Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma Análise do Índice de Dependência

Daniele Marie Guerra

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

São Paulo
2015
Revisada

Descentralização e Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de São Paulo: Uma Análise do Índice de Dependência

Daniele Marie Guerra

Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título e ano da tese/dissertação.

AGRADECIMENTOS

Desde a elaboração do projeto até a fase final, pude contar com o apoio e o incentivo de muitas pessoas, que acreditaram no meu trabalho e me impulsionaram a seguir em frente

Meus agradecimentos especiais:

Aos meus pais, que mesmo em outro plano espiritual, continuam torcendo por mim, e me acompanham em todos os momentos de minha vida;

Aos meus amigos, familiares e colegas de trabalho, que puderam compreender a minha ausência, durante a elaboração da tese;

Ao meu orientador Eurivaldo Sampaio, que desde 2004, acompanha minha trajetória acadêmica, pelo apoio e incentivo na busca do conhecimento;

Aos membros da banca, Marília Louvison, Arthur Chioro, Áquilas Mendes e Ana Luiza Viana, que contribuíram de forma plena, para o aperfeiçoamento de meu trabalho;

Aos professores Gilson Carvalho e Paulo Elias, que contribuíram de forma relevante, no início desta caminhada, mas que, infelizmente, não puderam estar presentes na finalização deste estudo.

À Teresa Rosa, Marcelo Gutierrez, Lili, Vera Osiano, Fabio Campelo e Fernanda Senatori, que me auxiliaram na elaboração dos testes estatísticos, banco de dados, construção dos mapas e revisão da tese.

"Não importa, vou confiar mais e outra vez.
Eu, meu irmão e meu filho...
Minha esperança é imortal, eu repito, imortal.

A gente não pode mudar o começo, mas se a gente quiser, pode mudar o final".

ANA CAROLINA

RESUMO

A partir da Constituição Brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde constituiu-se com os princípios da universalidade e igualdade, onde é definido que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade. O Estado de São Paulo, induzido pelas NOB, tem avançado no processo de descentralização da assistência. Em 2008, conformou as atuais regiões de saúde e, posteriormente, as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), com vistas à regionalização da assistência. No processo de conformação dos territórios, a oferta de serviços, não foi determinante, mas utilizada como orientadora em sua definição. O objetivo deste trabalho foi analisar o processo de descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo, a partir da análise do percentual de gestão municipal e do índice de dependência na assistência ambulatorial e hospitalar das regiões de saúde e RRAS, no ano de 2013. Os resultados apontam que 52% dos procedimentos hospitalares e 72% dos ambulatoriais foram realizados sob gestão municipal. Importantes diferenças foram observadas entre as regiões de saúde. Maiores índices de dependência foram observados na assistência hospitalar, quando comparados à assistência ambulatorial. Em ambas, as regiões da RMGSP apresentaram maior dependência, em relação ao Interior do estado. A gestão municipal tem influência sobre o índice de dependência, mas está condicionado ao contexto demográfico (porte populacional) e socioeconômico (IPRS). O estudo aponta para a importância de mecanismos de pactuação institucionalizados entre as regiões, assim como processos eficientes de regulação da assistência, de modo a garantir equidade no acesso e integralidade do cuidado em saúde.

Descritores: Descentralização, Municipalização, Regionalização, SUS, Estado de São Paulo

ABSTRACT

Since Brazilian's Federal Constitution of 1988, the National Health System (SUS) constituted with the principles of universality and equality, defining that health actions and services are part of a regionalized and hierarchical network and constitute a decentralized system, with comprehensive care and community participation. The State of São Paulo has advanced the health care decentralization process, induced by the Basic Operating Standards (NOB). In 2008, São Paulo has defined the current health regions and, subsequently, Regional Health Care Networks (RRAS), aiming the regionalization of care. In the process of conformation of the territories, the provision of services was not determinant but used as a guideline of that process. The objective of this study was to analyze the process of decentralization and regionalization of health care in the State of São Paulo, from the analysis of the percentage of municipal management and the dependency ratio in outpatient care and hospital of the health regions and RRAS in the year of 2013. The results showed that 52% of inpatient procedures and 72% of outpatient's procedures performed under municipal management. Between the health regions, it observed important differences. It was noticed higher dependency ratios in inpatient care, if compared to outpatient care. In both, regions of the Metropolitan Region of São Paulo showed more dependence than the regions from the countryside of the State. The municipal management is an influence on this dependency ratio, but conditioned on the demographic context (population size) and socioeconomic (IPRS). The study points out to the importance of institutionalized pact mechanisms between regions and efficient processes of regulation of assistance, in order to ensure equity of access and comprehensiveness of health care.

Key: Decentralization, Municipalization, Regionalization, SUS, State of São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18

1.1 DESCENTRALIZAÇÃO – ASPECTOS CONCEITUAIS..... 21

1.2 FEDERALISMO E REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL 27

2 O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS E OS PRINCÍPIOS DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO 53

3 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO: TRAJETÓRIA HISTÓRICA 85

4 OBJETIVO GERAL 98

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 98

5 DESENHO METODOLÓGICO 99

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 105

6.1 A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO 105

6.1.1 Assistência Hospitalar 110

6.1.1.1 Assistência Hospitalar de Média Complexidade..... 120

6.1.1.2 Assistência Hospitalar de Alta Complexidade 125

6.1.2 Assistência Ambulatorial..... 131

6.1.2.1 Assistência Ambulatorial de Média Complexidade 140

6.1.2.2 Assistência Ambulatorial de Alta Complexidade..... 145

6.2 O ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA 151
6.2.1 O Índice de Dependência na Assistência Hospitalar 152
6.2.1.1 O Índice de Dependência na Assistência Hospitalar de Média Complexidade..... 156
6.2.1.2 O Índice de Dependência na Assistência Hospitalar de Alta Complexidade..... 163
6.2.2 O Índice de Dependência na Assistência Ambulatorial 169
6.2.3 O Índice de Dependência e o Percentual de Gestão Municipal 172
6.2.3.1 Média Complexidade Hospitalar..... 172
6.2.3.2 Alta Complexidade Hospitalar 175
6.2.4 O Índice de Dependência e a Ampliação da Gestão Municipal 177

7 CONCLUSÃO..... 180
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 184
9 APÊNDICES 205

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Categorização das variáveis do contexto socioeconômico e do sistema de saúde.

Tabela 02: Municípios, segundo faixa populacional. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 03: Regiões de Saúde, segundo faixa populacional. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 04: Índice de dependência nas internações de média complexidade, segundo percentual de gestão municipal e porte populacional. Regiões de Saúde. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 05: Índice de Dependência na Alta complexidade Hospitalar, segundo percentual de gestão municipal. RRAS. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 06: Modelos de regressão sobre a relação entre índice de dependência da região e gestão municipal. Estado de São Paulo.1998, 2006 e 2013.

Tabela 07: Regiões de Saúde com menos de 100 mil habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 08: Regiões de Saúde entre 100 e 299 mil habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 09: Regiões de Saúde entre 300 e 499 mil habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 10: Regiões de Saúde entre 500 mil e 1 milhão de habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Tabela 11: Regiões de Saúde com mais de 1 milhão de habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Evolução da adesão dos municípios às Normas Operacionais. Estado de São Paulo. 1994 a 2000.

Gráfico 02: Percentual de internações, sob gestão municipal. Físico e Financeiro. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.

Gráfico 03: Percentual de internações (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Brasil e Estados da Federação, 2013.

Gráfico 04: Percentual de internações (média e alta complexidade), segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.

Gráfico 05: Percentual de internações de média complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.

Gráfico 06: Percentual de internações de média complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013.

Gráfico 07: Percentual de internações de alta complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo, 2000 a 2013.

Gráfico 08: Percentual de internações de alta complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013.

Gráfico 09: Percentual de internações de alta complexidade segundo a natureza do prestador. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.

Gráfico 10 Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Físico e financeiro. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.

Gráfico 11: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.

Gráfico 12: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, sob gestão municipal. Brasil e Estados da Federação, 2013.

Gráfico 13: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo. 2008 a 2013.

Gráfico 14: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013.

Gráfico 15: Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo. 2008 a 2013.

Gráfico 16: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013**.**

Gráfico 17: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, realizadas em estabelecimentos de natureza pública. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.

Gráfico 18: Índice de dependência de média e alta complexidade hospitalar. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.

Gráfico 19: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.

Gráfico 20: Índice de dependência de alta complexidade ambulatorial. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Hierarquia das formas de descentralização das políticas sociais.

Figura 02: Modelo de regionalização proposto pela NOAS

Figura 03: Matriz de determinantes do Índice de Dependência.

Figura 04: Dispersão da variável dependente Índice de dependência regional

Figura 05: Redes Regionais de Atenção à Saúde e Regiões de Saúde do Estado de São Paulo.

Figura 06: Percentual de internações (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 07: Percentual de internações (média e alta complexidade), realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 08: Percentual de internações de média complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 09: Percentual de internações de média complexidade, realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 10: Percentual de internações de alta complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 11: Percentual de internações de alta complexidade, realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 12: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 13: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), realizados em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 14: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 15: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, realizados em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 16: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 17: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 18: Índice de dependência na média e alta complexidade hospitalar. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 19: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 20: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica médica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 21: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica obstétrica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 22: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica pediátrica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 23: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica cirúrgica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 24: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 25: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. Clínica pediátrica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 26: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. Clínica cirúrgica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

Figura 27: Índice de dependência de alta complexidade ambulatorial. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

AME - Ambulatório Médico Especializado

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEME - Central de Medicamentos

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CGRede - Comitê Gestor da Rede

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CPMS - Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde

CRIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DIR - Diretoria Regional

DRS - Departamento Regional de Saúde

ERSA - Escritórios Regionais de Saúde

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FS - Fundações Estatais

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

FUNDAP - Fundação Álvares Penteado

GIH - Guia de Internação Hospitalar

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social

NOB 91 - Norma Operacional Básica 1991

NOB 92 - Norma Operacional Básica 1992

NOB 93 - Norma Operacional Básica 1993

NOB 96 - Norma Operacional Básica 1996

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OS - Organizações Sociais

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PAM - Posto de Assistência Médica do INAMPS

PCEP - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PGASS - Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde

PMS - Programa Metropolitano de Saúde

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

POI - Programação e Orçamentação Integradas

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RMGSP - Região Metropolitana da Grande São Paulo

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informações Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCEP - Termo de Compromisso entre Entes Públicos

UBS - Unidade Básica de Saúde

1 - INTRODUÇÃO

A atual política do Brasil foi definida nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, assegurando a saúde como direito universal e fundamental.

O artigo 198 diz que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

A Constituição Federal avançou na consagração dos direitos sociais e princípios da organização da política social, que garantiram aos cidadãos os direitos individuais à saúde, assistência social e previdência.

As ações passaram a ser de co-responsabilidade da União, Estados e Municípios, cabendo a essas duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços e restando à esfera federal a definição da política nacional de saúde, suas normas, regulamentos e regras gerais.

Ao definir que as ações e serviços públicos de saúde compõem um sistema, conformado de forma regionalizada e hierarquizada, a Constituição Brasileira impõe a necessidade e a importância do envolvimento de todas as esferas de governo no SUS.

Nos últimos anos, o SUS vem passando por diversas mudanças em sua organização, com destaque para o estabelecimento de normas e diretrizes de organização dos serviços de saúde de modo municipalizado, regionalizado e hierarquizado, visando a propiciar a descentralização através de estruturas organizadas nos estados e municípios.

Os avanços atingidos na implementação do SUS ao longo dos últimos 20 anos têm sido atribuídos ao acelerado processo de descentralização prescrito pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu novas bases

para o pacto federativo, transferindo responsabilidades e recursos da esfera federal para os estados e municípios.

Por outro lado, o avanço da descentralização evidenciou a necessidade do enfrentamento de um conjunto de problemas para a garantia da integralidade da atenção à saúde. Neste sentido, destacam-se a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras e de necessidade de saúde dos municípios; a fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios; a competição entre os entes federados que inviabiliza a real autonomia dos municípios na gestão dos estabelecimentos e recursos financeiros de seu território; a fragmentação das ações e serviços de atenção à saúde, que dificulta o alcance da integralidade da assistência à saúde para a população.

Diante disso, a regionalização ganhou um destaque a partir da necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, no sentido de organizar redes assistenciais regionalizadas, que possam efetivar o cuidado integral à saúde.

O presente estudo aborda o processo de descentralização e regionalização da assistência à saúde desenvolvido no Estado de São Paulo, analisando a gestão municipal na assistência à saúde e o índice de dependência das regiões de saúde e Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

O referencial teórico foi dividido em duas partes: A primeira abordou as principais referências bibliográficas a respeito da descentralização da assistência à saúde, bem como dos aspectos do federalismo e regionalização da saúde no Brasil. A segunda parte discute os antecedentes e o arranjo institucional do Sistema Único de Saúde, com foco na descentralização e na regionalização da assistência à saúde no Brasil.

Os resultados foram divididos em dois momentos:

O primeiro momento analisa a gestão da assistência à saúde hospitalar e ambulatorial, de média e alta complexidade, no Estado de São Paulo, e o tipo de estabelecimento que realiza os procedimentos. Neste

sentido, trabalhou-se na hipótese de que houve uma ampliação no percentual de procedimentos realizados por estabelecimentos sob gestão dos municípios, mas que não há uma homogeneidade desta ampliação em todas as regiões do estado.

O segundo momento analisou o Índice de Dependência nas regiões de saúde e Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) da assistência à saúde hospitalar e ambulatorial, de média e alta complexidade, no Estado de São Paulo, e a sua relação com o percentual de gestão municipal da assistência à saúde. A hipótese é que a ampliação da gestão municipal na assistência à saúde, contribuiu para a organização da assistência no território das regiões de saúde, de modo a diminuir a sua dependência de outras regiões para efetivar a totalidade da assistência a seus munícipes.

1.1 DESCENTRALIZAÇÃO – ASPECTOS CONCEITUAIS

O termo descentralização, se apresenta sob distintos conceitos, formas legais e modalidades operativas em diferentes países, não obstante seja definido como transferências de poder, competências e recursos a instâncias e atores além dos núcleos do governo central (OPAS, 1997).

Numa definição literal, o conceito de descentralização pode ser entendido como afastamento do centro. No entanto, descentralização é antes um conceito que não tem forma de existência independente, estando sempre associado a um determinado objeto. Se este objeto é administração pública, ou ainda as políticas sociais, e estas são administradas/executadas por níveis ou esferas de governo (Central, Intermediário e Local), a descentralização pode ser traduzida como a transmissão do comando, execução ou financiamento desta política do nível Central para o Intermediário ou Local (MEDICI, 1994).

Pensando no conceito de centralização/descentralização associada a uma esfera de governo, a passagem da administração ou execução de uma determinada política social da administração direta (Ministérios ou Secretarias), para a administração indireta (autarquias, fundações, Organizações Sociais), também tem sido entendida como descentralização.

Segundo CASTRO (1992), no plano político, a ideia de descentralização refere-se à desconcentração do sistema decisório, ou seja, de delegar o poder de formulação de políticas, de definir prioridades, de alocar recursos para instâncias descentralizadas. Podem ser em organismos estatais, estruturas regionais, governos estaduais ou locais, como também instâncias decisórias institucionalizadas, como conselhos, comissões, etc. Do ponto de vista administrativo, a descentralização refere-se à desconcentração do aparelho administrativo sem implicar dispersão do poder decisório. Do ponto de vista econômico, a descentralização diz respeito à transferência das decisões econômicas, concentradas no estado para o mercado e consumidores.

Para GUIMARÃES & GIOVANELLA (2004), a descentralização é entendida como a transferência de poder decisório do âmbito nacional para outras esferas de governo, com definição de responsabilidades de gestão, inclusive financeira. É uma estratégia para melhorar a efetividade da administração pública, e seu caráter instrumental implica que não seja um fim em si mesma. Em regimes federativos, a descentralização objetiva o fortalecimento das capacidades de cada ente governamental em executar novas funções e interagir com as funções executadas pelas demais esferas. Entre os efeitos negativos, destaca a acentuação das diferenças regionais, a rigidez burocrática, a fragmentação, a dispersão local e a duplicação ou abandono de responsabilidades sociais, sendo necessário o desenvolvimento de relações cooperativas e uma adequada repartição de responsabilidades.

Sendo assim, segundo MEDICI (1995), considera-se que a descentralização, antes de tudo, é um meio, um instrumento ou uma estratégia para que sejam melhor atingidos determinados fins. Foi na verdade como princípio estratégico e não como princípio finalístico que a descentralização do setor saúde foi incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988.

LOBO (1990) enumera alguns princípios norteadores que orientam a descentralização na obtenção dos objetivos a que ela se propõe:

- Flexibilidade: tratamento de forma diferenciada das desigualdades políticas, econômicas, técnico – administrativas, sociais, regionais, estaduais e municipais.
- Gradualismo e progressividade: Trata da adequação da descentralização às distintas realidades definidas no tempo e no espaço, permitindo que ela se consolide de forma mais gradual e contínua, não somente através de deliberações centrais, mas como resultado de processos pactuados.
- Transparência no processo decisório: para que a transferência de poder se legitime, se implemente e se perpetue.
- Controle Social: é o elemento de democratização do Estado.

A descentralização permite uma melhor canalização ou vocalização das demandas sociais da população, mas isso só ocorre em comunidades que estão mobilizadas na defesa de seus interesses.

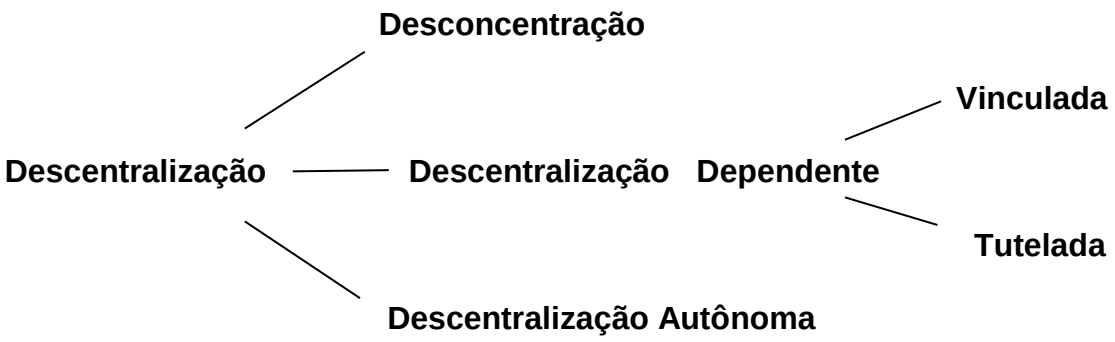
A descentralização tem significado distinto de desconcentração. Segundo TOBAR (1991), descentralização incorpora a noção de redistribuição de poder, de alteração de grupos de poder, enquanto a desconcentração envolve delegação de competências sem deslocar o poder decisório.

Embora admita que a desconcentração possa estar incluída na descentralização, UGA (1991) também diferencia as duas, já que a descentralização implica na redistribuição de encargos (como na desconcentração) e também dos meios (poder e recursos) para executá-los.

MEDICI (1995), afirma que a desconcentração é condição necessária, mas não suficiente para um pleno processo de descentralização, embora faça parte do processo de descentralização e podendo ser considerada como uma forma desta.

Este mesmo autor elabora um diagrama que se baseia na taxonomia de AFFONSO, J. R. (apud MEDICI 1994), no qual conceitua os vários tipos de descentralização, conforme explicitado na Figura 01:

Figura 01: Hierarquia das formas de descentralização das políticas sociais



Fonte: MEDICI, 1994.

No caso da Desconcentração Financeira, embora a operação seja feita por uma agência do governo central, em nível local, a responsabilidade pelo

gasto mantêm-se sob o poder das esferas centrais de governo. A Descentralização Autônoma significa a passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada mediante recursos próprios desta última esfera. A Descentralização Dependente é a passagem de responsabilidade da esfera de maior para a de menor hierarquia, financiada através de recursos da esfera mais central. Esta pode ser dividida em Descentralização Dependente Tutelada, baseada em transferências negociadas de recursos financeiros e Descentralização Dependente Vinculada, baseada em transferências automáticas de recursos financeiros, legalmente definidos (MEDICI, 1994).

Um alerta para a linha tênue entre a descentralização e a desconcentração, foi dado por VIANA (2013), onde a descentralização supõe transferência de poderes do nível central para uma área de distinta personalidade jurídica, enquanto a desconcentração transfere atribuições ou responsabilidade de execução para os níveis inferiores de dentro do governo central e de suas agências, sem implicação de mudança de personalidade jurídica, que permanece com o órgão central. A descentralização, mais que uma mera reorganização, pode ser de ordem geográfica e funcional, dando um grau de discricionariedade aos agentes nacionais em nível local para planificar e implementar projetos e programas, ou para ajustar as diretrizes do nível central para as condições locais. Implica o estabelecimento de órgãos com personalidade jurídica, patrimônio e formas de funcionamento próprios e deve envolver o deslocamento do fluxo do poder político, administrativo e tecnológico de unidades centrais para níveis periféricos, intermediários e locais.

