado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade e, pelas diretrizes de descentralização/regionalização, hierarquização e participação social, o SUS, neste curto período de existência, estruturou em todo o território nacional uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde sob responsabilidade de municípios, estados e união, que observa a autonomia dos entes federativos e constrói relações de complementaridade entre eles.

Apesar da distribuição não uniforme dos equipamentos de saúde no território nacional, a produção de ações e serviços de saúde no SUS mostra-se muito expressiva, sendo responsável pela incorporação de milhões de cidadãos ao sistema.

Dados do Ministério da Saúde (DATASUS), sobre a produção anual de 2009, evidenciam a realização no âmbito do SUS de: mais de 1 bilhão e seiscentos milhões de procedimentos ambulatoriais na atenção básica; 370 milhões de consultas médicas; mais de

¹ Texto correspondente ao capítulo 13 do livro “Política e Gestão Pública em Saúde” organizado por N. Ibañez, P. Elias e P. Seixas – editora HUCITEC 2011.

11 milhões de internações hospitalares; mais de 1 milhão e novecentos mil partos; mais de 490 milhões de exames laboratoriais; mais de 1 milhão e oitocentas mil de tomografias; mais de 13 milhões de ultra-sonografias; e, mais de 136 milhões de doses de vacina aplicadas.

Mesmo considerando apenas esses procedimentos entre inúmeros outros realizados anualmente pelo SUS, dá para se ter uma idéia da grande dimensão desse sistema e de sua importância para a população brasileira.

O Processo de Descentralização do SUS

Durante várias décadas que antecederam a criação dos SUS, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde dos vários estados brasileiros responsabilizavam-se pelo desenvolvimento de atividades de saúde pública e de algumas iniciativas assistenciais voltadas a grupos de risco ou doenças infecto-contagiosas. A assistência à saúde de caráter individual aos trabalhadores formais e suas famílias, era prestada através do INPS e, aos cidadãos excluídos do mercado formal de trabalho, então considerados indigentes, através de entidades filantrópicas.

No entanto, vale salientar que já a partir de meados da década de 70, observava-se em vários municípios brasileiros, a emergência de projetos de intervenção na atenção à saúde sob responsabilidade dos governos municipais, como uma das alternativas voltadas ao enfrentamento da crise crescente que naquele momento atingia tanto a medicina previdenciária quanto a saúde pública.

O desenvolvimento desses projetos distintos, porém articulados em âmbito mais amplo ao movimento brasileiro de reforma sanitária, pode ser apontado como um elemento determinante na constituição de um dado modelo assistencial e de uma dada forma de gestão das questões de saúde no âmbito público, centrados principalmente na constituição e administração de redes básicas de serviços de saúde pelos municípios brasileiros.

Com a configuração das Ações Integradas de Saúde (AIS) e posteriormente com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foram sendo delegados aos municípios: a gerência dos serviços estaduais e federais de saúde existentes em seus territórios; a administração dos recursos humanos existentes nesses serviços, embora seus vínculos permanecessem com as instituições de origem; e a transferência ou cessão de uso do patrimônio e dos equipamentos aí existentes. Durante esse período, não se observou a adequada transferência de recursos financeiros aos municípios, correspondente

à necessária manutenção desses serviços. Prevalece sim, a transferência de recursos por "serviços prestados", baseada em relação conveniente. Cabe ainda ressaltar, a atuação desarticulada das três esferas de governo nesse processo, o que inviabilizou a implementação de ações integradas, necessárias ao adequado funcionamento do sistema de saúde em construção.

Os aspectos assinalados podem ser considerados como determinantes na organização dos municípios como uma força política expressiva, no contexto mais amplo da política nacional de saúde, particularmente no que diz respeito à descentralização.

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que explicita a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado² e define o Sistema Único de Saúde³, bem como com toda legislação complementar que se seguiu⁴, o processo de descentralização do setor saúde assumiu um contorno mais nítido, já que foram definidas novas competências para cada nível de governo.

Assumida como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização se constitui em processo através do qual foram definidas e distribuídas competências entre as três esferas de governo. Esta definição de competências, explicitada na Constituição Federal de 88, extrapola o campo específico da saúde na medida em que

² Brasil, CF Artigo 196 . “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

³ Brasil, CF Artigo 198. “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios além de outras fontes”.

⁴ Brasil, Lei 8080, de 19/09/1990 que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional, que no art 15 da Seção I do cap. IV dispõe sobre as atribuições comuns a União, os estados e municípios e nos art. 16, 17 e 18 da Seção II do cap. IV que descreve as competências da direção nacional, estadual e municipal respectivamente.

Brasil, Lei 8142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

nessa mesma Constituição, também foi definido um novo desenho para o sistema federativo⁵ no país, o federalismo cooperativo⁶, que favorece o processo de descentralização político-administrativa para as instâncias sub-nacionais de governo.

Embora o termo descentralização possa expressar distintos significados, deve-se entendê-la aqui, como um processo de delegação de poderes políticos fiscais e administrativos à unidades sub-nacionais de governo, que no caso brasileiro, vinha se constituindo como parte do movimento de redemocratização do país e que à partir de 88 adquire nova feição, particularmente pelo reconhecimento dos municípios como entes federativos e pela redistribuição de poder e de recursos da união para estados e municípios.

Em que pesem os avanços apontados na Constituição Federal de 88 relativos à conformação do sistema federativo brasileiro; a intensificação do processo de descentralização político administrativa; e a própria definição do SUS, deve-se considerá-los como processos sociais em construção que por sua natureza exigem um tempo de maturação e apresentam um alto grau de complexidade na sua implementação por envolverem a ação conjunta de órgãos governamentais de diferentes níveis e um grande número de atores com interesses diversificados e muitas vezes contraditórios.

Dessa forma, quando se analisa a reforma do setor saúde estabelecida a partir do início do processo de implementação do SUS, deve-se considerá-la como um processo que, mesmo contendo vários determinantes no âmbito interno do setor saúde, é também definido por outros fatores intervenientes que compõem o cenário mais amplo de estabelecimento de um novo sistema federativo e de um amplo conjunto de reformas que naquele momento se iniciaram no Brasil.

⁵ ALMEIDA, M.H.T. *"Segundo a literatura especializada, o federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que os governos nacional e sub-nacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação"*. Federalismo e Políticas Sociais. In AFFONSO, R.B.A. (org) Federalismo no Brasil. FUNDAP, 1996, p. 14

⁶ Distingue-se três tipos de arranjos federativos: o federalismo dual nas quais os poderes do governo geral e dos demais entes federativos são exercidos de forma independente mesmo que sob o mesmo território; o federalismo centralizado onde os governos estaduais e locais comportam-se como braços administrativos do governo federal; e o federalismo cooperativo caracterizado por formas de ação conjunta entre as várias instâncias de governo comportando arranjos bastante diferenciados e respeitando a autonomia de decisão das instâncias sub-nacionais de governo. O sistema federativo proposto na Constituição Federal de 88 aproxima-se do federalismo cooperativo.

Avanços na Municipalização do SUS

Um dos principais avanços observados no SUS em sua primeira década de existência foi o processo de descentralização político-administrativa efetivada por meio da transferência de responsabilidades e de recursos do nível federal para as esferas estaduais e municipais de governo, com ênfase na municipalização.

Esse processo foi orientado por diretrizes operacionais definidas com pelo Ministério da Saúde, através da edição das Normas Operacionais Básicas 1/93 e 1/96.

Embora a habilitação dos municípios proposta pela NOB 1/93, não tenha ocorrido de maneira uniforme nos diferentes estados brasileiros, resultados positivos deste processo podem ser identificados, particularmente os relacionados aos municípios habilitados na gestão semi-plena (4,6% do total dos municípios habilitados) que consolidou o mecanismo de transferência de recursos "fundo a fundo", do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Além disso o estabelecimento das Comissões Intergestores Bipartites no âmbito dos estados e Tripartite no âmbito da união, institucionalizou um importante espaço de negociação e pactuação entre os níveis gestores do SUS, e estimulou decisivamente a municipalização através do incentivo às três modalidades de gestão propostas: incipiente, parcial e semi-plena, às quais correspondiam graus diferenciados de organização e autonomia de gestão no SUS. Com isso, ao final de 1996, haviam no país mais de 3.127 municípios habilitados (62,9% do total de municípios brasileiros) em uma das três modalidades propostas.