Para o efetivo processo de descentralização, que implica na autonomia de decisão dos níveis estaduais e municipais frente ao poder federal, a saúde teria que se converter em questão política não só para o executivo, mas também para o legislativo, para os partidos políticos e para toda a sociedade, sob pena de avançar apenas como um processo de desconcentração burocrática administrativa (COHN, 1987).

Para ALMEIDA, (1995),

> "A ideia de descentralização/municipalização da saúde tem um potencial significativo no sentido de que o município pode assumir e atuar como base da federação com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. O município é o ente federado mais próximo da realidade, extremamente diversificada, da população do país, tanto em suas características socioculturais como na profundidade de seus problemas a serem enfrentados, requerendo assim estratégias particulares para cada caso ou para cada região. Não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal nos seus respectivos e competentes papéis outorgados pela Constituição e legislações complementares".

Segundo MULLER (1991), "a municipalização representa a articulação, união e organização dos municípios brasileiros, em particular dos serviços municipais de saúde, através de dirigentes e técnicos, na defesa de um conjunto de temas e objetos relacionados à descentralização de recursos, de poder e de ações no setor saúde".

Para SCATENA (2001), no caso da saúde, a descentralização visa à constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita e não se caracterizam como sistemas isolados e autônomos, mas elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional.

Neste sentido, VIANA, et al (2002) alertam que:

"De pronto, não se pode assegurar que as políticas de descentralização do setor saúde desencadeiem um círculo virtuoso, pois se sabe que as partilhas regionais e locais giram em torno de recursos reconhecidamente escassos podendo desta forma, manter as desigualdades de representação e de poder".

LEVCOVITZ ET AL (2001), afirmam que a descentralização, por si, é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, e ressaltam outros aspectos relevantes, como o adequado aporte financeiro, o fortalecimento da capacidade gestora nas três esferas de governo, a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos e

apresentam como dificuldades, a imprecisão do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema e a acentuação de conflitos nas relações entre os gestores das esferas federal, estadual e municipal.

MENDES (2001) ressalta a importância do processo de municipalização ocorrida no país, mas chama a atenção para o fenômeno da "municipalização autárquica", conceituada como um processo de conformação de sistemas municipais isolados, sem inserção regional e diretamente ligados ao gestor federal, com ausência do papel do gestor estadual no processo. Enfatiza que a "municipalização autárquica" propicia a fragmentação dos sistemas municipais e possibilita o surgimento de novas iniqüidades.

A construção do SUS transfere titularidade de níveis centrais para locais, mantendo assim a atribuição constitucional do dever do estado na garantia do direito à saúde em todas as esferas. A descentralização reforça a autonomia e as iniciativas locais e impõe a necessidade da solidariedade entre governos para alcançar a integralidade e a equidade. Não se pode alcançar eficácia com soluções individuais e atomizadas, porque os agravos à saúde geram a necessidade da coletivização do cuidado sanitário (GUIMARÃES & GIOVANELLA (2004).

1.2 FEDERALISMO E REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL

O Federalismo no Brasil foi introduzido pela Constituição de 1891, onde o deslocamento do poder inseriu-se em um processo de cessão de competências do governo central para os subnacionais. A coexistência de diferentes polos de poder, intrínseca à Federação, demanda a revisão de relações e torna a presença de mecanismo institucionais, que regulamentam as relações intergovernamentais, inevitável para participação do processo de definição do espaço do conflito entre o sentimento da autonomia dos entes da Federação e a natureza centralizadora do governo federal (MORA, 2002).

A Federação brasileira surgiu da desagregação do Governo Imperial, concomitantemente à instauração da República. No decurso de seu desenvolvimento o federalismo brasileiro experimentou ciclos de centralização (antes da Nova República: 1903-1945 e 1964-1985) associados a governos de vocação autoritária e ciclos de descentralização (1889-1930 3 1946-1964), caracterizados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução da política (ABRUCIO, 1998). A estrutura federativa brasileira passou por ciclos de centralização e consolidação do estado nacional, sucedidos de descentralização de poder, gerando desigualdades significativas entre os estados brasileiros.

Na Constituição Federal de 1988, a estrutura federativa brasileira passou a contar como entes federativos autônomos a União, os Estados, O Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 1988).

O federalismo envolve a articulação de partes em uma forma de organização territorial do poder, de articulação do poder central com os poderes regional e local, que consiste em um conjunto de alianças complexas, que buscam a compatibilização de valores e interesses entre atores políticos. Trata-se de um contrato, com o objetivo de viabilizar a convivência de unidades políticas, que são construídas por uma diversidade de características de identidade cultural, linguística, étnica e regional. Relacionar estas características específicas com as características

institucionais de um sistema é algo complexo. (ROCHA, 2013; AFONSO & BARROS SILVA, 1999).

Federação, que etimologicamente vem do latim, significa aliança, pacto e é a forma preferida no mundo contemporâneo, uma vez que as alianças e pactos tem suplantado em algumas nações a própria soberania nacional (SANTOS, 2013).

Diversos autores buscam definir o significado de federação, trabalhando com as distinções entre os modelos unitário, federativo e confederativo. O Estado unitário diferencia-se do federalismo por se caracterizar pelo poder concentrado, como única referência de uma sociedade política. O Estado Federal e a Confederação, pressupõem a existência de partes com poder de decisão. No entanto, na Federação uma parte da soberania é repassada ao órgão central, enquanto na Confederação a soberania das unidades é plena e o órgão comum representa a soma das partes sem a existência de qualquer poder superior sobre elas (ROCHA, 2013).

Para ELAZAR (1987), o federalismo consiste na divisão de poder e autoridade entre as esferas de governo, garantida pela Constituição, tendo como principal característica, a combinação entre autonomia e interdependência entre as partes. Pode comportar diferentes características e variações conforme o número de atores, os recursos disponíveis, o nível de concentração de poder e o tipo de instituição criada.

A coexistência de diferentes instâncias de poder demanda “formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, caracterizadas pelo conflito do poder e pela negociação entre esferas de governo” (ALMEIDA, 2001).

Para SANTOS (2013), o federalismo é uma pluralidade de estados com um poder central, que une todos eles, e ao mesmo tempo em que garante autonomia aos estados-membros e a soberania de um poder central. No federalismo há descentralização do poder político para os estados-membros, que são dotados de competência constitucional para o exercício de parcela do poder político e jurídico.

Conforme explicitado por JELLINEK (1970), o federalismo é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político. O sistema federal compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas, que em conjunto consubstanciam um Estado soberano, representado pela União estabelecida na Constituição Federal.

WRIGHT (1988) descreve que as formas de interação entre os governos podem ser representadas por três modelos: autoridade coordenada, autoridade inclusiva e autoridade sobreposta. Neste sentido, conceitua "autoridade coordenada" quando os governos mantem um relacionamento de total independência e autonomia, mediante a definição de papéis em cada esfera de governo, sem a necessidade de maior interlocução entre os atores. Na "autoridade inclusiva", o escopo de atuação dos governos subnacionais depende totalmente das decisões tomadas pelo governo central, que estabelece assim uma relação hierárquica com os demais níveis de governo. No modelo de "autoridade sobreposta" define três características principais: duas ou mais esferas de governo podem atuar simultaneamente numa questão; as áreas de autonomia exclusiva de ação são reduzidas; apesar de haver algum grau de assimetria entre os entes, o poder e a influência disponíveis são limitados, criando um padrão de autoridade que demanda acordos e trocas, que pressupõe a interdependência entre os centros de poder e coordenação entre os atores.

Para ABRUCIO & FRANZESE (2013), o federalismo competitivo caracteriza-se por uma distribuição de competências entre os níveis de governo, baseada na distribuição de responsabilidades, de maneira a definir o espaço de atuação entre as esferas de governo, preservando assim a autonomia das unidades federativas na produção de políticas, favorecendo a competição entre elas. Já no modelo cooperativo, as instituições políticas incentivam os atores territoriais a colaborarem, dividindo os poderes entre eles funcionalmente e prevendo tarefas de execução compartilhada.

As federações são marcadas pela diversidade e pelo conflito, por cooperação e competição. Desta forma, o arranjo federativo é um pacto que

se estabelece entre unidades territoriais, que divide poder, sem que os direitos sejam retirados dos pactuantes subnacionais. De forma coordenada, as federações podem estabelecer relações de equilíbrio e interdependência entre elas (ABRUCIO, 2002).

O arranjo federativo é aquele em que “unidades autônomas racionalmente cedem parte de sua autonomia para obter um bem coletivo de interesse comum”. Entretanto, neste tipo de arranjo, certo grau de autonomia regional continua preservado. Em um arranjo federalista, portanto, deve haver incentivos para a cooperação para a solução de problemas de ação coletiva. (ARRETCHE, 2004; ALMEIDA, 2005). Nesta perspectiva, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, entre governos que compartilham a soberania e são ao mesmo tempo autônomos e interdependentes, onde o equilíbrio entre a autonomia e a interdependência são essenciais para o bom funcionamento de um arranjo federativo (ABRUCIO, 2005).

No âmbito de estruturas federativas, fundadas na autonomia dos entes federados e na interdependência entre eles, a questão da ação coletiva ganha relevância à discussão das condições que propiciam a cooperação e minimizem a competição e ao problema da coordenação intergovernamental, como formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta (ABRUCIO, 2005).

O sucesso de um pacto federativo requer a cooperação entre os diversos atores envolvidos, sobretudo na coordenação eficiente entre as diferentes instâncias governamentais, que devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, em um contexto intrinsicamente conflitivo, como é o caso do federalismo (VIANA ET AL, 2002).

Mecanismos de parceria aprovados pelos entes federativos, como regras legais, que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, respeito mútuo e negociação no plano intergovernamental, são essenciais para o equilíbrio das formas de cooperação e competição existentes. No arranjo federativo, “as esferas superiores estabelecem relações hierárquicas frente às demais, seja em termos legais, seja em virtude do auxílio e do

financiamento às outras unidades governamentais" embora decisões e responsabilidades sejam compartilhadas. O governo federal pode ter um papel coordenador e/ou indutor da cooperação, embora sua atuação coordenadora não possa ferir a autonomia e os direitos dos governos subnacionais (ABRUCIO, 2005).

DOURADO & ELIAS (2011), relatam que a gestão de políticas públicas exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução de ações em prol do bem-estar coletivo. Dois mecanismos geralmente conduzem estes processos: as negociações diretas entre autoridades locais e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais. As negociações diretas buscam a construção de arranjos de cooperação a partir da interação horizontal entre instâncias subnacionais, partindo da premissa de que, em sistemas descentralizados, os governos locais alcançariam melhores resultados para seus cidadãos por meio da relação direta, por conhecerem melhor a realidade local e, portanto, em melhor situação para definir sobre a alocação de recursos, além de estarem mais susceptíveis ao controle. Já os mecanismos que tencionam o gerenciamento de políticas públicas por meio de incentivos federais para as esferas subnacionais partem do princípio de que a instância central deve dispor de recursos institucionais para induzir as escolhas dos governos locais, considerando que a qualidade da ação depende dos incentivos e controles a eles estabelecidos, sendo então, a melhor alternativa para a introdução de políticas públicas de abrangência nacional, com maior estabilidade e comando sobre a execução das ações.

Conforme descrito por ARRETCHE & SCHLEGEL (2014), o federalismo brasileiro se aproxima das federações de tipo cooperativo, nos moldes de Alemanha, Áustria e Austrália, onde há a prevalência de políticas homogêneas adotadas em nível nacional. Diferente das federações clássicas, como a dos Estados Unidos, Canadá e Suíça, onde os estados/províncias dispõem de autoridade para competir com a União na definição das políticas de seu território e nas decisões sobre as políticas de escopo nacional.

Na medida em que os Estados têm papel preponderante de promover o bem-estar social, a colaboração mútua entre as unidades federadas para o alcance dos objetivos sociais e econômicos tem sido um dos principais instrumentos de ação das federações. No federalismo cooperativo, predomina a ideia de cooperação advinda da identificação de que determinadas funções públicas não podem ser de competência exclusiva ou hegemônica de apenas um ente federado por implicarem interdependência (DOURADO&ELIAS, 2011).

Conforme relatado por ABRUCIO (2002; 2005), após o Golpe de Estado de 1964, o regime militar fortaleceu o modelo unionista, marcado pelo modelo de relações intergovernamentais autoritárias e verticais, onde os governos subnacionais tinham a obrigação de seguir os planos da União, sob ameaça de ficar sem as verbas e apoio técnico e político. As autonomias políticas e administrativas, assim como as bases do Estado Federativo do Brasil, só foram recuperadas nos anos 1980.

O processo de democratização e descentralização fiscal definido na Constituição de 1988 alterou as relações intergovernamentais e cada esfera de governo passou a ser autoridade política e soberana.

No modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas é extremamente complexa, no sentido em que é necessário conjugar a interdependência e a autonomia de três entes federativos. A coordenação federativa precisa ser exercida tanto pela União, quanto pela esfera estadual em relação aos municípios. Cabe à esfera estadual um papel central nas políticas sociais, particularmente quando se considera a heterogeneidades dos municípios em sua capacidade técnica, administrativa e financeira. Nessas condições, a assunção de políticas públicas pela esfera municipal pode contribuir para o aprofundamento de desigualdades que caracteriza o país (ABRUCIO, 2000).

A partir da Constituição de 1988, grandes mudanças foram observadas no Estado Brasileiro, em um contexto marcado pela democratização e pela liberalização econômica, que se expressaram no federalismo e na proteção social. No federalismo as mudanças foram

impulsionadas pelo consenso em torno da diretriz da descentralização e na proteção social pela lógica da expansão de direitos e pelas restrições da agenda neoliberal ao aumento da atividade estatal e do gasto público (VIANA ET AL, 2009)

No caso brasileiro, nos anos 1980 e primeira metade dos anos 1990 vigorou um arranjo federativo mais descentralizado, estadualista, não-cooperativo e muitas vezes predatório, caracterizado pela ausência de mecanismos cooperativos (ABRUCIO, 2005). A partir da segunda metade dos anos 90, passou a vigorar um federalismo mais cooperativo "caracterizado por formas de ação conjuntas entre as esferas de governo, em que as unidades subnacionais mantem significativa autonomia decisória e capacidade de autofinanciamento (ALMEIDA, 2005).

No período do início do processo de descentralização, os estados estavam com a base de sustentação fiscal enfraquecida, e o governo federal, com tendência recentralizadora fiscal e política. Esta situação contribuiu para desencadear um federalismo denominado predatório (MENICUCCI, 2008), ou como denominado por ABRUCIO (2002) "compartimentalizado", onde cada esfera de governo procura seu papel específico, sem que haja por parte do governo federal uma coordenação intergovernamental.

A estratégia de descentralização foi dirigida pela ideologia democrática, com o objetivo de democratizar a decisão pública, ao aproximar o processo decisório dos usuários do sistema de saúde (LIMA & VIANA, 2011).

A descentralização das políticas sociais acabou sendo fortemente debatida na construção do SUS e caminhou alinhada ao processo de democratização e participação social, com forte protagonismo e inovação do poder local (FLEURY, 2014).

O SUS foi criado num país com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, e diversidades nas necessidades epidemiológicas, na oferta de serviços e na disponibilidade de recursos humanos, onde conforme

a Constituição de 1988, define que cada ente federativo tem a responsabilidade de organizá-lo, de forma compartilhada, assegurando assim a integralidade da atenção à saúde (VIANA, 2009).

O federalismo brasileiro, tal como configurado pela Constituição Federal de 1988, possui a singularidade de estabelecer os municípios como entes federados dotados de competência tributária e autonomia política e administrativa. Neste sentido, o processo de descentralização ocorrido, desde 1990 privilegiou o papel dos municípios como atores fundamentais na construção e efetivação das políticas de saúde (OUVERNEY, 2005).

A primazia da dimensão municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão dos municípios, a instalação de Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a progressiva modificação no critério de financiamento, e a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual (COSTA, 2001).

No entanto, alguns efeitos colaterais conformaram particularidades na dinâmica política do federalismo brasileiro. A relação direta entre o nível federal e municipal, e a fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios dificultou a definição de responsabilidades. Apesar da tentativa de estabelecer instrumentos para fortalecer o papel dos estados na condução política, não foi suficiente para a organização de redes assistenciais organizadas nos preceitos da regionalização. Desta forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o processo de municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa, com incidência sobre as relações intermunicipais, onde os estados deveriam desempenhar este papel. (DOURADO & ELIAS, 2001; LEVCOVITZ et al, 2001).

Outro problema do federalismo cooperativo brasileiro está no municipalismo autárquico, conceituado por CELSO DANIEL, em 2001. Essa forma de descentralização tem a vantagem de colocar as responsabilidades

pelas políticas públicas mais próximas aos cidadãos e de aumentar a oferta local desses serviços. Por outro lado, apresenta desvantagens inequívocas. Uma delas é determinada pela situação de forte constrangimento dos recursos públicos, onde estabelece-se uma competição entre os entes federados. Na área social, esse mecanismo foi identificado como uma tentativa de cada nível de governo transferir a outro, os custos políticos e financeiros das políticas sociais e reservar, para si, os benefícios dela decorrentes. Mais ainda, pode haver uma tendência à fragmentação de certos setores sociais, como os de serviços de atenção à saúde que exigem escala para operar com eficiência e qualidade (ARRETCHE, 1996).

O municipalismo autárquico incentiva, em primeiro lugar, a "prefeiturização", tornando os prefeitos atores por excelência do jogo local e intergovernamental. Cada qual defende seu município como uma unidade legítima e separada das demais, o que é uma miopia em relação aos problemas comuns em termos "micro" e macrorregionais. Ademais, há poucos incentivos para que os municípios se consorciem, dado que não existe nenhuma figura jurídica de direito público que dê segurança política para os governos locais, que buscam criar mecanismos de cooperação. Ainda assim, em algumas áreas, os consórcios desenvolveram-se mais, como meio ambiente e saúde, porém ainda em uma proporção insuficiente para a dinâmica dos problemas intermunicipais (ABRUCIO, 2005).

Neste contexto, a experiência de cooperação intermunicipal é ainda muito incipiente no país, apesar de sua multiplicação, a partir da década de 90, em grande parte propulsada pelas diretrizes nacionais emanadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas experiências se concentram regionalmente no Sudeste e no Sul do país e setorialmente, nas áreas de prestação de serviços de saúde (35% do total dos municípios brasileiros), aquisição e uso conjunto de máquinas e equipamentos (12% dos municípios) e tratamento e disposição final do lixo (em torno de 4% dos municípios) [1] (RAVANELLI, 2008).

1- Dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais: Perfil dos Municípios: gestão pública 2001, Rio de Janeiro- 2003

A Lei no 11.107, sancionada pelo Presidente Lula, em 06 de abril de 2005, vem complementar e aprimorar o desenho federativo brasileiro que emerge junto a Constituição de 1988. A chamada Lei dos Consórcios Públicos dá nova regulamentação à cooperação horizontal e vertical entre as três esferas de governo para gestão compartilhada de políticas públicas e institui um arcabouço legal e institucional para a concretização do Federalismo Cooperativo no país, cujos princípios enunciados na própria constituição de 1988 careciam de regulamentação. A fundamentação jurídica da Lei dos Consórcios Públicos está diretamente vinculada à emenda constitucional n°19 de 1998, que modificou a redação do art. 241 para os seguintes termos: “União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem com a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.” (BRASIL, 2005).

O municipalismo articula-se com a natureza singular da descentralização brasileira, especialmente após a Constituição Federal de 1988, que gerou um processo de criação desordenada de municípios (GOMES e Mac DOWELL, 2000). Num país em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes é difícil implantar um sistema de base municipal, sem aumentar a fragmentação do sistema de atenção à saúde e gerando ineficiências sistêmicas e problemas de má qualidade dos serviços.

Neste modelo, há uma expansão da atenção à saúde pelos municípios, sem articulação regional, com pulverização de recursos públicos e gerando ineficiência sistêmica (MENDES, 2011).

Para VIANA & LIMA (2011), se o princípio da descentralização está associado a diretriz da gestão única, em cada esfera de governo, a universalidade, igualdade, integralidade e hierarquização da assistência pressupõem a conformação de arranjos regionais, como consequência da negociação federativa.

Para VIANA & LIMA (2011), a descentralização e a regionalização no Brasil podem ser descritas em ciclos. O primeiro está associado à conjuntura de democratização nos anos 1980, onde a descentralização é proposta como um mecanismo de aceleração da redemocratização em um ambiente intergovernamental cooperativo. Neste primeiro ciclo não há fomento às estruturas subnacionais e não há uma política regional vigente, o que compromete o fortalecimento dos entes municipais e estaduais. O segundo ciclo, iniciado na primeira metade da década de 1990 caracteriza-se pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal, através do aporte de recursos, indução à montagem de estruturas subnacionais, gerando maior autonomia aos municípios e contribuindo para a construção de sistemas locais de saúde, sem induzir, no entanto, o papel da esfera estadual na coordenação e cooperação intermunicipal. O terceiro ciclo é marcado pela NOB 96, com a instituição de um processo redistributivo de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde para os municípios por meio de transferências per capita e incentivos. Neste período houve um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS, tendo como agravante o fato de que a políticas neoliberais incentivaram a competição entre os entes federados. Evidenciaram então a heterogeneidade dos sistemas descentralizados de saúde em termos de capacidade financeira, administrativa e operacional para a atenção à saúde. O quarto ciclo se inicia com a publicação da NOAS, que enfatiza o processo de regionalização como estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso. Neste período há um estímulo ao planejamento regional, no sentido de implantação racional de recursos de saúde, que dificulta a construção de políticas regionais integradas, pois não considera a dinâmica dos territórios e os condicionantes que reproduzem a iniquidade nas regiões.