Já a NOB 1/96, implementada apenas a partir de jan/98, com a proposição de duas modalidades de gestão - plena da atenção básica e plena do sistema de saúde - consolidou o papel gestor do município além de ter incorporado alguns avanços como o PAB (Piso de Atenção Básica) e o incentivo à saúde da família. Em Junho/2000 encontravam-se habilitados, em uma das duas modalidades propostas, um total de 5.426 municípios o que corresponde a 98,55% dos municípios brasileiros.

Dessa forma, o SUS imprimiu gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde dirigidos tanto à promoção da saúde, como ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população. Esse processo foi imprescindível para o amadurecimento do próprio sistema e, em especial, para a ampliação de sua cobertura.

No entanto, isso se deu, na maioria das vezes, sem a necessária articulação entre as unidades de saúde de municípios de uma mesma região, consolidando assim sistemas municipais de saúde autônomos. A autonomia dos sistemas municipais de saúde, num país em que mais de 70% dos municípios apresenta população abaixo de 20.000 habitantes e onde a articulação intermunicipal é tênue por razões diversas, compromete a qualidade da atenção à saúde prestada e produz um grande desperdício de recursos, em função de não se respeitar a lógica de produção em escala de vários procedimentos especializados.

Por outro lado, a oferta de ações e serviços de saúde evoluiu acompanhando os processos demográficos e de desenvolvimento social e econômico no território nacional, configurando profundas diversidades regionais e definindo municípios com intensa concentração de recursos.

No final da década de 90 a organização regional do sistema constituiu-se na grande preocupação dos gestores do SUS, entendida como estratégia capaz de contribuir com a redução/superação da fragmentação histórica do sistema público de saúde. A NOAS/2001⁷ e a NOAS/2002⁸ definiram a regionalização como estratégia fundamental da reorganização da atenção à saúde na lógica do planejamento de módulos assistenciais e redes de serviços articulados e referidos a territórios definidos. Determinaram, ainda, a formulação pelos estados do Plano Diretor de Regionalização, que preconizava a execução do SUS numa perspectiva loco-regional, devendo contemplar uma reorganização dos serviços de saúde em territórios sanitários regionais a partir dos princípios de equidade no acesso e eficiência produtiva. Mesmo reconhecendo a importância dessas normas pelo fato de terem explicitado a importância da regionalização do sistema, há que se reconhecer que uma das suas características marcantes residiu no fato de serem normas restritas aos processos assistenciais. Outra foi o fato de serem rígidas e não considerarem a diversidade sanitária das diferentes regiões do país, o que contribuiu para a manutenção da fragmentação histórica da atenção e da gestão do SUS.

⁷ BRASIL.MS. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde/2001 e Portaria MS/GM, de 26 de Janeiro de 1991 e regulamentação complementar.* MS, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

⁸ BRASIL.MS. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/2002.* MS, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Desafios na Regionalização do SUS

Enquanto diretriz organizativa do SUS, a regionalização, como já foi dito, tem seus fundamentos legais na Constituição de 1988 e em toda a legislação infraconstitucional e normatizações que deram operacionalidade ao sistema.

Mais recentemente, o acúmulo de discussões em torno desse processo no âmbito do SUS fundamentou o Pacto pela Saúde⁹ firmado pelos gestores em 2006 com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Isso representou uma mudança significativa no processo de gestão do SUS, pela relevância que a diretriz de regionalização assumiu no contexto do *Pacto de Gestão*¹⁰. Esse Pacto estabelece diretrizes para a gestão em aspectos relacionados à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento e programação, participação e controle social e gestão e educação na saúde. Se por um lado, o processo a partir daí induzido oferece maior flexibilidade na pactuação entre os gestores do sistema, por outro, exige desses gestores um maior entendimento sobre o sistema e uma maior capacidade de planejamento e articulação regional.

A implantação dos *Pactos* vem possibilitando a efetivação de acordos interfederativos entre as três esferas governamentais, voltados à promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, com vistas a fortalecer regionalmente a capacidade de resposta do sistema às necessidades de saúde da população, bem como assegurar a equidade social. Com efeito, a implantação dos compromissos definidos nos *Pactos* requer a articulação dos gestores estadual e municipais para a pactuação dos fluxos de referências intermunicipais em uma nova perspectiva, a de organização loco - regional do SUS voltada a estruturação de redes regionais de atenção à saúde. A organização de Colegiados de Gestão Regional e a proposição de utilização de um conjunto de instrumentos (PDI, PDR, PPI, etc.) devem ser destacadas como elementos facilitadores na efetivação das pactuações.

⁹ BRASIL.MS. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: MS, 2006.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA, DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO DE SCENTRALIZADA, COORDENAÇÃO-GERAL DE INTEGRAÇÃO PROGRAMÁTICA. *Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientação para sua implementação no SUS*. Série Pactos Pela Saúde. Brasília: MS, 2006. Vol 3.

A regionalização no SUS configura-se assim, como o grande eixo norteador do desenvolvimento do SUS para a próxima década e como resultante da ação coordenada dos três entes federados envolvidos na implementação de processos de constituição de regiões sanitárias, nas quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde.

Em sistemas públicos de saúde, os territórios se constituem em espaços organizativos e de responsabilização sanitária. No Brasil, a União, os estados e os municípios são definidos previamente como territórios através de uma divisão político-administrativa e, assim, já se constituem em territórios nos quais se organizam práticas sanitárias. Porém, na perspectiva de organização de redes de atenção à saúde, há que se configurar outros territórios que correspondem às regiões sanitárias. Segundo Mendes “*é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços de saúde que cada território ofertará a grupos populacionais adscritos. Isso é que marca, na experiência internacional, os sistemas de serviços de saúde de base populacional*”¹¹.

Região sanitária é assim entendida como a área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais singulares e necessidades próprias de atenção à saúde, bem como com os recursos de saúde aí existentes para atendê-la. A região sanitária deve ser definida para cada realidade e pode ser constituída por vários bairros de um município ou vários municípios de uma região. No processo de definição de região sanitária devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros e as referências naturais ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

Nas regiões sanitárias organizam-se redes regionais de atenção à saúde, alicerçadas em complementaridades e trocas, e acordadas de forma participativa entre gestores municipais e estaduais.

A modelagem dessas redes regionais de atenção à saúde no SUS apresenta-se, assim, como um desafio voltado a consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso e a qualidade da atenção ofertada, exigindo a cooperação solidária entre estados e municípios e entre os municípios de uma determinada região sanitária e, se constitui numa das estratégias para a regionalização do sistema.

¹¹ MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, Junho de 2005. Mimeo.

Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS

Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado para explicitar componentes ou modalidades de assistência. Cabe ressaltar, no entanto, que essa utilização se dá de diferentes formas em função de peculiaridades de cada sistema.¹²

Em sistemas hierarquizados por níveis de atenção primário, secundário e terciário (hierarquia piramidal) que refletem diferentes graus de densidade tecnológica incorporada aos procedimentos que aí se desenvolvem, bem como a especialização profissional existente, utiliza-se o conceito de **redes de serviços de saúde**, fazendo-se referência às ações e serviços que se organizam em cada um desses níveis (Figura 01).

Figura 01 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESP . Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Esses sistemas também comportam a identificação de ações e os serviços de saúde desenvolvidos e organizados em **redes temáticas de saúde**, definidas em função de um

¹² As abordagens acerca da configuração atual dos Sistemas de Saúde em Redes Hierarquizadas e Redes Temáticas estão embasadas no relatório de pesquisa da FAPESP *Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde*, junho de 2007.

agravo, de uma patologia ou de uma fase do ciclo de vida numa dada população. As redes temáticas seriam um recorte longitudinal, no modelo hierarquizado, incluindo todos os serviços de diferentes níveis, voltados ao atendimento de um grupo populacional ou de um agravo específico (Figura 02).