O processo de descentralização propiciou a criação de estratégias inovadoras na gestão, introduziu mudanças nos modelos e práticas de cuidado e propiciou a participação da sociedade civil na gestão do SUS,

através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde no âmbito local, estadual e nacional (FLEURY & OUVERNEY, 2012).

A partir de 2001, destacam-se as ações votadas para a implementação da regionalização. A organização regionalizada do setor saúde tem como um de seus objetivos corrigir as distorções causadas no processo de descentralização das ações, superando a competição intermunicipal e a ausência da atuação do gestor estadual no seu papel de coordenação, substituindo-a pela cooperação entre os municípios e as Secretarias Estaduais de Saúde (MENICUCCI, 2008). A concretização da regionalização "exige um esforço de articulação e pactuação entre as instâncias responsáveis pela gestão do SUS, num contexto de profunda descentralização e ausência de uma cultura de relações cooperativas entre os entes federados" (BRASIL, 2001). A coordenação e planejamento da regionalização é uma das responsabilidades da esfera estadual, no sentido de buscar a integralidade da assistência à saúde.

A complexidade do modelo de gestão do SUS pressupõe o estabelecimento de relações interfederativas, interinstitucionais, relações entre a rede de serviços. (VIANA ET AL, 2002).

MENICUCCI (2008) afirma que "a regionalização da rede de serviços, estabelecida como princípio na Constituição de 1988 e reafirmada na Lei 8080, tem como objetivo a organização do sistema de saúde, de forma a otimizar os recursos com vistas à economia de escala e de escopo dos serviços, garantindo assim a integralidade da atenção à saúde do cidadão".

Em países como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá, a descentralização da política de saúde foi construída de forma articulada com a regionalização, por meio da organização de redes de serviços associadas ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Na América Latina, os processos de descentralização e regionalização foram implementados com graus diversos de articulação, com destaque para a descentralização (VIANNA ET AL, 2010).

No Brasil, a regionalização é um fenômeno complexo, dada as dimensões continentais, o grande número de potenciais usuários, as

desigualdades e diversidades regionais, e a multiplicidade de agentes (governamentais e não-governamentais; públicos e privados) envolvidos na condução e prestação da atenção à saúde (DOURADO & ELIAS, 2011).

A descentralização implicou uma nova maneira de gerir, e a criação das instâncias interfederativas, criou as condições para aproximar as relações, buscar consenso entre os diferentes atores envolvidos, e o estabelecimento de pactos e decisões políticas e administrativas referentes ao sistema de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal (PINTO et el, 2014).

FLEURY et al (2010) afirmam que, entre 1996 e 2006, “modificações importantes ocorreram na relação Estado-sociedade, em direção a um padrão mais democrático do poder local”. Chamam atenção para a necessidade de construção de bases sólidas no âmbito da governança local, pois o sucesso das intervenções depende de estratégias capazes de oferecer apoio técnico, gerencial e político na implementação das políticas de saúde. Estas estratégias, se viabilizadas através da política regionalizada da saúde, articulando diferentes atores sociais, podem fortalecer a governança a nível local e regional.

Para SANTOS (1996), a governança está relacionada à forma como o governo exerce seu poder e sua capacidade organizativa no desenvolvimento do planejamento, formulação e implementação das políticas.

O termo governança está ligado à performance dos atores e sua capacidade no exercício da autoridade política. Difere da governabilidade, que está relacionada às condições sistêmicas e institucionais em que se dá o poder, a forma de governo, as relações entre os poderes e o sistema de intermediação de interesses (SANTOS, 1997).

Conforme explicitado por FLEURY & OUVERNEY (2006), a governança na regionalização implica na pactuação de estratégias que possam convergir os diferentes interesses em torno de objetivos comuns. Implica em acordos, pactuações, consensos e compartilhamentos de regras e mecanismos de planejamento que assegurem o financiamento, a

regulação e a gestão do sistema, para proverem de forma corresponsável os serviços da rede de atenção regional.

A regionalização, caracterizada por um processo político trazido pela necessidade de conformar redes de atenção à saúde apresenta alguns conflitos com a descentralização ocorrida no Brasil, pois a descentralização se constitui de maneira finalística, não complementar, através da distribuição de responsabilidades e a regionalização tem natureza complementar e se forma a partir de diferenciação e diversidade territorial. O planejamento regional não se articulou com o processo de descentralização no início da implantação do SUS e as propostas de regionalização tiveram início tardio, se conformando após sucessivos ciclos de descentralização (VIANA & LIMA, 2011).

A construção de sistemas de saúde regionalizados de modo a conformar redes de atenção à saúde requer o estabelecimento de parcerias entre municípios e estados, que apesar de autônomos são interdependentes. São relações de cooperação, horizontais, e sem o estabelecimento de autoridade. O ganho de um município depende da escolha de todos. Para isso é necessária alguma coordenação, que implica em centralização de decisões, sem que se atinja a autonomia dos entes federados. Neste sentido, a regionalização é um processo que tem como objetivo solucionar o problema da ação coletiva, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória os municípios e entre municípios e estados, que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados, em busca do interesse comum entre todos (MENICUCCI, 2008).

Os processos de implantação de sistemas fundados em princípios igualitários, descentralizados e regionalizados, como o SUS são, necessariamente, lentos e negociados e envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política. A necessidade da negociação e formação de acordos entre esferas de governo é tensionada pelo grande número de entes envolvidos e pelas

baixas condições institucionais de municípios e estados igualmente responsabilizados pela atenção à saúde (VIANA & LIMA, 2011).

A conduta cooperativa envolve uma ação coletiva, que Elster (1989) entende como a escolha por todos ou pela maioria dos indivíduos da linha de ação que, quando escolhida, conduz ao resultado coletivamente melhor (MENICUCCI, 2008).

OLSON (1971, 1982) considera que a ação coletiva não se realiza, a menos que haja coerção ou incentivos seletivos, entendidos como ganhos ou benefícios individuais, derivados da participação na ação coletiva, mas independentes da realização do próprio bem coletivo (REIS, 1984). Na medida que os indivíduos são egoisticamente motivados e racionais, eles não agem naturalmente para a promoção do interesse comum, já que o bem público não representa por si mesmo, um estímulo suficiente para o dispêndio de energia ou recursos necessários à sua consecução e só irá cooperar se for uma obrigação.

O problema da ação coletiva se inicia quando o interesse privado impede a obtenção do bem coletivo. Para PRZEWORSKI (1994), os indivíduos somente agem baseados no interesse próprio e que sendo assim, somente a coerção resolveria o dilema da ação coletiva. Este dilema somente seria resolvido através da realização de um “acordo cooperativo cujo cumprimento é obrigado por uma força externa”. A ação coletiva resultaria de acordos que podem ser descumpridos por uma das partes, mas que vigoram porque uma terceira parte (exógena e autônoma) pune eficazmente as defecções. (MENICUCCI, 2008).

No pensamento de OLSON (1982), quanto maior o grupo, menor será o incentivo individual para buscar o interesse coletivo, a não ser que haja coação e lhes seja oferecido o bem privado. Assim os indivíduos fazem um cálculo de custos e benefícios e só cooperam quando vislumbram vantagens que não teriam, caso não houvesse a cooperação. Nos grupos pequenos, onde o benefício é elevado e os custos podem ser baixos, vale mais a pena a ação coletiva. Quanto maior é o grupo, maiores os custos da organização

devido aos custos de informação que precisam ser estabelecidos e só se organizam para obter um bem público se houver algum incentivo coletivo.

O problema da coordenação da ação coletiva permanece, mesmo quando há solidariedade entre os indivíduos. Mesmo que todos os indivíduos sejam solidários, as dificuldades para a realização do interesse comum persistem, visto que derivam do problema de coordenação, que pressupõe a irrelevância da ação de um indivíduo isolado para a realização do bem comum (REIS, 1984)

A esses argumentos, algumas críticas forma elaboradas, como a de que a relação entre o tamanho do grupo e a redução do benefício individual refere-se somente aos bens que podem sofrer colapso ou rivalidade. Não existe conexão entre o tamanho do grupo e o fato de que seja latente ou privilegiado. O que importa é a existência de um subgrupo interessado em promover o bem coletivo, onde é mais provável de que acorra, em grupos maiores (AGUIAR, 1990).

Para compreender se uma ação coletiva é marcada pelo consenso ou dissenso, pela busca de objetivos comuns ou individuais, alguns autores afirmam ser necessário compreender qual seria o contexto da ação, quais são as identidades sociais dos atores que interagem e como se dá o processo de formação e transformação das preferências, interesses e objetivos dos atores, no curso de sua interação. Afirmam também que o grau de racionalidade da ação, dependeria da capacidade dos atores de reunir, avaliar e processar mais eficientemente as informações relevantes (MENICUCCI, 2008).

Considerando o contexto de uma política pública compartilhada constitucional pelos entes da federação, a solidariedade poderia ser traduzida como disposição para compromissos com os demais pactuantes ou com a coletividade dos entes federados. Neste sentido, escolhas são inerentes e condicionais. A sujeição a normas e sanções, embora não seja uma condição suficiente, apresenta-se como um requisito fundamental para a disposição dos agentes para estabelecer e cumprir acordos entre si ou em benefício de uma coletividade (MACHADO, 2013).

Na visão de ABRUCIO (2005), a coordenação intergovernamental pode ser favorecida por meio de regras que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas, de fóruns federativos, na existência de capacidade burocrática, assim como pelo desenvolvimento de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação no plano governamental.

MACHADO (2013), recorre às categorias utilizadas por TSEBELIS (1998), na abordagem da barganha, na qual agentes estão envolvidos simultaneamente em mais de uma arena. Exemplifica o gestor de um município que pactua procedimentos com outros municípios, em troca de recursos correspondentes ao atendimento de média e alta complexidade. Em virtude de diversos fatores, o repasse de outros recursos financeiros, o montante transferido não foi suficiente para o cumprimento das metas programadas. De um lado, o gestor tem um compromisso com a região de saúde, assumido com os interlocutores do pacto, que o pressionam para destinar o que foi pactuado por eles. De outro, o município executante tem um compromisso e a pressão de seu eleitorado na assistência à saúde de sua cidade. Caso o gestor priorize o compromisso com os outros municípios, ofertando a eles o que foi pactuado, e assumindo o déficit dos recursos encaminhados, poderia se sujeitar a tensões na arena eleitoral, em decorrência da deficiência no acesso à sua própria população. Mas, considerando que o gestor do município executante, que detém o controle do acesso aos serviços, honre seus compromissos eleitorais e privilegie sua população no acesso à assistência, corre o risco de perder os recursos financeiros a ele destinados. Destaca-se que a estratégia de privilegiar a arena eleitoral se mostra mais atraente, na medida que o aparato dos pactos regionais se mostre precário e não o coloque em risco de perder suas prerrogativas conquistadas no sistema de saúde.

O autor então conclui que sujeito simultaneamente a dois jogos alinhados, o jogo da barganha nas relações intergovernamentais e o jogo do sucesso eleitoral, se curvam à tentação de privilegiar seus ganhos eleitorais, especialmente na medida em que reconhecem como submetidas a

incentivos para competição e sob frágeis instrumentos de controle, minimizando assim, os riscos inerentes à sua escolha (MACHADO, 2013).

Na visão de ABRUCIO (2005), no arranjo federativo, “as esferas superiores de poder estabelecem relações hierárquicas frente às demais, seja em termos legais, seja em virtude do auxílio e do financiamento à outras unidades governamentais, embora decisões e responsabilidades sejam compartilhadas” O governo federal pode ter um papel coordenador ou indutor da cooperação, embora sua ação coordenadora não possa interferir na autonomia e nos direitos dos governos subnacionais.

A mudança no padrão das relações intergovernamentais na atenção à saúde no Brasil, a ponto de promover cooperação e solidariedade entre os entes, não se realizou de maneira completa. Nas condições exógenas, as regras estimularam a luta distributiva entre as partes, tornando sua superação problemática, uma vez que a negociação entre elas esbarrava em problemas de credibilidade de compromissos. Neste sentido, a instauração de relações intergovernamentais solidárias no SUS requer medidas que aprofundem o controle e o disciplinamento do exercício dos poderes concentrados segundo as regras que o presidem, o processo de firmação de pactos regionais requer uma atuação entre os governantes que atuam em posições assimétricas e sob interesses potencialmente conflitantes no contexto federativo (MACHADO, 2013).

O avanço do processo de regionalização tende a interferir de forma positiva no acesso à saúde, pois permite observar o modo como os determinantes sociais se comportam no território, projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade; otimização dos recursos humanos e tecnológicos da região, garantindo assim a resolutividade na atenção; disponibilização de recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al, 20012).

A regionalização da saúde deve ser entendida como um processo de pactuação política no âmbito do planejamento territorial entre os entes

federados, que devem ser solidários na utilização do território. Não resulta obrigatoriamente na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas, mas sim de acordos políticos embasados pela dinâmica do uso do território. (VIANA ET AL, 2008).

VIANA & LIMA (2011), compreendem a regionalização como:

> "Um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder e estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território"

As autoras afirmam que, na saúde, as regiões geográficas constituem-se como base territorial, conformando uma rede de atenção integral à saúde, de modo a garantir a autossuficiência do sistema de saúde em áreas específicas. Também se configuram como espaços geográficos vinculados à condução político-administrativa do sistema de ações e serviços de saúde no território.

O conceito de região é bem amplo e foi explorado por diversos autores ao longo dos anos.

SANTOS (2009), cita Immanuel Kant para explicar o conceito de região introduzido no século XIX, ligado ao espaço geográfico, onde estabelecemos relações entre os fatos exteriores a nós, sendo condição de toda a existência de objetos, não podendo ser percebido empiricamente. Para Kant, "pode se pensar o espaço sem coisas, mas não as coisas sem o espaço" (SANTOS, 2009).

A corrente francesa de Vidal de La Blache, entendia "a região enquanto entidade concreta, existente por si só", onde cabe ao geógrafo apenas a tarefa de delimitar e descrever a região. Este pensamento defende a região como uma realidade física, uma referência para a população que lá vive, inserindo assim o elemento humano na caracterização da paisagem regional (CARVALHO, 2002b).

Conforme relatado por SANTOS (2009), na nova teoria apresentada por Hartshorne, “a região é um produto mental, uma forma de ver o espaço que coloca em evidência os fundamentos da organização diferenciada do espaço”. As regiões possuem aspectos que são singulares na sua espacialidade e o enfoque regional de cada pesquisador implica numa produção mental, uma forma concebida de região.

A partir da década de 1970 surgem as correntes de base marxista e fenomenológica, que entendem o espaço como locus da reprodução das relações sociais e de produção, estruturando uma nova geografia e valorizando aspectos históricos e culturais (CARVALHO, 2002a).

A corrente humanista defende que para compreender a região, é necessário viver nela. A região como espaço vivido pode ser definida como “uma porção territorial definida pelo senso comum de um determinado grupo social, cuja permanência nesta área, foi suficiente para estabelecer características próprias na sua organização social, cultural e econômica” (Ribeiro, 1993).

Por muitos anos, a região foi entendida como uma entidade autônoma, limitada à sua localização, com poucas relações entre si. Para SANTOS (1988), com a globalização, as regiões passam a estar interligadas e interdependentes, com diferenças que não se explicam apenas pelo seu conteúdo interno, mas por um território que tem história e que está em contínua renovação.

O estudo das regiões deve contemplar a organização, o social, o político, o econômico e o cultural. O espaço é constituído por um conjunto indissociável de arranjos, de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e a sociedade em movimento. Portanto, o espaço usado por todos, de todas as existências, é sinônimo de espaço humano. Para ter valor e compreender o espaço vivido e as transformações que nele ocorrem é necessário analisar as variáveis interdependentes que compõem o território e sua história (SANTOS, 1988).

O espaço geográfico prova a existência, e as variações podem mudar de um período para o outro, mas se analisadas num corte temporal, sua

função e seus valores permanecem alterados. É importante considerar a escala geográfica que se refere à concepção e a escala temporal que se refere ao tempo, mas as pessoas que habitam este espaço são seres em metamorfose e são capazes de influenciar a mudança social. Neste sentido, o espaço geográfico é entendido como sinônimo de território usado e "visto como uma totalidade é um campo privilegiado para análise, na medida em que nos revela a estrutura global da sociedade e também a própria complexidade do seu uso (SANTOS, 2000).

Pode-se compreender a região como fato e ferramenta, partindo da premissa de que o espaço geográfico é compreendido como espaço usado, constituído por um arranjo de objetos materiais e imateriais. A região como fato, independe das forças políticas que dominam o território, tal como foi delimitada, com sua história, conflitos e tensões diante dos processos de modernização territorial. Já a região como ferramenta é a resultante das forças econômicas e políticas que dominam o território. Nelas são criadas as condições para a implementação de políticas construídas e reconstruídas por ações verticais para atender os interesses de setores da economia (RIBEIRO, 2004, apud VIANA ET AL, 2008).

Para SILVEIRA (2011), "a região deve ser entendida como sinônimo de território usado, que precisa considerar a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e a ação". É preciso considerar as estradas, ferrovias, telecomunicações, área agrícolas, etc. Também é necessário considerar os fluxos de transporte, recursos financeiros, informações.

Com base no conceito de região natural, idealizado pelo professor Delgado de Carvalho, e introduzido no Brasil em 1913, foi proposto pelo IBGE a primeira divisão regional no Brasil, base da organização dos dados censitários. Segundo GUIMARÃES (1941), a escolha das regiões obedecia a disposição determinada pela natureza, de modo que cada uma delas apresentasse uma unidade do conjunto resultante da correlação de diversos fatos geográficos. Para fins administrativos, posteriormente foram modificadas, atendendo aos limites das unidades políticas que dividiam o

país: norte, nordeste, leste, sul e centro-oeste. Em 1967 e em 1991, foram conceitualmente modificadas, com a extinção da região Leste, a adição da região Sudeste e a criação de mesorregiões e microrregiões homogêneas (GUIMARÃES, 2005).

Posteriormente, novas influências desenvolveram as regiões, pautadas em um conceito híbrido. De um lado a escola francesa, considerando a região como uma evidência empírica, passível de mapeamento e identificação na paisagem e nas realidades físicas e culturais. De outro, a influência americana de Richard Hartshorne, que definia a região como uma construção intelectual. Como decorrência desta influência, a regionalização do país reforçou o seu caráter técnico operacional do conceito de região, visando o intervencionismo do Estado, no planejamento territorial (GUIMARÃES, 2005).

Na área da saúde, a introdução da ideia de região como dispositivo para a organização da provisão de serviços foi introduzida por Dawson em 1920. Para ele, qualquer provisão de serviços de saúde deveria ser acessível a toda a comunidade, adaptar-se às diversidades locais e deve compreender todos os serviços necessários à saúde. Estes serviços, de vários níveis de complexidade, devem estar interligados e instalados considerando a população e os meios de comunicação (OPAS, 1964).

Para VIANA ET AL (2011), a região de saúde deve ser pensada a partir do funcionamento do território, que não se configura apenas pelos limites territoriais, mas como um espaço vivo, constituído por contextos heterogêneos, que pode criar um *"modos operandi"* cooperativo, otimizar o custo e os recursos utilizados, permitindo uma nova maneira de planejar, controlar e regular o sistema.

Na visão de SANTOS (2013), a região de saúde é o espaço que delimita a rede sem, contudo, se constituir na delimitação da integralidade. E quando a rede não é suficiente, será em sua intercomunicação que se alcança a integralidade da assistência. Daí a importância de se regionalizar a descentralização para inibir os efeitos negativos da descentralização como o isolamento do ente federativo, falta de conhecimento da realidade do

entorno, fragmentação e enfraquecimento dos serviços, com perda de escala para a organização dos serviços com adensamento das estruturas sanitárias.

Para CONTEL (2015), as concepções de região e regionalização se pautam por uma tradição geográfica de estudos da relação homem-meio, aproximando o conhecimento sobre o espaço da ecologia humana, e dão ênfase ao peso dos fenômenos naturais.

Regionalizar, pode corresponder à produção de um recorte político, em um determinado território, visando a construção de respostas a problemas cuja solução requer esforços colaborativos e coordenados na região, de atores governamentais, implicados em ações locais (RIBEIRO, 2015).

A regionalização se associa, em cada estado, às dinâmicas territoriais, às características do desenvolvimento econômico, à associação de políticas anteriores, no sentido de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e os desenhos regionais adotados (LIMA et al, 2012).

O tratamento do tema da regionalização a partir das redes urbanas, permite ampla análise de importantes dimensões do acesso aos serviços de saúde: a distribuição mais equitativa dos equipamentos e ações de atenção à saúde a partir do nível de complexidade dos serviços e de sua articulação com a hierarquia das redes urbanas regionais e; o uso da distribuição dos equipamentos como forma de desenvolvimento regional, tanto pelas políticas que melhorem a qualidade de vida/saúde da população, quanto pelo uso dos “complexos industriais de saúde”, como forma de aumentar o dinamismo econômico local e regional (CONTEL, 2015).

No Brasil, a regionalização da saúde, foi prevista desde a Constituição de 1988 como estratégia de organização das ações e serviços de saúde, em conjunto com a descentralização e a hierarquização, mas é apenas na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/02, que o tema passa a ser implementado de fato. (VIANNA ET AL, 2008).

O Pacto pela Saúde, editado em 2006 reafirma importância da regionalização, mas não propõe um modelo padrão para as regiões de saúde, conceituadas como “recortes territoriais inseridos em espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, das redes de comunicação e infraestrutura e de transportes compartilhados no território. Amplia os espaços de pactuação regional, instituindo os Colegiados de Gestão Regional, como espaços permanentes de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre os entes federativos da região, cujas decisões são realizadas por consenso, sob coordenação do gestor estadual, no intuito de organizar a atenção à saúde, de forma integrada e resolutiva (BRASIL, 2006).

Para MARTINELLI (2014), com o Pacto pela Saúde, a governança regional ganha espaço e se materializa nos espaços de gestão colegiada, que pressupõem arranjos e envolvem contextos institucionais e atores que tem objetivos particulares, mas inseridos num território de uso comum, que requer o fortalecimento das relações verticais e horizontais conformando um complexo regional.

A partir de 2010, novas diretrizes forma formuladas, visando estimular a configuração de redes de atenção à saúde, de modo a contribuir para a implementação do processo de regionalização nos estados brasileiros. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4279, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A RAS tem como objetivo “promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integração e de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema no aprimoramento do acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica”. Neste sentido, definiu as regiões de saúde como áreas de abrangência territorial e populacional sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para a sua configuração (BRASIL, 2010).

As redes de atenção podem ser organizadas em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros, tendem a ser concentrados (WHO, 2000).

Para seu funcionamento, as Redes de Atenção à Saúde exigem uma série de atributos essenciais, tais como: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências; estabelecimentos de saúde que devem prestar todos os serviços de saúde, integrado com os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas; atenção primária em saúde estruturada como primeiro nível de atenção, instituída como coordenadora do cuidado; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede para definição de objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; ampla participação social; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7508, publicado em 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, conceitua a região de saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

As regiões de saúde devem oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Define também que podem ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios e que a instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011).

O Decreto nº. 7508/11 também define o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definido por acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Significa a formalização da pactuação regional elaborada nas regiões de saúde pelas Comissões Intergestoras Regionais – CIR (BRASIL, 2011).

Para DOURADO & ELIAS (2011), o desafio está em conceber mecanismos de gestão regional que possam ser utilizados nas diversas regiões do país, considerando a concentração política e financeira da esfera federal e a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde.

2 - O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS E OS PRINCÍPIOS DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

No início deste século, o Brasil vivenciava as epidemias, causadas por doenças infecciosas, que exigia do sistema uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação de cana e café. Até a metade da década de 1960, praticou-se como modelo hegemônico de saúde o “sanitarismo campanhista”, que visava o controle de doenças por meio de estruturas verticalizadas com a intervenção e a execução de suas atividades nas comunidades e cidades Ao longo das primeiras décadas do século XX, as pessoas que necessitavam de assistência médica eram obrigadas a comprar serviços de profissionais liberais. Para os despossuídos, restava apenas o auxílio das Santas Casa de Misericórdia, destinadas aos pobres e indigentes. (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001).

No início do século XX, os trabalhadores mais articulados politicamente lutavam pela organização de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que pudessem conceder benefícios pecuniários nas modalidades de pensões, bem como na prestação de serviços, como consultas médicas e fornecimento de medicamentos (CORDEIRO, 1981).

Em 1923, inicia-se a assistência médica da Previdência Social, em virtude da aprovação da Lei Elói Chaves. Nesta ocasião, surge a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), destinada aos ferroviários. As CAP eram organizadas por empresas e financiadas por empresários e trabalhadores. Em 1936, já existiam 183 CAP, mas a imensa maioria da população permanecia excluída do acesso aos serviços de saúde. A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, com orientação de economia de gastos, iniciou-se a implantação dos Institutos de Aposentadoria (IAP), estruturados por categorias profissionais, e não mais por empresas (marítimos, comerciários, bancários, industriários, servidores do Estado e trabalhadores de transporte de cargas) (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001).

A Lei Elói Chaves, de 1923, fez com que as medidas de proteção social e assistência à saúde fossem reconhecidas como momento inicial da responsabilização do Estado pela regulamentação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica (BRASIL, 2007)

A rápida expansão das CAP, fez com que ocorressem modificações, ´principalmente em aspectos vinculados ao financiamento. Desde o início, o sistema previdenciário não se fundamentou no conceito de direito à previdência social, inerente à cidadania, mas no direito contratual baseado em contribuições ao longo do tempo (POSSAS, 1981).

A Constituição de 1937 promulgada no governo Vargas impôs, a partir de 1940, o sindicato único e a obrigatoriedade de pagamento da contribuição sindical. Estendeu, também, os benefícios da previdência a todas as categorias do operariado urbano, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), substituídas em seguida pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), que asseguravam aposentadoria, pensão em caso de morte, assistência farmacêutica de baixo custo e assistência hospitalar (CARVALHO, 2002a).

O Estado passou a patrocinar o fortalecimento de um sistema previdenciário, ainda incipiente, baseado em Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados segundo a categoria profissional, que ofereciam coberturas variadas de atenção à saúde individual (BRAGA & PAULA, 1986).

A III Conferência Nacional de Saúde de 1963 foi a primeira a introduzir na história a ideia de uma Política Nacional de Saúde, capaz de atender as necessidades da população, a custos suportáveis pela nação, de acordo com seus anais, publicados somente após 28 anos. Naquele tempo, já se pensava criticamente a Organização Sanitária Brasileira, como a consequente correção dos vícios que lhe reduziam o alcance e a eficiência, entre eles a centralização, que deixava desprotegido um grande contingente da população. Adotou assim a tese da municipalização com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para

adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país com tantas diferenças regionais. Para isso, recomendou a articulação das atividades sanitárias nos vários níveis das administrações: federal, estadual e municipal, dando o primeiro passo para a implantação de um sistema nacional de saúde unificado. Entre outras, recomenda que União, Estados e Municípios assumam competências e que estas três esferas, na mais estreita cooperação estabeleçam, no menor prazo possível, em nível municipal, a estrutura sanitária básica do país, de forma a fornecer os cuidados médico-sanitários indispensáveis à defesa da vida de toda a população brasileira; priorização dos municípios que não dispunham de qualquer medida de defesa da saúde; que os serviços de saúde a serem implantados levassem em conta na sua estrutura, as necessidades e possibilidades de cada um (CARVALHO, 2002a).

Para BRAGA & GOES DE PAULA (1986), apenas com o agravamento da situação financeira dos institutos, é que tal uniformização vai ocorrer de fato, através da sua unificação e da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Decreto 72/66. Dessa forma, consolidou-se o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços de saúde, com foco na assistência médica, de viés hospitalocêntrico e caráter privatista, onde o Estado emergia como grande financiador do sistema por meio da Previdência Social, sendo o setor privado o maior prestador de serviços.

Na visão de FLEURY & OLIVEIRA (1985), a criação do INPS, assumido pelo Estado propiciou a implementação de uma política de saúde, que, atendendo aos interesses do mercado internacional, possibilitou o desenvolvimento de um complexo médico industrial. Também acrescenta novas diretrizes à política de assistência médica, que em nome da racionalidade necessária e viabilizadora da expansão da cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social.

Para CHIORO & SCAFF (1996), a criação do INPS permitiu a extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população

urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública; a criação de um complexo médico-industrial; e a organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

Conforme explicitado por CARVALHO (2002a), a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), como resultado da fusão dos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), implicou na concentração das políticas de assistência médica, previdência e assistência social. Esta concentração foi acompanhada por uma extensão de cobertura da assistência médica a todos empregados formais e aos trabalhadores autônomos que, por sua vontade, desejassem contribuir para a Previdência Social.

Em 1975, a Lei n° 6229/75, cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS), em resposta à necessidade de extensão de cobertura e reorganização institucional do sistema de saúde no Brasil, na busca da equidade. Um dos seus objetivos básicos era reorganizar e disciplinar todos os serviços de saúde componentes do sistema, incluindo as ações do Ministério da Saúde, do INPS, bem como das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Outro objetivo básico era a expansão de cobertura, a qual exigia a homogeneização das condições de oferta de serviços na “ponta da linha” do SNS, isto é, nos Estados e Municípios (BRASIL, 1975).

O SNS institui em caráter permanente o planejamento integrado de saúde das unidades federadas, articulando os planos locais, estaduais e estaduais para a proteção e recuperação da saúde. Designava aos municípios a administração das unidades de saúde de interesse local, bem como ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 1975).

Em 1977, criou-se o SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social, base jurídica do sistema de saúde da década de 70, que, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), buscava reorganizar, racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Foram criados: DATAPREV- empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços, o Instituto Nacional

de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), a Central de Medicamentos (CEME), e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS). A lógica desse sistema que caracterizou a década de 70 era baseada no Estado (como grande financiador da saúde através da Previdência Social), no setor privado nacional (prestador dos serviços de atenção médica) e no setor privado internacional (produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos) (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001).

Segundo VIANA (2013), a política de saúde no Brasil a partir da década de 70, pode ser dividida em períodos. O primeiro período, compreendido entre os anos de 1974 e 1978 é caracterizado pela hegemonia do modelo centralizado de prestação de serviços pelo INAMPS, que oferecia as ações individuais apenas para os segurados da Previdência, em sua rede de ambulatórios e hospitais ou na rede contratada e/ou conveniada de caráter predominantemente privado e com fins lucrativos. A saúde coletiva era oferecida de forma “marginal” pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais.

A criação do INAMPS acarretou um processo de centralização técnico-administrativa das decisões no âmbito da assistência médica individual de caráter curativo (CARVALHO, 2002a).

O segundo período, definido por VIANA (2013) como hegemonia desafiada, vai dos anos de 1979 a 1982, e caracteriza-se pela predominância do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que conferem prioridade ao setor público e à assistência primária, buscando um novo tipo de integração com as esferas estaduais e municipais de governo. Os projetos previam a interiorização da assistência e na prevenção de doenças transmissíveis, com a extensão dos cuidados primários de saúde a toda população, por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob controle da rede pública.

A experiência do PIASS, permitiu em 1980, o surgimento do PREV-SAÚDE, que tinha como objetivo a universalização dos serviços primários de

saúde de todo país, por meio de uma articulação entre entidades públicas e privadas, da extensão máxima da cobertura com regionalização, hierarquização e integralização das ações (ALMEIDA, CHIORO & ZIONI, 2001).

A implementação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, foi baseada na adesão brasileira às propostas da Organização Mundial de Saúde, oriundas da reunião realizada em Alma Ata, na União Soviética em 1978, que tinha como base a garantia da atenção primária em saúde. Entre os objetivos do programa, repetiam-se várias das estratégias propostas pelo PIASS, ou seja, melhorar as condições de saneamento, habitação, alimentação e nutrição da população brasileira, bem como, aperfeiçoar os meios de implantação de vigilância epidemiológica, utilização de recursos humanos, de equipamentos e insumos para a saúde (CARVALHO, 2002a).

Ainda no ano de 1981, o Presidente da República, mediante Decreto 86.329/81, cria o CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), que edita um documento, publicado oficialmente em agosto de 1982 denominado de Plano CONASP. O Plano foi batizado de Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, e os pontos principais de sua proposta eram a cobertura integral da população por meio de serviços básicos de saúde; planejamento dos serviços de saúde públicos e privados conforme um sistema hierarquizado, regionalizado e integrado, portanto descentralizado e desburocratizado; co-participação orçamentária das várias instituições envolvidas; responsabilidade política e controle geral do sistema de saúde pelo estado. O Plano CONASP muda o sistema de financiamento dos hospitais, onde os leitos contratados com o setor privado eram pagos por unidades de serviço, calculadas através do custo de cada internação. Introduziu-se então um sistema diferenciado e aperfeiçoado de auditoria médica e contábil e o sistema de pagamento utilizando a AIH, que representa um grupo de procedimentos baseados em valores médios de custo de internação, calculados com base na série histórica apresentada. Na área ambulatorial, é

criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que ficou conhecido como Ações Integradas de Saúde (AIS), onde estados e municípios que aderissem ao Plano teriam repasses financeiros relativos à sua capacidade de produção, associadas aos parâmetros de cobertura da população (CARVALHO, 2002a).

O terceiro período, denominado de transição por VIANA (2013) compreende os anos de 1983 e 1986, e é marcado pelo avanço do processo de democratização, que abre uma agenda do Movimento Sanitário na constituição de um sistema integrado de assistência à saúde, segundo um modelo descentralizador e de cobertura universal. Neste período predominam as Ações Integradas de Saúde (AIS), como um momento de transição para um novo modelo, que consistiu em transferir recursos para a ampliação de capacidade física, contratação de recursos humanos e a incorporação da assistência médica pelos ambulatórios estaduais e municipais. As AIS foram formalizadas pelos convênios entre esferas de governos, que explicitavam os objetivos, estrutura e mecanismos de funcionamento em cada estado; termos aditivos, que visavam a operacionalização dos projetos de atuação conjunta; e os termos de adesão, visando a incorporação das prefeituras, e previam a constituição de instâncias colegiadas para planejamento, gestão e acompanhamento. Foi uma importante estratégia de integração programática entre as organizações de saúde no nível federal, estadual e municipal, com a explicitação em todos os níveis de competências e deveres.

Para ALMEIDA, CHIORO & ZIONI (2001), as AIS conheceram dois momentos distintos. O primeiro, registrado entre os anos de 1983 e 1985, onde convênios foram realizados com secretarias estaduais e municipais para a realização de ações de saúde pública e assistência médica, que com o tipo de financiamento utilizado para as atividades médicas efetuadas pela rede pública, acabou transformando as unidades em prestadoras de serviço para o INAMPS. O segundo momento, que aconteceu entre os anos de 1985 e 1987, e com as lideranças do Movimento Sanitário na direção da saúde, permitiu a realização dos convênios com as secretarias estaduais e

municipais para a realização de ações de saúde pública e assistência médica, conferindo uma função estratégica de reformulação do setor, que ultrapassaria o nível de programa isolado e paralelo.

Em 1986 a estratégia das AIS havia se estendido a 2.500 municípios, cobrindo a aproximadamente 90% da população brasileira, embora esta cobertura tenha sido muito heterogênea, dada as condições técnicas e operativas pré-existentes muito distintas entre as regiões do país (MERCADANTE et al, 2002).

Para VIANA (2013), o período compreendido entre os anos de 1987 e 1989, foi marcado pela constituição de um novo modelo. Após a instalação do Congresso Constituinte em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com os objetivos de descentralizar a decisão política e seus desdobramentos operacionais, superar a dicotomia que dissociava as ações curativas e preventivas, regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento, obter melhor desempenho e controle, ampliar a resolutividade e integralidade dos serviços e universalizar o atendimento. Ocorre então um movimento de unificação da política de saúde com a integração dos serviços federais, estaduais e municipais, prevendo a descentralização da maior parte das decisões federais para a esfera estadual e a transferência da rede de serviços próprios e da gerência dos serviços conveniados e contratados para a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, além da transferência dos centros de saúde dos estados para as prefeituras, que se responsabilizariam pelos serviços primários.

A criação do SUDS, foi promulgada pelo Decreto 94.657, de 20 de julho de 1987, onde se estabelece uma nova definição de competência das três esferas de governo. A União ficaria encarregada de ações de caráter normativo, embora centralizasse a execução de alguns serviços, como as atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos. Aos Estados caberia a execução de algumas ações e serviços e a coordenação intermediária de processos de planejamento e

programação setorial. Aos municípios caberiam tarefas de planejamento local e execução efetiva dos serviços de saúde (BRASIL, 1987).

Além disso, cria-se uma estrutura de orçamentação vinculada ao acompanhamento e a avaliação de programas de saúde desenvolvidos pelos Estados, através do instrumento chamado de Programação e Orçamentação Integradas (POI). Os Postos de Assistência Médica do INAMPS (PAM) seriam repassados para a execução dos Estados, mas os recursos alocados para cada um deles ainda permaneceriam na administração federal, ainda que estes administrassem as autorizações de internações dos prestadores contratados e conveniados e autorizassem a despesa. A legislação do SUDS foi se consolidando através de outros decretos, portarias, instruções normativas entre outros e há de se reconhecer as suas conquistas, inclusive para a construção do SUS (CARVALHO, 2002a).

Na década de 1980, a área da saúde no Brasil passou por uma profunda reforma que culmina com a criação, pela Constituição Federal do Sistema Único de Saúde – SUS, integrando todos os serviços públicos e privados, no território nacional, segundo um modelo organizativo que deslocava o “lócus” de decisão e da gestão da política do nível central para as instâncias estaduais e municipais. O SUS surge como resultado de um intenso processo de mudanças políticas impulsionado e limitado por uma conjuntura de crise econômica e por um contínuo e gradativo processo de democratização. (VIANNA, 2013).

A atual política do Brasil foi definida nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, assegurando a saúde como direito universal e fundamental (BRASIL, 1988):

O artigo 198 diz que as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

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

- Participação da comunidade.

As ações e o financiamento das políticas de saúde passam a ser de co-responsabilidade da União, Estados e Municípios, cabendo a essas duas últimas esferas a primazia da prestação dos serviços e restando à esfera federal a definição da política nacional de saúde, suas normas, regulamentos e regras gerais.

A ideia de um comando único em cada esfera de governo implicava de um lado, na extinção das Superintendências (posteriormente Escritórios regionais) e agências do INAMPS e a transferência de toda a sua rede própria para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CARVALHO, 2002a).

O SUS assegurou avanços inquestionáveis no campo da saúde, expressos em princípios e diretrizes que salientam a mudança na concepção da saúde; o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a mudança na forma de organização do sistema de saúde, com destaque para a descentralização, passando cada esfera de governo a ser a única responsável pela direção de seu próprio sistema de saúde; a mudança de enfoque da lógica curativa para a preventiva, mediante atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais; a participação da comunidade, como alimentadora, orientadora e controladora do sistema; a participação, em caráter complementar, da iniciativa privada. (SCATENA, 2001).

Aprovados os princípios e bases do Sistema Único de Saúde na Constituição, muitas coisas ficaram na dependência de regulamentação, somente aprovada e promulgada com as leis 8080 e 8142, de 1990.

A Lei 8080 tem maior amplitude e regulamenta disposições gerais e preliminares, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competências e atribuições, serviços privados de assistência à saúde, recursos humanos, financiamento (dos recursos, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento) e finalmente disposições transitórias (BRASIL, 1990).

A Lei 8142 é complementar e trata de dois assuntos vetados na Lei 8080: a participação da comunidade, com a criação das Conferências e dos Conselhos de Saúde, e o financiamento, incluindo transferência intergovernamental de recursos financeiros (BRASIL, 1990).

O período de "Descentralização Tutelada", descrito por VIANA (2013) inicia-se após a promulgação da Constituição e a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, com a elaboração da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), onde se buscou a adoção de critérios para os repasses dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados e municípios e a definição das instâncias gestoras do sistema de saúde. Neste período houve uma grande evolução dos municípios na implementação da assistência à saúde, ampliando sua participação na prestação de serviços, por meio de uma descentralização tutelada de recursos do governo federal.

Ao longo dos anos 90 foram editadas as Normas Operacionais, que são instrumentos regulatórios que tem o objetivo de organizar o processo de descentralização e ditar os procedimentos e regras para a implementação do SUS. Cada norma foi um instrumento transitório de regulamentação, substituído à medida que o processo de descentralização da saúde atinge estágios mais complexos.

Nas palavras de LEVCOVITZ ET AL (2001),

> "O intenso processo de descentralização nos anos 90 foi bastante orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS. As NOB representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios".

A edição da Norma Operacional 01/91 do INAMPS e posteriores portarias iniciam um processo de grandes transformações do sistema de pagamento e transferência de recursos para as esferas locais de governo (BRASIL, 1991). Dentre elas cabe destacar:

- Uniformização gradativa da tabela de pagamento aos hospitais públicos e privados, estabelecendo base indiferenciada de remuneração a todos os estabelecimentos que integram a rede SUS.
- Definição de critérios para descentralizar os recursos para custeio e investimento e indicar o sentido a ser tomado pelo sistema de saúde nos Estados e Municípios.
- Financiamento da atividade ambulatorial, que trata da nova sistemática da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), criando um valor per capita para cada estado ou grupo de estados.
- Instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução, que trata dos Conselhos de Saúde; dos Fundos de Saúde aprovados por lei e geridos pelo órgão da saúde, fiscalizados pelo Conselho de Saúde, Consórcios Administrativos Intermunicipais; Relatórios de Gestão; a Programação e Orçamentação da saúde, substituindo o POI do antigo INAMPS; Planos de Aplicação dos Fundos; Prestação de contas dos Fundos de Saúde.