Figura 02 - Representação de Rede Temática de Saúde



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS . Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

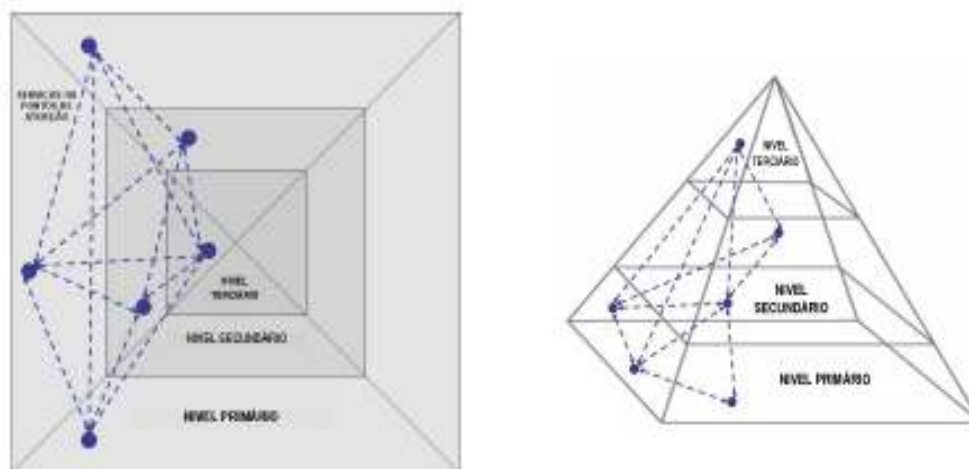
Em processos de planejamento e/ou de reorganização de sistemas de saúde, a identificação das redes de serviços de saúde por nível hierárquico do sistema e de redes temáticas mostra-se necessária, por possibilitar uma melhor avaliação da oferta em função das necessidades de saúde existentes. No entanto, a percepção de sistemas de saúde apenas por níveis hierárquicos e/ou por redes temáticas não contribui para que se supere a fragmentação desses sistemas, em que a falta de articulação entre os níveis compromete a qualidade e a resolutividade da assistência prestada aos usuários. O desafio, nesse caso, encontra-se então na organização de sistemas integrados de saúde, em que essas modelagens sejam acrescidas de outra que possibilite maior integração das ações e serviços de saúde ofertados.

A perspectiva de construção de sistemas integrados de serviços de saúde é favorecida pela utilização do conceito de **redes de atenção à saúde**, entendidas como potentes indutores da organização ou reorganização de sistemas locais e regionais. Essa

abordagem implica uma atuação mais cooperativa entre as unidades de saúde, de modo a possibilitar a garantia do acesso e do atendimento integral à saúde dos usuários.

Entendem-se redes de atenção à saúde (Figura 3) como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas através de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Figura 03- Representação de Rede de Atenção à Saúde



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser realizado através de uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos serviços.¹³ Por isso, o desenho das redes deve ser flexível, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

Os **pontos de atenção** que compõem as redes de atenção à saúde são, portanto, unidades funcionais, que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico) e campo de atuação bem definido, para oferta de um conjunto de ações de

¹³ CONASS. *SUS: Avanços e Desafios*. Brasília: CONASS, 2006 e MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Documento do Banco Mundial, Junho de 2005. Mimeo.

saúde. Já os **pontos de apoio diagnósticos e terapêuticos** constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc.

Essas unidades funcionais devem estar distribuídas espacialmente, em territórios definidos, buscando garantir a efetividade e a qualidade da atenção. A distribuição territorial dos pontos de atenção e dos pontos de apoio diagnóstico e terapêutico deve respeitar a natureza das ações e procedimentos por eles ofertados. Assim é que as ações e procedimentos de maior densidade tecnológica devem ser ofertados de forma concentrada, respeitando a lógica de economia de escala. Já os de menor densidade tecnológica devem ser ofertados de forma dispersa, respeitando as especificidades locais.

Os pontos de atenção e os pontos de apoio diagnóstico e terapêutico são integrados por sistemas logísticos e de gestão.

Entende-se por **sistema logístico**, o conjunto de mecanismos e atividades de suporte a rede de atenção a saúde que propiciam integração das unidades funcionais do sistema e facilidade de acesso aos usuários. Fazem parte do sistema logístico: o transporte de pacientes; o transporte de resíduos de serviços de saúde; os sistemas informatizados de apoio; as centrais de marcação; os sistemas de distribuição de insumos e medicamentos; etc.