O pagamento por produção proposto pela NOB 91 era inconstitucional e ilegal, segundo as leis 8080 e 8142, tendo o inconveniente de individualizar o repasse de recursos, baseado em ações e procedimentos, sem a visão da necessidade de recursos globais, utilizados de uma forma livre, com aprovação do Conselho de Saúde. Assim, tabelas defasadas com privilegiamento de alguns procedimentos, em particular os de maior complexidade, concentrados em alguns centros médicos, tornam-se indutores da iniquidade. O mesmo acontece na distribuição de recursos de internações hospitalares e de cobertura ambulatorial baseados na rede instalada e na capacidade de produzir. Foi a expressão da iniqüidade da assistência ligada não às necessidades da população, mas à oferta de serviços até então mais privados que públicos. A NOB 92, apenas deu continuidade à NOB 91, sem grandes modificações, sendo sua contribuição periférica. (CARVALHO, 2002a).

Os estados e municípios passaram a operar como meros prestadores de serviços, sem autonomia em relação ao planejamento e regulação do

sistema de saúde. Forram firmados convênios entre o INAMPS e os estados e municípios, com o acompanhamento e controle da produção de serviços prestados e incentivos financeiros vinculados ao cumprimento de um conjunto de prerrogativas (OUVERNEY, 2014)

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em setembro de 1992, foi marcada pela defesa da regulamentação do Artigo 35 da Lei 8080, que estabelecia critérios a serem utilizados na distribuição de recursos: 50% por quociente populacional e 50% pelo perfil epidemiológico, demográfico, rede instalada (qualitativa e quantitativa), desempenho técnico e financeiro no ano anterior, participação no orçamento estadual e municipal, previsão do Plano Qüinqüenal e ressarcimento dos recursos utilizados com outras esferas do governo, que nunca se concretizou (CARVALHO 2002a).

A partir daí, foi apresentada ao novo Ministro da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde uma proposta, que se concretizou posteriormente no documento “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis”, que deu o tom à portaria da Norma Operacional Básica, 93. Neste documento, destacam-se os pressupostos de descentralização como processo envolvendo redefinição de papéis, reorganização institucional, reformulação das práticas das três esferas de governo com estabelecimento de relação entre eles e o controle social, propondo como processo o diálogo, negociação e pactuação e implantação imediata do controle social (BRASIL, 1993).

Para operacionalizar a pactuação, negociação, articulação e integração, foi incentivada e colocada em prática a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Além desta, a NOB 93 orientou a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Estado, com representação do Estado e do conjunto de municípios (BRASIL, 1993).

Na CIT, a representação de estados e municípios foi definida de forma paritária, representados por meio de suas entidades corporativas oficiais. Para os municípios o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), e para os estados o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). Este padrão se reproduziria no plano

estadual, onde representantes dos estados e municípios realizariam os pactos necessários à implementação do SUS, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite. (OUVERNEY, 2014).

A estratégia de descentralização da NOB 93 incorporava os estados, e principalmente os municípios como entes federados responsáveis pela condução da política de saúde em seu território, com o objetivo de fazer uma transição entre um modelo de gestão da política próximo ao padrão de Estado unitário, para outro típico de federações. A partir sua instituição, os entes subnacionais passaram a exercer atividades de planejamento, programação, gestão e avaliação da rede própria e contratada (OUVERNEY, 2014).

Para a assistência à saúde a opção era de um processo de mudança transicional sem rupturas, identificados por estágios e sistemáticas de relacionamento definidos por transicional incipiente, transicional parcial e transicional semiplena. Para cada uma das situações, a NOB 93 propôs requisitos, responsabilidades e prerrogativas que passariam a usufruir. Passada essa fase transicional, seria então introduzida a Gestão Plena do Sistema, que era a finalidade máxima, em que se cumpriria a lei na sua totalidade. Para os Estados, partiu-se uma situação incipiente, passando por uma transicional parcial, semiplena e, finalmente, à desejada plena (BRASIL, 1993).

O texto da NOB 93, já trazia a preocupação de caminhar para um processo de descentralização mais voltado à municipalização e de se evitar instâncias regionais intermediárias autônomas, com relacionamento direto das esferas estadual e federal. No entanto, indicava a importância do processo de regionalização como “uma articulação e mobilização municipal, levando em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política expressa pelos municípios de consorciar ou estabelecer qualquer relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 1993).

Em 1995, somente 402 municípios haviam se habilitado pela NOB 93, sendo 295 deles na gestão transicional incipiente, 75 municípios na gestão transicional parcial e apenas 32, na gestão semiplena (OUVERVEY, 2014).

Para CARVALHO (2002a), os estados se sentiram desprestigiados e custaram para cumprir sua parte, principalmente na formação de Conselhos e na organização das Comissões Intergestores Bipartite. A Gestão transicional parcial não aconteceu, pois dependia de procedimentos estaduais que não ocorreram.

Em consequência dessa discussão surge a Norma Operacional Básica 1996 (NOB 96), onde os pontos essenciais defendidos eram (BRASIL, 1996):

- Jamais retroceder no processo de descentralização.
- Fazer a descentralização com aprofundamento e agilidade do processo.
- Fidelidade à legislação.
- Diminuir a burocracia do processo sem enfraquecer os requisitos necessários para assumir novas funções.
- Oferecer mais vantagens e autonomia às formas de gestão menos complexas.
- Esvaziar a tendência estadual de se ter uma descentralização baseada no poder estadual, subdividido em regiões estaduais de saúde, sem nenhum poder de controle do executivo, legislativo, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite.
- Esvaziar a tendência estadual em querer retornar à antiga prática de que os recursos federais deveriam passar pelas esferas estaduais antes de chegar aos municípios.
- Dar mais autonomia aos municípios integrantes do processo, com a entrada de pelo menos parte dos recursos em valores per - capita e não por simples produção.
- Criar o nível de Gestão Plena com ampliação e aprofundamento do processo.
- Descentralização de outras áreas do Ministério, como Vigilância Sanitária e Epidemiológica, FUNASA, etc.

A NOB 96 foi publicada em setembro deste ano e reafirma os princípios básicos do SUS, enfatizando a regionalização, o cadastramento e vinculação da clientela, fluxos de referência e contra – referência, ampliação das transferências regulares e automáticas a todos os níveis de gestão e ampliação da Programação Pactuada Integrada (BRASIL, 1996).

Em relação à gestão da assistência, houve a reafirmação dos mecanismos de controle (Conselhos de Saúde, Tripartite e Bipartite). A ênfase foi dada ao planejamento nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, sendo este ascendente, com autonomia do município.

As condições de gestão para os municípios reduziram-se em plena da atenção básica e plena do sistema municipal de saúde, sendo explicitadas para cada uma as responsabilidades, requisitos e prerrogativas. Para os Estados, as condições eram: gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual.

O financiamento da União se daria através de repasses a Estados e Municípios, obedecendo a novos critérios de repasses.

Surge o Piso de Atenção Básica (PAB), um financiamento distribuído per capita, ou seja, por habitante, transferido direta e automaticamente, fundo a fundo, aos municípios que cumprissem os requisitos e aos Estados, quando o município não estivesse habilitado. Além do PAB, o financiamento se daria de diversas formas, como através do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que mais tarde, induziria a mudança do modelo de atenção à saúde; Fração Assistencial Especializada; Teto Financeiro de Assistência ao Estado; Teto Financeiro de Assistência ao Município; Índice de Valorização de Resultados; Remuneração de Serviços Prestados; Fatores de Incentivo e Índices de Valorização; Teto Financeiro de Vigilância Sanitária; Teto Financeiro de Epidemiologia e controle de doenças; Financiamento de investimentos.

A NOB 96 foi a primeira Norma Operacional que explicitou elementos de indução de arranjos regionalizados de serviços de saúde, como um processo espontâneo de articulação política intermunicipal, decorrente da necessidade de complementar vazios assistenciais. Para isso, os municípios deveriam

negociar com outros municípios, de modo a acessar recursos não disponíveis no seu território, sob mediação do gestor estadual. A questão fundamental era que na medida que se ampliava a autonomia dos estados e municípios para assumirem plenamente a gestão dos serviços em seus territórios, tornava-se imperativo adensar a regulamentação dos aspectos operacionais da implementação do SUS, para não haver fragmentação em diversos sistemas locais e regionais de saúde (OUVERNEY, 2014).

Implementada, de fato somente em 1998, a NOB 96 habilitou no seu primeiro ano de vigência 5049 municípios, sendo 449 na gestão plena do sistema municipal, e 4600 na gestão plena da atenção básica (OUVERNEY, 2014).

Em 1999, 97% dos municípios brasileiros já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis pela operação de quase 62% dos estabelecimentos de saúde existentes no país, predominantemente direcionados à provisão de serviços de atenção básica. Essa maior proximidade entre os beneficiários da política de saúde e o lócus de decisão, tem permitido responder melhor a quadros epidemiológicos loco-regionais, adequar as ações às necessidades da população, ampliar a cobertura e disponibilizar serviços a áreas antes desprovidas (MS, 2003).

A descentralização promovida pelas três Normas Operacionais editadas na década de 90 incentivava fortemente, portanto, a municipalização dos serviços de saúde. Este processo trouxe inúmeras conseqüências, dentre elas uma competição predatória por recursos financeiros entre os municípios brasileiros, tendo em vista o pequeno porte da grande maioria deles, o que limita sua capacidade de planejamento e gestão do sistema (SOUZA, 2001), agravado pelo fato de que parte dos estados, não cumpriram o papel estabelecido.

Para ARRETCHE & MARQUES (2002), a descentralização se desenvolveu com mais intensidade em um conjunto de estados e municípios dotados de estruturas, recursos e capacidade gerencial acima da média do país, fazendo com que a expansão da autonomia ocorresse primeiro em um pequeno grupo de municípios de maior porte, em geral capitais de estados e

polos regionais, para depois contemplar um conjunto mais amplo de municípios

GUIMARÃES & GIOVANELLA (2004) apontam que num cenário de crises econômicas e contenção de gastos públicos, como o ocorrido nos anos 90, a prevalência da municipalização acentuou a fragmentação e o isolamento das ações e serviços de saúde, dificultando a integração do sistema e a integralidade da atenção, além situações de competição, sobrepondo a cooperação entre as esferas de governo. Além disso, a diversidade do perfil dos municípios, o grande número de municípios pequenos, sendo que alguns deles sem condições institucionais de viabilidade, refletem diretamente na capacidade de assumir as responsabilidades impostas pelo SUS.

A limitação da capacidade de planejamento das Secretarias Estaduais de Saúde, aumenta o risco de atomização dos sistemas municipais e de consequências indesejáveis, como a incorporação tecnológica irracional e a implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios (SOUZA, 2001).

A maioria dos estados com vocação para a execução de serviços disputavam recursos com os municípios, impossibilitando assim que esses assumissem integralmente a gestão.

Após uma série de debates que reuniram representantes das três esferas de governo, chegou-se, em janeiro de 2001, à Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS, reeditada em 2002 e considerada o marco da concepção de regionalização da assistência à saúde no Brasil. O novo modelo de organização dos serviços visava aprofundar o processo de descentralização, com redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar e otimizar os recursos. Com este propósito, a regionalização passou a ser pauta prioritária dos gestores do SUS (GIL, LICHT e YAMAUCHI, 2006).

A nova proposta buscou um equilíbrio entre a histórica centralização decisória e a descentralização proposta pelas concepções anteriores de

municipalização. Nesse sentido, revelava a necessidade de maior articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde e o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde, que passariam a regular e organizar o processo de regionalização, promovendo o acesso da população às ações e serviços de saúde conforme suas necessidades (ARTMANN e RIVERA, 2003).

Assim, a regionalização proposta pela NOAS foi definida como a estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Sua justificativa foi assim apresentada:

> "O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis". (BRASIL, 2002,)

Esta diretriz assume, portanto, o caráter fundamental de integração entre os diversos municípios na medida em que impõe a discussão acerca do acesso da população a todos os serviços de saúde, independentemente de sua disponibilidade no território municipal. Tratava-se de uma estratégia de planejamento pautada na noção de territorialidade e de fluxo de atendimento.

Isso quer dizer que já não se considerava como possível nem viável garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros. Faz-se necessário, então, a construção de estruturas e procedimentos de interdependência municipal, o que só é possível através de processos de territorialização dos serviços de saúde e planejamento conjunto de sua gestão e oferta (OUVERNEY, 2005).

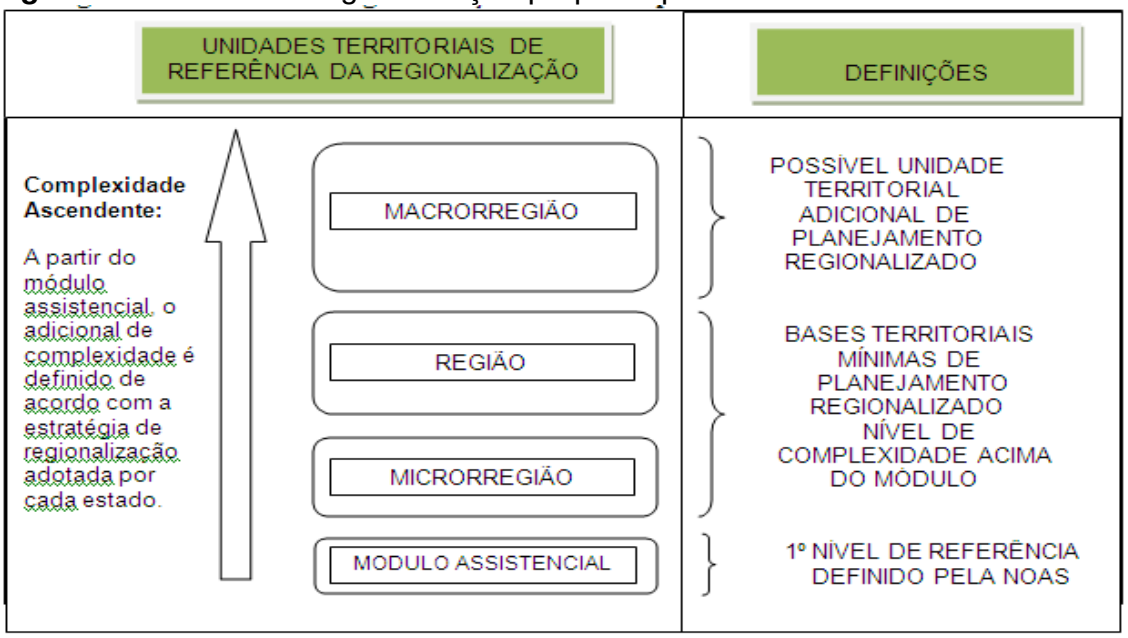
De acordo com MENDES (2001), os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economia de escala e de escopo, onde a distância é fator fundamental. Os serviços que devem

ser concentrados são aqueles que se beneficiam da economia de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e a relação com a distância tem menor impacto com o acesso

A NOAS 2001, revista e republicada em 2002, surgiu com o desafio da real divisão de responsabilidades entre Estado e Municípios e com o objetivo de buscar mais equidade. Foi apoiada em três eixos: a regionalização como estratégia de hierarquização de serviços e busca de maior equidade; o fortalecimento da gestão através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), da elaboração de Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, do comando único sobre os prestadores, além das ações de controle, avaliação e regulação da assistência; e por fim, as novas formas e critérios de habilitação denominados como Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, que agregava aos procedimentos da atenção básica, pagos per capita, alguns procedimentos de média complexidade declarados básicos e factíveis de realização em unidade básica de saúde e a Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL,2002).

O modelo de regionalização proposto pela NOAS pode representado pela Figura 02.

Figura 02: Modelo de regionalização proposto pela NOAS.



Fonte: OUVERNEY, 2005.

Ao instituir territórios supramunicipais, a NOAS apontava para a necessidade de ganhos de escala e melhorias da qualidade da atenção (PESTANA E MENDES, 2004).

Conforme relatado por VIANA ET AL (2008), a regionalização definida pela NOAS estimulou o planejamento regional, através do PDR, PPI e PDI, mas não trouxe avanços significativos para a adequação regional dos processos de descentralização em curso.

O sistema de regionalização da NOAS foi centrado na oferta de serviços e não na necessidade da população. A alteração nas relações de poder se manteve deficiente, criando “duplo comando” e dificultando assim a estruturação do sistema (SOUZA, 2001).

Para ALBUQUERQUE (2013), a regionalização proposta pela NOAS conforma uma “regionalização normativa”, onde as diretrizes nacionais focaram a estruturação de regiões de saúde a partir de critérios de funcionamento e hierarquização das redes e fluxos assistenciais, sem uma definição clara sobre o conceito e os instrumentos de planejamento e gestão da rede de saúde, cujo objetivo central era superar a fragmentação resultando do processo de descentralização municipal e organizar redes e fluxos intermunicipais.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, em 2.006 os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando na definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes:

- Pacto pela Vida: compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades seria estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podendo ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município deveriam pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

- Pacto em Defesa do SUS: Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; apoio à regulamentação da Emenda Constitucional nº. 29 pelo Congresso Nacional; aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.
- Pacto de Gestão, que estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada - PPI; regulação; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

Um dos principais avanços no processo de regionalização promovido pelo Pacto de Gestão, diz respeito à substituição dos mecanismos de habilitação dos municípios pela adoção de Termos de Compromisso de Gestão firmados entre os gestores das três esferas de governo, o que fortalece os mecanismos de cooperação e cogestão.

Outra inovação importante reside na ampliação do conceito de região. Segundo a norma, a definição da região de saúde deve considerar a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, além de redes de comunicação, infra-estrutura de equipamentos de saúde e de transportes. As regiões podem assumir desenhos diversos, porém os desenhos devem estar adequados às diversidades locais, não podendo ser vistos apenas como componentes de um processo administrativo (BRASIL, 2006).

O Pacto Pela Saúde passa, então, a reger o processo de regionalização que deve ser pautada pelos objetivos de garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, ampliando-se o

conceito de cuidado, a partir de um reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A regionalização deve também estimular a descentralização do sistema, a partir do fortalecimento do papel dos estados e municípios, ampliando suas funções gestoras, do que deve decorrer a racionalização dos gastos, otimizando o uso dos recursos (BRASIL, 2006).

A regionalização, como diretriz do SUS, orienta o princípio da descentralização, por meio de negociação e pactuação entre gestores e para tanto foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) pressupostos para nortear este processo:

-Territorialização: consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região.

- Flexibilidade: Consiste em respeitar as diversidades regionais próprias a um país de grandes dimensões, como o Brasil, no processo de identificação das Regiões de Saúde.

- Cooperação: ação conjunta entre as esferas de governo, entre gestores e entre as equipes técnicas no processo de implementação regional do SUS, por meio do partilhamento de experiências, do estabelecimento de ações de apoio ou na busca de soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas em cada território.

- Cogestão: Necessidade que seja constituído um espaço de co-gestão que se efetive por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) – arranjo institucional que propicia um novo significado às relações entre os gestores da Saúde, permitindo que desenvolvam de forma solidária e cooperativa, as funções relativas a planejamento, programação, orçamento,

coordenação, execução e avaliação das ações, das estratégias e dos serviços regionais. Os Colegiados de Gestão Regional são instâncias decisórias compostas por todos os gestores municipais de saúde que integram a região de saúde e por representantes do gestor estadual, de modo a garantir a resolutividade das ações planejadas e a gestão regional. Os CGR foram a grande inovação proposta pelo Pacto de Gestão, institucionalizando-se como instância de governança das regiões de saúde.

- Financiamento Solidário: Construção de mecanismos entre os gestores que melhor definam a utilização de recursos financeiros, para que os processos de nível regional sejam fortalecidos por meio da elaboração do Plano Diretor de Investimentos (PDI), como mapeamento da oferta e da demanda dos serviços da região, corrigindo assim as desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde.

- Subsidiariedade: objetivando a aproximação da tomada de decisões o mais próximo dos cidadãos, está alicerçado na função de que cada município deve assumir, nos serviços que tem competência e não transferir esta função à esfera subseqüente. Cada ente terá uma série de responsabilidades que não poderão ser compartilhadas e outras que serão objeto de pactuação entre os diferentes atores.

- Participação e Controle Social: expressa a importância dos usuários, por intermédio dos Conselhos de Saúde e Conferências, a fim de que o poder público formule políticas capazes de qualificar o SUS.

O exercício responsável e solidário da autonomia e exercício da capacidade de governo descentralizado dependem da capacidade dos sujeitos adquirirem valores e condutas que incluam respeito à coletividade. Neste sentido, o CGR é uma instância de compartilhamento de valores e de conceitos muito provavelmente heterogêneos, ainda que seus atores sejam representantes institucionais, que agem segundo seus interesses e subjetividades (COSEMS/SP, 2009).

A regionalização da saúde é, portanto, um processo político que deve ocorrer no âmbito regional, como resultado da articulação entre distintos atores, tendo como pressupostos o estabelecimento de compromissos entre

gestores, acerca da responsabilidade sanitária e da gestão do sistema e dos serviços para o enfrentamento dos problemas de saúde da população em um determinado território, a pactuação de critérios claros para a definição da espacialidade regional, levando em consideração as peculiaridades locais, a subsidiaridade dos serviços e a existência de mecanismos institucionais que promovam a articulação e a cooperação para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, no âmbito regional (BRASIL, 2006).

"Desta forma, espera-se que o cidadão possa ter acesso à rede de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária" (FERNANDES DA SILVA, 2008).