Define-se **sistema de gestão** como o conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da Rede de Atenção à Saúde, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão, como a Gestão do Cuidado. Os sistemas de gestão do SUS já possuem um conjunto expressivo e consolidado de instâncias, mecanismos e instrumentos de gestão. Conforme já referido nos parágrafos anteriores, deve-se ressaltar a importância do *Pacto de Gestão* recentemente instituído no SUS, como um potente instrumento de gestão regional que propõe estruturas e processos de negociação e gestão compartilhada.

No entanto, cabe ressaltar que o desenvolvimento dessas redes exige o estabelecimento de outros mecanismos de **governança regional**, aqui entendida como um conjunto de estruturas, processos e ações envolvendo atores públicos e privados no espaço regional. As vantagens que podem ser destacadas nessa acepção de governança contemplam duas dimensões: o processo (envolvendo conflitos, negociações, coordenação) e os resultados (os programas e as políticas públicas).

A opção por esse conceito justifica-se primeiramente pelo fato das regiões sanitárias serem de configuração recente e apresentarem processos de institucionalização ainda permeados por conflitos e incertezas quanto ao grau de adesão dos atores institucionais envolvidos.

Dada à natureza e escopo dos problemas de saúde existentes nas diferentes regiões sanitárias, as soluções vão exigir negociações, estratégias cooperativas e mobilização de recursos compartilhados para seu enfrentamento. As probabilidades de êxito, nesse caso, são condicionadas ao processo decisório e à capacidade de diagnosticar os problemas e propor soluções frente aos novos desafios colocados pelas transformações econômicas, sociais, demográficas e espaciais dessas regiões.

Considerações Finais

Em que pesem os grandes avanços ocorridos nesse período, particularmente os relacionados à ampliação de cobertura e à qualificação da assistência e de seus mecanismos gestores, ainda há muito que ser construído no SUS, na perspectiva de garantir uma atenção à saúde de qualidade a todos os brasileiros.

Adequar o seu financiamento, amadurecer o modelo de gestão tripartite, superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar suas práticas clínicas constituem-se, sem dúvida, em parte dos desafios que necessitam serem enfrentados na atualidade.

A fragmentação do SUS de manifesta de diferentes formas, mas principalmente como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços e, como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico.

Isso compromete sobremaneira a atenção ofertada dificultando o acesso dos usuários aos serviços e gerando descontinuidade no seu processo assistencial. Se considerarmos as mudanças demográficas que vem ocorrendo no Brasil apontando para o envelhecimento de nossa população e o significativo aumento das condições crônicas, o que exige no seu enfrentamento o acompanhamento permanente e contínuo dos indivíduos no sistema, pode-se melhor dimensionar o impacto desastroso dessa fragmentação sistêmica em todo o território nacional.

O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir a atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas.

Nessa perspectiva, a estruturação de redes regionais de atenção à saúde, que favoreça a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresenta-se como um caminho possível e se constitui, sem dúvida, num desafio para todos os envolvidos no processo de consolidação do SUS no Brasil.

Leitura Complementar

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes Operacionais. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.3).

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*, Belo Horizonte, Editora ESP/MG, 2009.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, 1999.

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e Políticas Sociais. In AFFONSO, R.B.A. (org) *Federalismo no Brasil*. FUNDAP, 1996, p. 14

BRASIL, Lei 8080, de 19/09/1990 que regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional

BRASIL, Lei 8142, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional da assistência à saúde: NOAS/SUS 01/02. Brasília, mar./2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS/SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional básica 001/96. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em defesa do SUS e da gestão*. Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.1).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida e de gestão*. Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.2).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes Operacionais. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v.3).

BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO E REFORMA DO ESTADO. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, 1995

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Para entender a gestão do SUS*. Coleção Progestores. Volume I. Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006.

MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, Junho de 2005. Mimeo.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*, Belo Horizonte, Editora ESP/MG, 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde. *Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde*. . Relatório de pesquisa FAPESP - fase1. Campinas: UNICAMP, junho de 2007.