Com o Pacto pela Saúde inicia-se um momento de "regionalização viva", proposto por ALBUQUERQUE (2013), focado na estruturação de regiões de saúde, definidas a partir de acordos intergovernamentais, respeitando as diversidades locais sobre os critérios sobre a regionalização e a conformação de redes de saúde, sem definição de conceitos e instrumentos para sua viabilização

Na visão de RIBEIRO (2015), a normativa imprimida pelo Pacto pela Saúde orientou a formulação de respostas regionais que busquem contemplar a natureza federativa das relações intergovernamentais implicadas na gestão política das regiões de saúde; a diversidade de cenários e o respeito à autonomia dos entes na eleição de prioridades e no desenho das regiões de saúde; a descentralização das decisões sobre alocação de recursos para os Colegiados de Gestão Regional; a responsabilização de cada ente federado pelas decisões tomadas; e os mecanismos de contratualização intergovernamental para a definição, acompanhamento e avaliação das metas regionais.

Em quase quatro anos, o Pacto teve a adesão de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de 3.193 municípios (57,4%) até 7 de janeiro de 2010, segundo dados da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Isso significa um percentual 74% maior que a

adesão à NOAS no mesmo período de tempo (DOBASHI, FERNANDES DA SILVA, AMARANTE, 2010).

Para VIANA & LIMA (2011), o Pacto pela Saúde inicia um novo ciclo de descentralização do SUS, ao buscar mais aproximação entre os conteúdos do território e as lógicas de sistema e descentralização. O Pacto acentua a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde e maior protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização. Representa uma inflexão nas relações federativas por enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental e tentar ampliar as funções dos entes subnacionais na condução do processo de descentralização e regionalização do SUS (LIMA et al, 2012).

Algumas questões não conseguiram ser suficientemente equacionadas pelo Pacto pela Saúde, como a desarticulação entre processos de planejamento intergovernamental, pela pouca valorização dos instrumentos e recursos relativos ao planejamento regional; aprimoramento da relação entre o processo de celebração dos Pactos e o próprio modelo de intervenção federal, com a valorização do planejamento nacional, de acordo com seus atributos; falta de clareza entre os processos de regionalização e de assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão; e uma melhoria da estrutura e recursos dos Colegiados de Gestão Regional, que permitam o desenvolvimento de parcerias e resolução de conflitos (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010)

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Regulação do SUS, como instrumento de fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde. A Política Nacional de Regulação foi organizada em três dimensões de atuação: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso, e define atividades para a União, Estados e Municípios, de acordo com suas responsabilidades sanitárias, com vistas ao fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, que garantam a

organização de redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços saúde.

No final de 2010, contribuindo para o avanço da regionalização e da organização da assistência, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a Portaria GM/MS nº 4279/10, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS definidas 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 num determinado território" (BRASIL, 2010) São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

A organização das redes de atenção à saúde, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade deve se estruturar com base nos fundamentos de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2009).

Em 2011, é publicado pela Presidente da República o Decreto nº 7508, que 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.

Conforme já preconizado pela Lei 8080/90, o SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada. O Decreto 7508/2011 enfatiza que SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

"O processo de planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada. Deve ser realizado de forma ascendente e integrado, do nível local até o federal,

ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações, prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde" (BRASIL, 2011).

Em relação à hierarquização, o Decreto 7508/2011 estabelece que as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, são: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especiais de acesso aberto. Também define quais são os serviços de saúde que estão disponíveis no SUS para o atendimento integral dos usuários, através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e que a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, deve ser definida pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, com atualização a cada dois anos. Também define a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), como ferramenta de gestão regional para orientar as pactuações inter-regionais.

Define ainda que as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e a Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos

administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011).

O Decreto nº. 7508/11, por fim, institui que o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. "Definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011).

Na visão de SANTOS (2011), é pelo COAP que os entes federativos poderão definir, de acordo com suas realidades, e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, impondo regramentos resultantes da negociação solidária e responsável. Trata-se de uma regulação negocial, ajustada mediante cláusulas e condições contratuais.

Conforme descrito pelo Decreto nº. 7508/11, o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde deve as seguintes disposições essenciais (BRASIL, 2011):

- Identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- Oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- Responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

- Indicadores e metas de saúde;
- Estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- Critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- Adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- Investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades;
- Recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Com o Decreto nº 7508/11, inicia-se a fase da "regionalização contratualizada", descrita por ALBUQUERQUE (2013), cujo foco é a estruturação de regiões de saúde a partir de acordos intergovernamentais formalizados por meio de contratos e da conformação de redes de atenção à saúde, baseadas em definições, critérios e instrumentos específicos de planejamento e financiamento. O objetivo central é ampliar a segurança jurídica nas relações entre os gestores, concretizando assim, o processo de regionalização, dado que a região de saúde não se constitui em unidade orçamentária. Também tem como objetivo efetivar a integração de redes de atenção à saúde, a partir das regiões estabelecidas, com foco na integralidade do acesso, frente às necessidades de saúde da população.

Para SANTOS (2013), o COAP permite aos entes definirem, de acordo com suas características, as suas responsabilidades per si e as solidárias quando um ente se reveste do papel regional no tocante às referências de serviços. É no contrato que se negociam realidades fundadas nas reais necessidades de saúde da região e se assumem compromissos com a prestação de serviços para a população.

Para ALBUQUERQUE (2013), a institucionalidade da "regionalização contratualizada", tende a ser mais avançada e coordenada nos estados com maior tradição de planejamento regional, com forte atuação técnica e política das secretarias estaduais e municipais, ao mesmo tempo em que a estruturação das redes de atenção à saúde e a organização regional

contratualizada do SUS, pode ser favorecida nos estados com maior infraestrutura de transportes e comunicação.

Para RIBEIRO (2015), o Decreto 7508/11 aborda a regionalização no conjunto dos dispositivos que estabelece para a regulação da organização do SUS, na busca da ampliação e equalização do acesso ao cuidado integral; a integração de instituições, unidades e serviços de saúde com distintas densidades tecnológicas, na conformação de uma rede de acesso universal, com gestão descentralização e compartilhadas entre os entes; a racionalização/otimização de recursos na provisão de ações e serviços de saúde, orientada a ganhos de equidade; e a adequação das respostas do SUS à diversidade de realidades sanitárias do país.

As diversidades e desigualdades socioespaciais da universalização da saúde, associadas à organização política do território brasileiro ainda criam entraves para a gestão regional do SUS, pois envolvem uma diversidade de atores, instituições, interesses e relações, nem sempre submetidos ao planejamento regional do sistema negociado nas comissões intergestores, para a integração das redes de atenção e que muitas vezes ultrapassam os limites das regiões de saúde e até de estados (ALBUQUERQUE, 2013).

Após 4 anos de sua publicação o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP foi efetivado somente por algumas regiões dos estados do Ceará e do estado do Mato Grosso do Sul e várias discussões tem sido realizadas, no intuito do aprimoramento de sua operacionalização.

Para ALBUQUERQUE (2013), ainda não está claro o potencial dos instrumentos da “nova regionalização”, especialmente dos COAP, para enfrentar a desigualdade territorial da concentração espacial da oferta de ações, serviços investimentos, tecnologias e profissionais de saúde nos estados brasileiros.

A repartição de responsabilidades das três esferas na implementação da ação regional do sistema de saúde requer a compreensão de que os recursos e serviços envolvidos na região, devem ser planejados, organizados e geridos em regime de colaboração (SALVIANI, 2011). A maior

dificuldade está na capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, onde é fundamental o esforço coletivo de construção, com a sociedade, de uma visão compartilhada para o futuro da ação dos governos na região, nem sempre compatível com a composição partidária dos governos locais (RIBEIRO, 2015).

3 –DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO: TRAJETÓRIA HISTÓRICA

O processo de descentralização e regionalização no Estado de São Paulo acompanhou as transformações políticas ocorridas no cenário nacional, guardadas as especificidades locais.

Até a implementação do SUDS, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo (criada pelo Decreto-Lei nº. 17.339, de 20/06/47, com o nome de Secretaria de Estado dos Negócios de Saúde Pública e da Assistência Social) foi responsável pelas ações de assistência coletiva e preventiva e de controle ambiental. Toda a assistência à saúde, no atendimento médico individual e curativo, entretanto, era realizada pela Superintendência Regional do INAMPS, através de sua rede própria ou na rede contratada (SÃO PAULO, 1947).

No período de 1967 a 1985, a estrutura da SES era composta por quatro Coordenadorias: de Saúde da Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados. Além das Coordenadorias, a SES contava com uma autarquia (Superintendência do Controle de Endemias), duas fundações estaduais (Fundação do Remédio Popular e Fundação Centro de Pesquisas de Oncologia) e quatro institutos (Instituto Butantã, Instituto Pasteur, Instituto Adolfo Lutz e Instituto de Saúde) (VIANA, 2013).

A Coordenadoria de Saúde da Comunidade era composta pelos Departamentos de Saúde e dos Distritos Sanitários, na qual eram vinculados os Centros de Saúde, agrupados de forma regionalizada. Esta estrutura se manteve até a gestão de João Yunes como Secretário de Saúde, onde se inicia uma “descentralização” da gerência para os Departamentos Regionais de Saúde. No ano de 1983, as AIS reforçam o movimento iniciado por Yunes, iniciando um importante desafio de integração e descentralização, como estratégia para a consolidação de um sistema integrado de saúde (CARVALHO, 2002a).

Com as Ações Integradas de Saúde (AIS), ocorre o início da celebração de convênios entre o Ministério da Previdência Social, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde e envolveu todos os serviços sob gestão estadual e 501 municípios, correspondendo a 98% da população (FUNDAP, 1987). Houve um grande avanço no estado, sobretudo na ampliação do acesso à atenção básica.

Em São Paulo, as AIS tiveram seu grande momento de implantação em 1984, e representaram importante precursor do processo de municipalização. Como os municípios já haviam iniciado, na década anterior, uma expansão de serviços e de recursos humanos, com as AIS houve, através de convênios estabelecidos com o INAMPS, a possibilidade de acelerar o processo. Neste momento o INAMPS deixa de comprar serviços do setor privado passando a fazê-lo através do setor público, comprando-os do município (SIMIONI & ATIQUE, 1993).

O Programa Metropolitano de Saúde, criado em 1985, iniciou uma nova lógica para a restruturação dos serviços, sob a ótica de um modelo de gerenciamento integrado da assistência. Neste momento foi criada a Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS) integrando a gerência da assistência hospitalar e ambulatorial, em doze Módulos de Saúde, implantados em cinco áreas da Região Metropolitana. Os módulos da CPMS apresentavam uma estrutura diferente, mantida pela SES, integrando hospital e ambulatório em uma única gerência. Cada módulo de saúde foi composto por um hospital geral e o conjunto de UBS, prestando serviço a uma população de 100 a 300 mil habitantes. A área de saúde era composta por um conjunto de módulos, servindo de 180 a 700 mil habitantes. Por fim, foram delineadas regiões de saúde, compostas por um conjunto de área de saúde, com ambulatórios de especialidades médicas e em alguns casos, hospital especializado, abrangendo uma população de 550 mil a 2,5 milhões de habitantes. (VIANA, 2013).

Para MELLO, et al (2011), o estado se antecipa às próprias mudanças federais em curso e marca uma nova era na política de saúde do estado

com a implementação do Programa Metropolitano de Saúde (PMS) em 1982. O PMS fora o principal resultante do "Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde da Grande São Paulo", desenvolvido como corolário da pressão exercida por movimentos populares de saúde e diagnóstico da precariedade sanitária da região metropolitana.

Segundo VIANA (2013), a junção das AIS com a implantação do PMS, possibilitaram um aprofundamento de estudos, com vistas à uma ampla reforma administrativa, adequada às diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização de serviços, dando base para a proposta de criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), originados da política estabelecida no governo Montoro, de formar instâncias descentralizadas de coordenação das ações, observando as diversidades regionais existentes no estado.

Em julho de 1986, através do Decreto nº 25.519 e 25.608 foram criados os 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), sendo 15 na Região Metropolitana da Grande São Paulo e 47 no interior do estado. Cada ERSA tinha como estrutura política e de governança a Comissão Interterinstitucional de Saúde (CRIS), e substituiu os antigos Departamentos Regionais de Saúde e Distritos Sanitários. Os Escritórios Regionais passaram a ser a instância de coordenação, organização e de execução de programas de saúde. Na reestruturação da SES, também foram criadas cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), como instâncias intermediárias de coordenação entre os ERSAS e o nível central da SES. (SÃO PAULO, 1986). Os diversos tipos de unidades estaduais, tais como centros de saúde, hospitais gerais e especializados, laboratórios, passaram a ser subordinados aos ERSA, que se subordinavam a cinco “macrorregiões” (VIANA, 2013).

As atribuições dos ERSA não se restringiam à coordenação e gerência das unidades estaduais de sua região. Mais do que isto, assegurava-se importante participação na condução do processo de planejamento e na coordenação de todo o setor saúde na região, inclusive a ação de órgãos federais, municipais e privados (VIANA, 1994). O nível

regional passou a ser a instância de coordenação, de organização e de execução de programas de saúde, assim como de avaliação de resultados e impactos alcançados, em consonância com o nível central (VIANA, 2013).

O processo de descentralização no Estado de São Paulo foi acompanhado pelo aprofundamento da municipalização. Os convênios com os municípios se intensificaram a partir de 1984, no sentido de repassar recursos financeiros e humanos para a gestão de centros de saúde das prefeituras, culminando no Decreto nº. 27.140, em 1987, que cria condições para a futura transferência de equipamentos (SIMIONI & ATIQUE, 1993).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987 surgiu sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais que passaram a ser um instrumento político fundamental para o início da reorganização da assistência sanitária no estado, no qual o governo estadual e os municípios passaram a discutir as ações e competências do setor saúde (COHN E ELIAS, 1996). Neste período o governo federal transferiu para o Governo Estadual os Postos de Assistência Média do INAMPS (PAM) e alguns hospitais federais.

Para VIANA (2013), o SUDS representou o aprofundamento do processo de descentralização ao ampliar a ação administrativa e coordenação dos ERSA, que passaram a absorver as funções do INAMPS em suas respectivas áreas, como o controle e os convênios com instituições privadas, além da administração e gerência dos serviços próprios do INAMPS.

Na visão de (JUNQUEIRA & INOJOSA (1990), a absorção das funções do INAMPS tornou a implantação do SUDS diferenciada dos demais estados da federação. Com a implantação do SUDS, o INAMPS delegou à Secretaria Estadual a responsabilidade pela compra de serviços de assistência médica, configurando um avanço na autonomia da gestão estadual. Apesar de já ser prestadora de serviços, a SES passou a contratar prestadores do serviço privado, incorporando as funções exercidas pelas Superintendências Regionais do INAMPS.

Com a municipalização, principalmente a partir de 1989, os ERSAS deixaram a prestação de serviços para a rede privada e os municípios voltaram-se para as atividades de planejamento, fazendo com que houvesse um esvaziamento da instância regional, transformada num mero repassador de recursos. E a partir de 1991, as instâncias regionais em São Paulo, enfraquecem ainda mais, com a recentralização embutida nas normas federais, que anularam o papel dos ERSAS de repassadores de verbas, pois o repasse direto, retirou dos ERSAS quase 80% dos recursos que recebiam para o pagamento da rede ambulatorial privada e o custeio das unidades municipalizadas, culminando inclusive com a perda de seus quadros técnicos para os municípios. Desta forma, se a municipalização dependeu, num primeiro momento da regionalização, a mesma ganha um rumo próprio, com a consolidação da autonomia em recursos e planejamento do nível local (VIANA, 2013).

A implantação da Norma Operacional Básica 93 (NOB 93) foi um marco importante no processo de descentralização. No Estado de São Paulo a implantação se deu no ano de 1994, onde 229 municípios aderiram às modalidades de gestão vigentes, sendo 195, na gestão incipiente, e 23 na gestão parcial e 11 na gestão semiplena, conforme explicitado nos documentos da Secretaria Estadual de Saúde.

A partir de então, o fortalecimento do movimento de descentralização para os municípios, aliados às conseqüências da crise econômica dos anos 80 e início da década de 90, impulsionaram o enfraquecimento dos ERSA, como estruturas regionais de gestão, culminando com uma nova reforma da SES (VIANA, 2013).

Neste contexto, a SES considerou oportuno reduzir o número das estruturas regionais. Foram então editados os Decretos 40.082 e 40.083, ambos datados de 15/05/1995, extinguindo as cinco Coordenadorias, e criando apenas uma para o Interior (Coordenadoria de Saúde do Interior) e uma para a região Metropolitana da Grande São Paulo (Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Os 65 ERSA foram

extintos, e substituídos por 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR) (BARATA et al, 2004).

Para IBANEZ, VIANA & ELIAS (2009), as políticas de corte neoliberal da esfera federal e o esvaziamento dos ERSA como estrutura regional de gestão, levaram a reforma da SES, que expressava a preocupação do "enxugamento" da máquina administrativa e a reorientação do nível regional, tendo em vista a municipalização da rede básica e a necessidade de uma coordenação mais técnica do processo de gestão estadual.

Conforme documentos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com a implantação da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), 606 municípios aderiram às modalidades de gestão em 1998. A adesão dos municípios prosseguiu nos anos subseqüentes até o ano de 2001, com a adesão da Capital, totalizando 482 municípios gestores da atenção básica, 161 plenos do sistema e dois sem habilitação. A NOB 96 trouxe grandes avanços no estado, sobretudo pela agregação de recursos financeiros decorrentes da mudança da forma de repasse de modo percapita com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) e pela ampliação do teto financeiro de média e alta complexidade nos municípios que aderiram à gestão plena de sistema.

Embora tenha ocorrido uma adesão em massa dos municípios paulistas à NOB 96, o maior avanço na descentralização no estado, neste período, se deu na atenção básica, assumida plenamente pelos municípios e sem aporte financeiro do estado. A atenção de média e alta complexidade ficou em grande parte sob gestão do estado, sobretudo nos municípios onde havia equipamentos públicos próprios do estado, que não foram repassados à gestão municipal, mesmo a àqueles que se habilitaram na Gestão Plena do Sistema Municipal.

A municipalização dos serviços de saúde estaduais começou, em 1987, com a transferência de Unidades Básicas de Saúde – UBS e de laboratórios locais no interior do Estado; concomitantemente, a Secretaria Estadual começou a assumir os serviços hospitalares e ambulatoriais do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social –

INAMPS. Essa etapa foi concluída em 2002, com todas as unidades de atenção primária transferidas para a gestão dos municípios. Fato que ocorreu apenas nesse ano, em razão da adesão tardia do município de São Paulo ao processo de descentralização, em decorrência da opção da prefeitura paulistana pela adoção do modelo cooperativado do Plano de Assistência à Saúde – PAS, entre 1996 e 2001 (MELLO et al, 2011).

Se por um lado a descentralização da assistência trouxe avanços, na aproximação da gestão com o usuário, na ampliação da oferta e dos recursos financeiros, por outro acentuou a fragmentação do sistema de saúde, sobretudo pela desarticulação e ausência de mecanismos de planejamento e pactuação entre os municípios e a Secretaria Estadual e mesmo entre os municípios. Esta fragmentação é acentuada pela vocação do estado na execução da assistência e por disputas políticas desencadeadas principalmente por divergências ideológicas, partidárias e eleitorais (SOUZA, 2001).

No intuito de superar as fragilidades decorrentes do processo de descentralização e avançar na implantação do SUS, como já dito anteriormente, o Ministério da Saúde editou em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), republicada em 2002, introduzindo a gestão plena da básica ampliada, que agregava algumas atribuições aos municípios na atenção básica e mantendo a gestão plena do sistema (BRASIL, 2001).

Neste período, 399 dos 482 gestores plenos de atenção básica pela NOAS foram habilitados na gestão plena ampliada da atenção e agregaram recursos financeiros federais para tal, e 6 municípios assumiram a gestão plena do sistema municipal, incluindo a Capital do estado, que teve seu processo de descentralização tardio, praticamente 10 anos após o restante dos municípios do estado[2].

2 – Dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde.

Na tentativa de avançar na regionalização, durante o processo de implantação da NOAS, o Estado de São Paulo foi organizado em 65 microrregiões, cujo desenho final configurou similaridade com o desenho dos extintos Escritórios Regionais Saúde (ERSA). Foi um primeiro esboço da regionalização no estado, mas não foi efetivado de fato na prática.

Neste período, foi elaborada no estado a Programação Pactuada e Integrada, que mesmo com trabalho intenso dos técnicos estaduais e municipais, não foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite e o estado se habilitou na Gestão Avançada do Sistema Estadual com os mesmos valores de recursos federais em vigência, mantendo assim as iniquidades ocasionadas pelas Normas anteriores. As discussões foram limitadas às insuficiências de tetos financeiros e, como decorrência, a pactuação foi inviabilizada (MENDES et al, 2008).

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde edita o Pacto pela Saúde, resultado de uma grande discussão entre as três esferas de gestão do SUS. Neste ano, alguns estados e municípios iniciaram a homologação de seus Termos de Compromisso, como o estado do Tocantins, Maranhão, Ceará, e os municípios de São Luís (MA), Surubim e Palmares (PE), e três municípios de São Paulo (Amparo, Várzea Paulista e Sumaré) (HEIMANN et al, 2007).

No final do mesmo ano, a SES passa por uma nova reforma administrativa e por meio do Decreto nº. 51.433, de 28/12/2006 transforma as 24 DIR em 17 Departamentos Regionais de Saúde e substitui as Coordenadorias do Interior e Região Metropolitana em Coordenadoria de Regiões de Saúde, Coordenadoria de Serviços de Saúde, Coordenadoria de Gestão de Contratos, Coordenadoria de Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde e Coordenadoria de Controle de Doenças. Neste mesmo ano, o Decreto nº 51.307/06, transfere os Grupos de Vigilância epidemiológica e sanitária da Coordenadoria de Regiões de Saúde, para a Coordenadoria de Controle de Doenças (SÃO PAULO, 2006a).

No ano de 2007, o governo estadual e os municípios iniciaram um novo momento de pactuação política, para avançar no processo de

regionalização, desencadeando assim o processo de implantação do Pacto pela Saúde, simultaneamente com o processo de construção descentralizada do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (HEIMANN, et al, 2007).

A Comissão Intergestores Bipartite, em sua reunião de fevereiro de 2007, definiu que a implantação do Pacto pela Saúde começaria pela revisão do processo de regionalização às novas diretrizes, iniciando pelas microrregiões delimitadas anteriormente pela NOAS. Neste sentido, alguns critérios foram acordados, no sentido de orientar a definição das regiões de saúde: contiguidade, identidade cultural, número de municípios e tamanho da população, resolubilidade da região na média complexidade, com análise dos fluxos instituídos; flexibilidade, conforme realidade local (COSEMS/SP, 2009)

Conforme explicitado pelo Termo de Referência Bipartite, construído pela SES e COSEMS, partindo-se do desenho das micro-regiões de saúde, estabelecidas segundo os critérios da NOAS em 2002, e de um diagnóstico de situação de saúde foram realizadas oficinas regionais com os municípios e regionais de saúde para a definição das Regiões de Saúde propostas pelo Pacto de Gestão e a constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Após a definição dos “espaços regionais de pactuação” com base no diagnóstico inicial, os CGR puderam apresentar as contribuições regionais ao esboço inicial do Plano Estadual de Saúde.

A segunda fase das oficinas regionais foi realizada para a discussão e construção colegiada dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, propostos pelo Pacto de Gestão. Conforme explicitado em documentos internos da SES, foi um movimento coletivo de 643 dos 645 municípios do Estado de São Paulo, resultando inicialmente na passagem de 77 prestadores de serviço sob gestão estadual para a gestão municipal e, no fim dos convênios da Secretaria Estadual de Saúde com 475 prefeituras paulistas que passaram a receber os recursos financeiros de média e alta complexidade diretamente do Fundo Nacional de Saúde para seus Fundos Municipais de Saúde.

Todo este processo deu origem à conformação das Regiões de Saúde definidas a partir de recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de critérios como identidade cultural, perfil sócio-econômico e epidemiológico, redes de comunicação e de infra-estrutura de transportes. Em sua concepção, a oferta de serviços assistenciais não foi critério determinante para a construção das Regiões de Saúde, mas utilizada como balizadora do processo, que instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), conformando 64 Regiões de Saúde, com seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais, entendidos como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para aquele território (Deliberação CIB/SP nº. 153/2007).

Neste momento, foram desencadeados alguns processos que impulsionaram a implantação do Pacto pela Saúde no estado, que foram a contratação de universidades públicas do estado para realizar Apoio Institucional às regiões de saúde e a contratação dos apoiadores do COSEMS, que auxiliaram os gestores, na implementação das regiões.

No final do ano de 2007, foi desencadeado o processo da implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma descentralizada, e com trabalho intenso dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). A PPI foi finalizada em outubro de 2008 e trouxe muitos avanços nas instâncias regionais de pactuação. Por não ter balizado o processo de contratualização dos estabelecimentos de saúde e pela ausência de uma política de regulação no estado, não foi implementada em sua totalidade.

Apesar de não ter sido institucionalizada, de fato, o processo de elaboração da PPI, trouxe elementos que puderam agregar “vida” e valor aos recém criados Colegiados de Gestão Regional, ampliando sua institucionalidade.

A atuação, em âmbito institucional, dos secretários municipais de saúde nos CGR, assim como na CIB, desenhando cenários em que se constrói (e reconstroem) as políticas de saúde em São Paulo, permitiu a constituição de uma nova arena política permanente para a disputa de

projetos, na qual se dá a construção de novas hegemonias (CECILIO, 1994), em relações de poder que se confrontam no processo de formulação de políticas (COSEMS/SP, 2009).

Com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde, proposta pela Portaria GM nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010 foi formado um Grupo Bipartite, formalizado pela Deliberação CIB/SP Nº. 17/2011, no início de 2011, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado, num determinado território. Este Grupo elaborou um Termo de Referência definindo conceitos, critérios, premissas e estratégias para a construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo (RRAS).

O Termo de Referência, considera como primeiro passo para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde a definição de território e população de abrangência, e partir dos critérios estabelecidos para tal (suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade; garantia de economia de escala, abrangência populacional entre 1 a 3,5 milhões de habitantes; manutenção do território das 64 regiões de saúde) o Grupo Bipartite elaborou, com auxílio do georeferenciamento um estudo de fluxo de atendimento entre as regiões, constituindo um desenho preliminar das RRAS. Partindo do Termo de Referência construído de forma bipartite foram realizadas oficinas regionais com todos os municípios do estado para o reconhecimento e validação do desenho preliminar proposto, e para um alinhamento conceitual dos critérios, premissas e estratégias delineadas. Após a realização das oficinas e algumas discussões bipartite, o Termo de Referência e o desenho final das 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo foi aprovado e formalizado pela Deliberação CIB /SP nº. 36, de 21 de setembro de 2011(BOMBARDA et al, 2011).

Considerando que o território que compõe a Rede Regional de Atenção à Saúde pode ser composto por uma ou mais regiões de saúde, foi necessário a criação de um espaço de governança bipartite, que possa

exercer a gestão regional desta rede, denominado de Comitê Gestor da Rede (CG-Rede), composto por representantes municipais e estaduais de cada região de saúde com coordenação da Secretaria Estadual de Saúde

Muitas críticas foram relacionadas ao movimento de construção das RRAS, principalmente no que tange às redes temáticas, que podem configurar diversos desenhos institucionais, inerentes à particularidade de cada tema.

O desenho das RRAS também apresenta alguns conflitos entre as regiões de saúde, como é o exemplo da RRAS 07 (Baixada Santista e Vale do Ribeira) e a RRAS 16 (Bragança e Jundiaí) que, desde a elaboração do desenho das “macrorregiões”, tem levado a questionamentos por parte dos gestores.

Para dar continuidade ao estabelecimento das RRAS, no intuito de construir a integralidade do cuidado, proposto pela Portaria Ministerial nº 4279/10, é necessário estabelecer uma agenda bipartite que contemple a diversidade de desenhos, de acordo com cada especialidade, a estruturação e definição de fluxos assistenciais, a construção de processos eficazes para a regulação da oferta, implantação dos sistemas logísticos e pactuação de mecanismos de custeio e investimento.

A partir de 2012, inicia-se no estado um processo de discussão do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), pelos gestores municipais e estadual. Iniciado pela discussão dos 101 indicadores através de oficinas regionais, no intuito de construir o Mapa da Saúde, para identificar a distribuição geográfica dos recursos humanos e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e também pela iniciativa privada (MENDES, 2015). Mas até o momento, não há alguma sinalização de que há avanços nas negociações para a assinatura do COAP.

Para VIANA et al (2011), a regionalização no Estado de São Paulo tem uma institucionalidade avançada, e apresenta uma governança coordenada e cooperativa. No entanto, assim como outros estados da região Sul/Sudeste, São Paulo ainda enfrenta desigualdades em relação à capacidade instalada, com a existência de vazios assistenciais em áreas de

menor densidade populacional e baixo dinamismo econômico, assim como a grande dependência de alguns municípios em relação aos polos regionais para a garantia da integralidade da assistência.

Para o COSEMS/SP (2015), alguns desafios precisam ser vencidos, como a falta de instrumentos que garantam, inclusive legalmente, a sustentabilidade da relação dos três entes; o financiamento insuficiente e comprometedor, num cenário de disputas de projetos e fragmentação dos recursos disponíveis; a troca frequente e a insuficiente qualificação por parte dos gestores municipais; a fragilidade do gestor estadual, seja pela insuficiência das equipes técnicas ou pela baixa governabilidade dos Departamentos Regionais, dificultando a organização da assistência nas regiões de saúde.

Para MENDES et al (2015), o Estado de São Paulo participou de momentos de centralização e descentralização que antecederam a criação do SUS. No entanto, sabe-se que há uma lacuna, na medida em que o gestor estadual não tem se apresentado como coordenador eficiente do processo de regionalização, desde a criação do SUS (MENDES, 2005).

O processo de regionalização assume caráter central na conformação do SUS, na medida em que tem o poder de produzir novas institucionalidades, novos arranjos entre os atores que configuram o processo de gestão dos sistemas municipais e regionais de saúde, possibilitando a oportunidade de se estabelecer um novo modo de formular e implantar políticas. O desfio está na construção de coletivos regionais capazes de produzir processos de mudança no modelo de gestão, com respeito aos compromissos geopolíticos, aumentando a capacidade de respostas dos municípios às necessidades de suas populações, com acessos organizados por mecanismos regulatórios, na produção de ações e serviços de saúde em tempo oportuno, consolidados em Redes Regionais de Atenção à Saúde (COSEMS/SP, 2015).

4 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar e analisar o percentual de gestão municipal e o tipo de estabelecimento, que realiza a assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, no território das Regiões de Saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo.

Identificar e analisar o índice de dependência na assistência de média e alta complexidade hospitalar e alta complexidade ambulatorial, no território das Regiões de Saúde e das RRAS do Estado de São Paulo.

Relacionar a ampliação da gestão municipal na assistência de média complexidade hospitalar e o índice de dependência das Regiões de Saúde do Estado de São Paulo.

5 - DESENHO METODOLÓGICO

O estudo foi realizado de forma descritiva e avaliativa com base bibliográfica e documental, realizada com dados quantitativos.

A abrangência do estudo foi o Estado de São Paulo e as unidades de análise utilizadas foram as 63 Regiões de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde. Para este estudo, as regiões de saúde foram consideradas como “microrregiões” e as RRAS como “macrorregiões”.

As informações foram obtidas de dados secundários oriundos dos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial (SIA e SIH/SUS - DATASUS), IBGE. Os sistemas de informação são oficiais e de domínio público.

Há que se ter vista as limitações deste sistema cuja lógica é mais contábil que epidemiológica (CARVALHO, 1997). Não se pode garantir que todos os atendimentos ocorridos tenham sido lançados no sistema, nem que todos os informados tenham sido realmente realizados (SCATENA, 2000).

A pesquisa foi a partir dos seguintes passos:

A). Estudo da produção da assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, no território das Regiões de Saúde e os respectivos territórios das Redes Regionais de Atenção à Saúde- RRAS, conforme gestão da assistência, e a natureza/tipo do estabelecimento de saúde, no ano de 2013.

B) Análise do Índice de Dependência na assistência de média e alta complexidade hospitalar e alta complexidade ambulatorial, no território das 63 Regiões de Saúde e das 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo, no ano de 2013.

O Índice de Dependência foi criado pela Organização Mundial de Saúde – OMS na década de 1990, vinculado ao Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, no estudo da Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviço no Brasil, no intuito de realizar estudos de áreas de influência. É utilizado para medir a

proporção da população que abrange cada unidade de saúde em uma determinada área geográfica. Uma forma de estima-lo é identificar a procedência do atendimento e o domicílio dos pacientes atendidos na rede de serviços de saúde. O índice de dependência da população de um município, região ou estado, é a porcentagem de atendimentos em cada sistema, ou unidade, em relação ao total de atendimentos realizados para a mesma população (REZENDE & PEIXOTO, 2003).

Em síntese, o Índice de Dependência é utilizado para ponderar a participação de distintos grupos populacionais dentro de um sistema de saúde e auxilia na dimensão da oferta em relação às necessidades de saúde especialmente na elaboração de planos de desenvolvimento regionais.

Neste estudo, Índice de Dependência foi calculado pela porcentagem de atendimentos realizados fora do território de cada Região de Saúde e do território das Redes Regionais de Atenção à Saúde, para seus munícipes em relação ao total de atendimentos realizados para os seus munícipes. O cálculo utilizado pode ser visualizado a seguir:

$$\frac{\textbf{Nº. de atendimentos dos residentes, realizados fora da região}}{\textbf{Nº de atendimentos total dos residentes}}$$

Apesar do Índice de Dependência representar o percentual de evasões do território, a ideia foi avaliar o quanto as regiões de saúde dependem de outras regiões, para efetivar a integralidade da assistência a seus munícipes, redirecionando o olhar para o grau de suficiência de cada região, de modo a auxiliar no planejamento de ações e investimentos da oferta em cada território.

Para a análise do Índice de Dependência na assistência hospitalar foi utilizado somente as quatro clínicas básicas: clínica médica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica. Neste sentido, foram descartadas todas as internações psiquiátricas, de pacientes crônicos e hospital dia pois seguem uma dinâmica diversa de atendimento e poderiam distorcer o estudo das regiões.

Na assistência ambulatorial, o Índice de Dependência foi analisado somente na alta complexidade, pois o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) não informa a procedência do paciente, da grande maioria dos procedimentos de média complexidade ambulatorial, inviabilizando o cálculo do índice.

C) Análise do Índice de Dependência relacionado o percentual de gestão municipal e o porte populacional das regiões de saúde.

Na assistência de média complexidade hospitalar, as regiões de saúde foram agrupadas de acordo com o porte populacional, e divididas em blocos de regiões com menos de 100 mil habitantes, regiões com 100 a 299 mil habitantes, regiões entre 300 e 499 mil habitantes, regiões entre 500 mil e 1 milhão de habitantes e regiões com mais de 1 milhão de habitantes.

Na assistência de alta complexidade a análise foi realizada por RRAS, que foram divididas em RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo e RRAS do Interior.

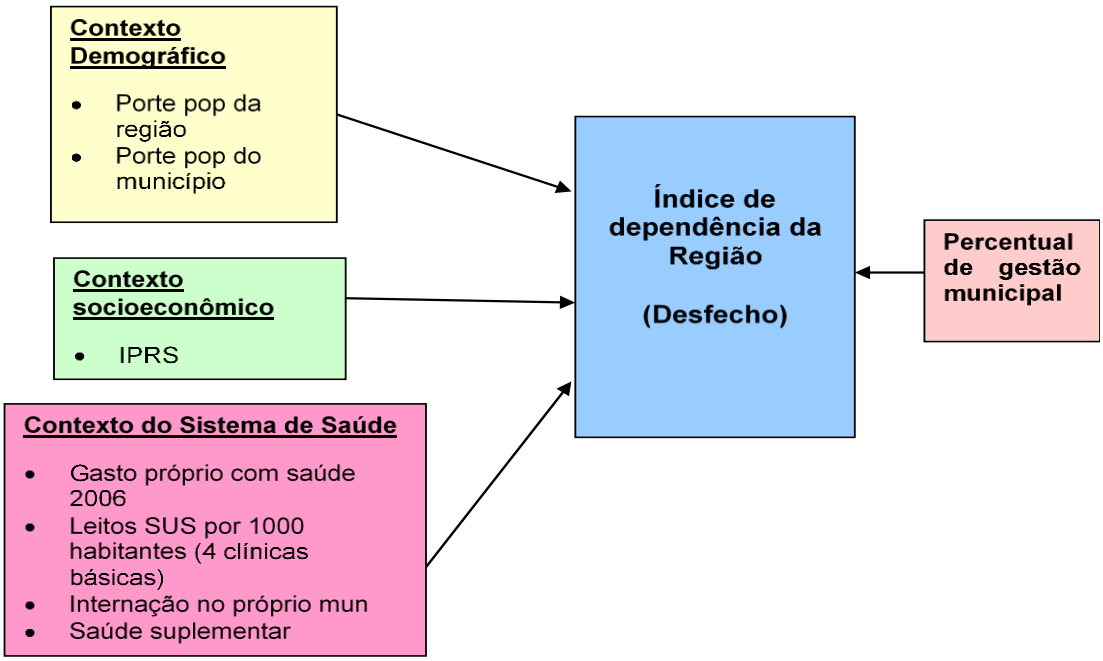
D) Análise da relação da ampliação da gestão municipal e o índice de dependência.

Para analisar a relação da ampliação da gestão municipal na assistência de média complexidade hospitalar e o índice de dependência das Regiões de Saúde foi realizada uma análise de painel, com dados colhidos nos anos de 1998, 2006 e 2013.

Buscou-se articular outras dimensões que têm potencial impacto sobre o índice de dependência das Regiões de Saúde por meio de uma matriz de determinantes, demonstrada na Figura 03.

A análise dos determinantes do índice de dependência incluiu variáveis do contexto demográfico, porte populacional da região e porte populacional do município; do contexto socioeconômico, Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS); e do Contexto do Sistema de Saúde, gasto próprio com saúde, leitos SUS por 1000 habitantes (4 clínicas básicas), internação no próprio município e proporção de saúde suplementar (SÃO PAULO, 2010).

Figura 03: Matriz de determinantes do Índice de Dependência.



Fonte: Elaboração própria

No contexto socioeconômico foi utilizado como determinante o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS). Elaborado pela Fundação SEADE, o IPRS acompanha o paradigma que sustenta o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Esse modelo pressupõe que a renda per capita é insuficiente como único indicador das condições de vida de uma população e propõe a inclusão de outras dimensões necessárias à mensuração de tais aspectos de uma sociedade. Assim, além da renda per capita, o IPRS e o IDH incorporam a longevidade e a escolaridade, adicionando-se assim as condições de saúde e de educação das populações, gerando um indicador mais abrangente de suas condições de vida.

Neste sentido, a Fundação SEADE e a ALESP construíram para o Estado de São Paulo um indicador que preservasse as três dimensões componentes do IDH (renda, escolaridade e longevidade), mas com certas

especificidades (SÃO PAULO, 2010). O IPRS foi escolhido por se tratar de um indicador específico para o Estado de São Paulo.

As variáveis saúde suplementar e leitos SUS/mil habitantes foram empregadas no formato contínuo, sendo que as demais foram categorizadas conforme Tabela 01:

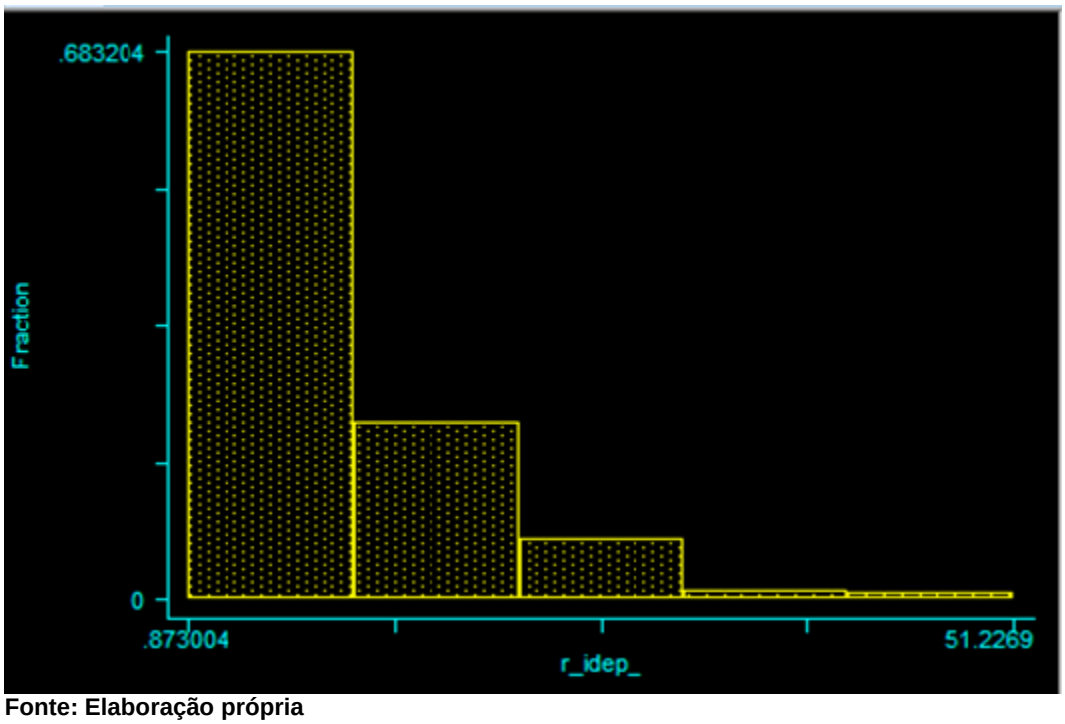
Tabela 01: Categorização das variáveis do contexto socioeconômico, demográfico e do sistema de saúde.

	Faixa populacional REGIÃO	**Faixa populacional MUNICÍPIO**	**IPRS 2010**	**% de gasto em saúde com recursos próprios**	**% gestão municipal dentro da região**	**Internação no próprio município**
1	Menos de 100 mil	Menos de 20 mil	Valor do IPRS (1 a 5)	De 15 a 19,9 %	Menos de 20%	SIM
2	Entre 100 e 299 mil	De 20 a 49,9 mil		De 20 a 24,9%	De 20 a 39,9	NÃO
3	Entre 300 e 499 mil	De 50 a 99,9 mil		De 25 a 29,9 %	De 40 a 59,9	
4	Entre 500 e um milhão	Maior ou igual a 100 mil		Mais ou igual a 30%	60 a 79,9%	
5	Mais de 1 milhão				Mais de 80%	

Fonte: Elaboração própria

Com base na análise de dispersão dos dados da variável dependente (índice de dependência regional), visualizada na Figura 4, concluiu-se que o modelo de regressão mais apropriado é o modelo de regressão binomial negativa de efeito fixo.

Figura 04: Dispersão da variável dependente Índice de dependência regional



Fonte: Elaboração própria

Inicialmente, testou-se a associação da variável resposta (índice de dependência) com a principal variável em estudo, gestão municipal dentro da região. Utilizou-se o método backward de construção do modelo, onde foram incorporadas todas as variáveis do modelo teórico e depois, aquelas que não se mostraram associadas significativamente foram retiradas do modelo.

6 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 - A GESTÃO DA ASSISTÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

O Estado de São Paulo é um estado da federação brasileira, localizado no sul da região Sudeste e tem como limites os estados Minas Gerais (N e NE), Rio de Janeiro (NE), oceano Atlântico (L), Paraná (S) e Mato Grosso do Sul (O). Ocupa uma área de 248.808,8 quilômetros quadrados, sendo pouco maior que o Reino Unido. É a terceira unidade administrativa mais populosa da América do Sul, superada apenas pelo próprio país e ligeiramente pela Colômbia, à frente da Argentina e de todos os outros países sul-americanos.

O Estado de São Paulo tem uma população de 43.663.672 de habitantes, e densidade demográfica de 175,4 habitantes/Km². Conta com 645 municípios, com população que varia entre 826 a 11 milhões de habitantes (Tabela 02).

Tabela 02: Municípios, segundo faixa populacional. Estado de São Paulo, 2013.

Faixa Populacional	Total	%
Menos de 10 mil	286	44,34
Entre 10 e 19,9 mil	111	17,21
Entre 20 e 49 ,9 mil	125	19,38
Entre 50 e 99,9 mil	51	7,91
Entre 100 e 199,9 mil	35	5,43
Entre 200 e 499,9 mil	28	4,34
entre 500 e 999,9 mil	6	0,93
Mais de um milhão	3	0,47
Total	**645**	**100,00**

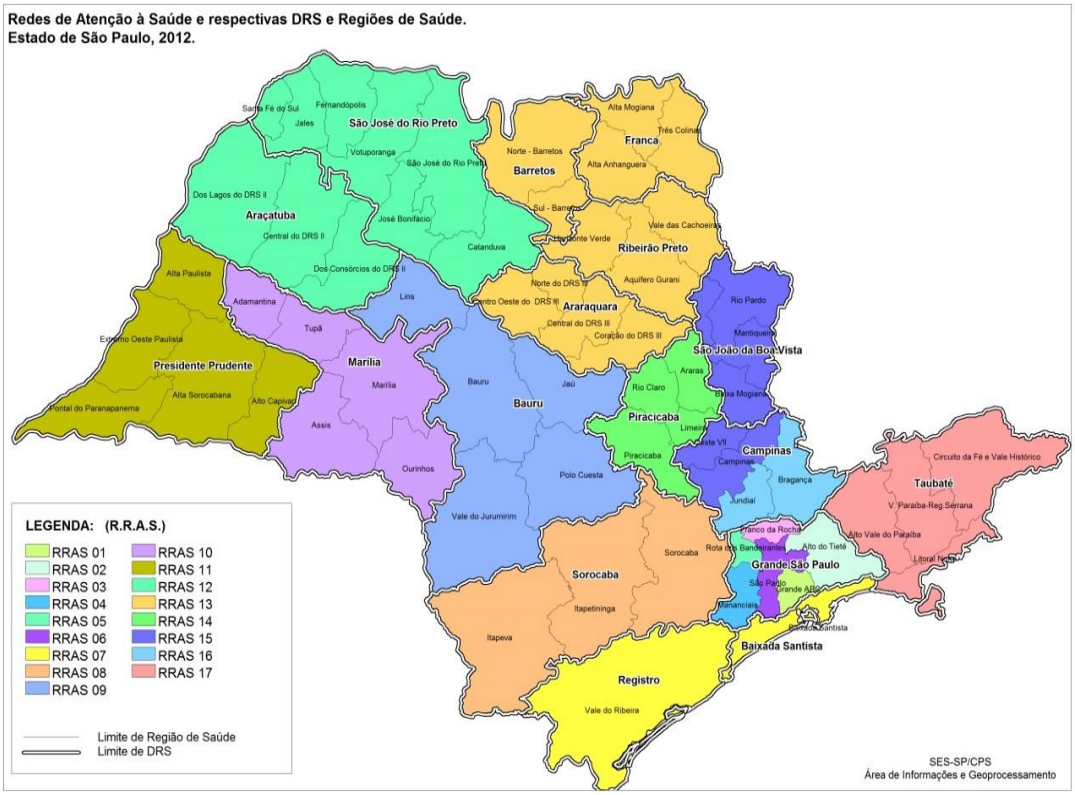
Fonte: IBGE. Estimativa populacional, 2013.

Atualmente, mais de 60% dos municípios tem menos de 20 mil habitantes. Um cenário bem parecido com o restante do país, que ressalta a importância de planejamento das ações e serviços de saúde de forma regional, em busca do cuidado integral.

Na área da saúde, os municípios estão organizados 63 regiões de saúde e 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde, conforme observado na Figura 05.

Na definição das regiões de saúde, a oferta de recursos assistenciais não foi determinante, dada a importância da discussão a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação, infraestrutura de equipamentos de saúde e de transportes. Mas constava no Termo de Referência, que apoiou a definição das regiões que era recomendável que a região pudesse dar conta de toda atenção básica e parte da atenção de média complexidade.

Figura 05: Regiões de Saúde e Redes Regionais de Atenção à Saúde. Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde

Na definição das Redes Regionais de Atenção à Saúde, a oferta de serviços de saúde também foi orientadora do processo, na medida em que se buscava para uma população adscrita, o máximo de integralidade possível para seus munícipes, no atendimento de atenção básica, de média complexidade e parte da alta complexidade. No momento de definição, algumas RRAS já estavam bem próximas desta realidade. Outras, se constituiriam, inicialmente, por questões populacionais e teriam investimentos para o alcance da integralidade necessária.

O Estado ainda conta com 17 Departamentos Regionais de Saúde, que são divisões administrativas da Secretaria Estadual de Saúde, e podem abranger territorialmente uma ou mais RRAS, como podemos visualizar na Figura 5.

Para o estudo da gestão, as regiões de saúde foram divididas entre 5 portes populacionais: até 100 mil habitantes, entre 100 e 299 mil habitantes, entre 300 e 499 mil habitantes, entre 500 mil e 1 milhão de habitantes e mais de 1 milhão habitantes, (Tabela 03/Apêndice A).

Tabela 03: Regiões de Saúde, segundo faixa populacional. Estado de São Paulo, 2013.

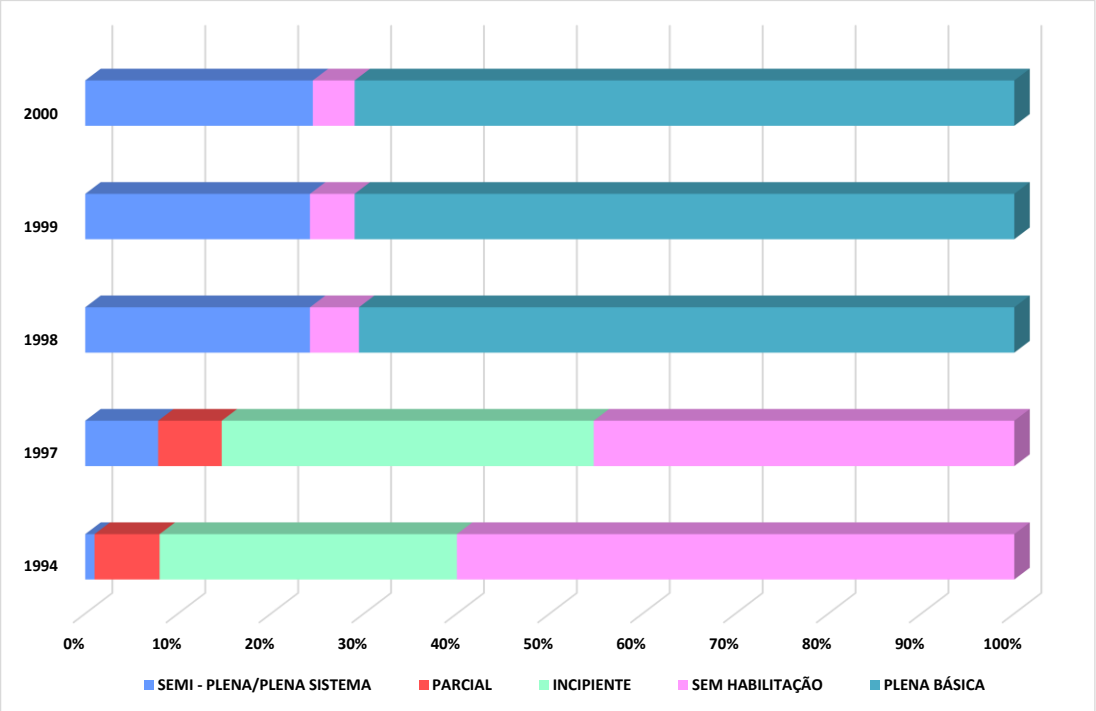
Faixa populacional	Número de regiões	%
Até 100 mil	5	7,94
Entre 100 e 299,9 mil	25	39,68
Entre 300 e 499,9 mil	16	25,40
Entre 500 mil e 1 milhão	7	11,11
Mais de 1 milhão	10	15,87
Total	**63**	**100**

Fonte: IBGE. Estimativa populacional, 2013.

A gestão da assistência à saúde no Estado de São Paulo apresentou mudanças na nos últimos anos. O processo de descentralização, previsto na Constituição Federal e induzido pelas Normas Operacionais fez com que

muitos municípios assumissem a gestão dos estabelecimentos contidos em seu território. No Gráfico 01, podemos visualizar a evolução dos municípios paulistas na adesão às Normas Operacionais. Verifica-se que no ano de 1994, somente 40% dos municípios se habilitaram em alguma forma de gestão pela NOB 93, sendo 8 municípios na gestão semiplena, 41 na parcial, e 200 municípios na gestão incipiente. Em 1997, o percentual de municípios habilitados sobe para 54% e, em 1998 cerca de 95% dos municípios paulistas estavam habilitados pelas Norma Operacionais. No ano 2000, 96% dos municípios estavam habilitados em alguma forma de gestão, sendo 25% (158) na gestão plena do sistema municipal e 71% (458) na gestão plena da atenção básica. Neste ano, somente 29 municípios não estavam habilitados em alguma forma de gestão, incluindo o município de São Paulo, que se habilitou somente em 2001, em gestão plena de atenção básica e, em 2003 na plena do sistema municipal.

Gráfico 01: Evolução da adesão dos municípios às Normas Operacionais. Estado de São Paulo. 1994 a 2000.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde - SP

Mesmo com grande adesão às Normas Operacionais, no Estado de São Paulo a descentralização da assistência se deu de forma seletiva e, ainda hoje, grande parte da assistência ainda é gerida pela Secretaria Estadual de Saúde. Cabe salientar que, diferentemente de outros estados, em São Paulo não ocorreu a passagem dos recursos financeiros federais, referentes aos estabelecimentos sob gerência estadual, para a gestão municipal, no momento da adesão dos municípios à Gestão Plena do Sistema Municipal. Neste sentido, no Estado de São Paulo não há a celebração de Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

Atualmente cerca de 55% dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde do bloco de média e alta complexidade são repassados aos Fundos Municipais de Saúde e, 45% para o Fundo Estadual de Saúde, segundo informações do Ministério da Saúde[3].

A seguir, podemos visualizar o estudo da gestão da assistência hospitalar e ambulatorial no Estado de São Paulo. A análise foi realizada no período de 2000 a 2013 para todo o estado e também nas 63 regiões de saúde e 17 RRAS no ano de 2013.

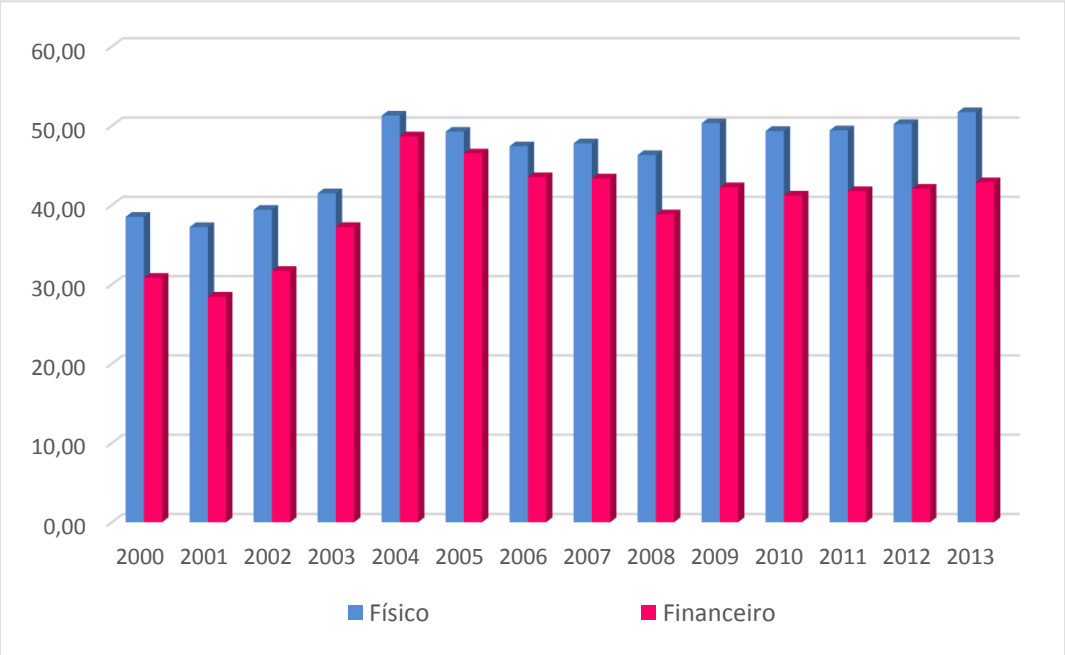
3 – Dados extraídos do SISMAC/Ministério da Saúde, em julho de 2015.

6.1.1 Assistência Hospitalar

Para a análise da gestão da assistência hospitalar no Estado de São Paulo foi utilizado o percentual de internações de média e alta complexidade realizadas, segundo a gestão e a natureza do estabelecimento de saúde. O percentual de gestão municipal na assistência hospitalar apresenta algumas flutuações durante o período da análise.

O Gráfico 02, demonstra que no ano 2000 a gestão municipal era responsável pela produção de 38,51% do total de internações de média e alta complexidade. No ano de 2004, observa-se uma ampliação da gestão municipal em torno de 33%, chegando a representar 51,28% do total de internações. Mas a partir de 2005, inicia-se uma queda no percentual de gestão municipal, até o ano de 2009, quando atinge 46% do total de internações. Após este período inicia-se um crescimento do percentual, chegando no ano de 2013 a 52% do total de internações sob gestão municipal no estado.

Gráfico 02: Percentual de internações, sob gestão municipal. Físico e Financeiro. Estado de São Paulo. 2000 a 2013**.**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

Apesar do percentual de internações sob gestão municipal em 2013 representar 52 % do total de internações, isto representa um total de 43 % do valor financeiro referente a estas internações. O percentual do valor financeiro referente às internações sob gestão municipal inicia-se em 31 % em 2000 e apresenta oscilações ao longo dos anos analisados, gerando um crescimento de 39% até o ano de 2013.

No Estado de São Paulo, o número internações sob gestão municipal cresceu 73% de 2000 a 2013. Enquanto isso, o número de internações sob gestão estadual cresceu 125% no mesmo período. Isto demonstra que apesar dos municípios assumirem a gestão de alguns estabelecimentos hospitalares, os procedimentos sob gestão estadual continuaram a crescer no mesmo período, devido a investimentos em novos estabelecimentos de saúde, sob gestão da Secretaria Estadual da Saúde.

O valor médio das internações sob gestão municipal cresceu praticamente na mesma proporção que o valor médio das internações sob gestão estadual, ficando em torno de 255% e 259% respectivamente. Em 2013, o valor médio das internações sob gestão municipal ficou em torno de R$ 1.007,00, enquanto o valor médio das internações sob gestão estadual ficou em R$ 1.438,00.

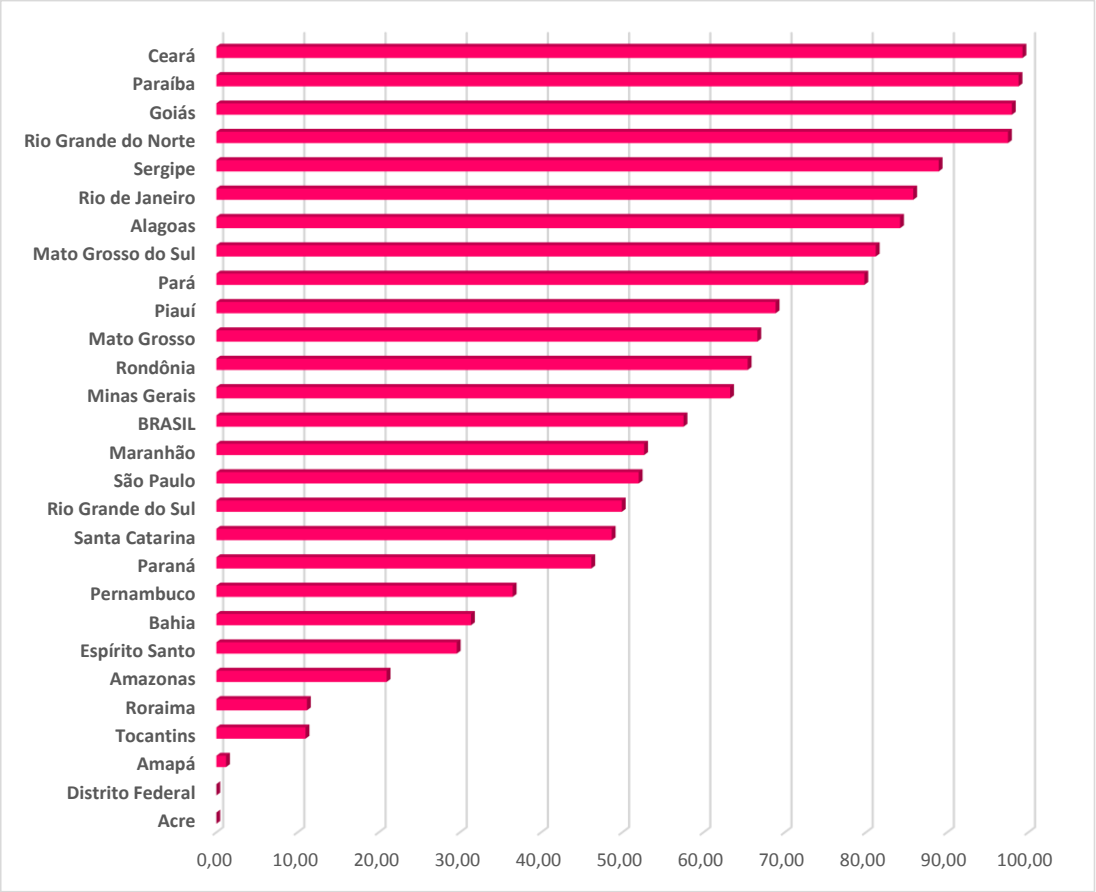
Cabe salientar que o valor do recurso federal repassado aos estados e municípios, referente à assistência de média e alta complexidade vai muito além da produção dos estabelecimentos de saúde registrados nos sistemas de informação. O financiamento da média e alta complexidade é dado por repasses mensais fixos, repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e/ou Estaduais, somados à incentivos financeiros, que compõem o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade, juntamente com os repasses vinculados ao Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

No Gráfico 03, quando observamos o percentual das internações totais realizadas sob gestão municipal, verifica-se que a média do Brasil fica em torno de 58% sob gestão municipal no ano de 2013. Entretanto, 15 estados apresentam mais de 50% de procedimentos realizados sob gestão

municipal e outros 12 estados apresentam menos de 50% dos procedimentos realizados sob gestão municipal. Destes, 7 estados apresentam menos de 30% dos procedimentos hospitalares sob gestão municipal. São os estados do Acre, Amapá, Tocantins, Amazonas, Espírito Santo e o Distrito Federal.

Os Estados que mais apresentaram procedimentos hospitalares sob gestão municipal no ano de 2013 foram o Rio Grande do Norte, Goiás, Paraíba e Ceará, onde observa-se mais de 97% dos procedimentos sob gestão municipal.

Gráfico 03: Percentual de internações totais (de média e alta complexidade), sob gestão municipal. Brasil e Estados da Federação, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

É necessário esclarecer que, atualmente, os estados do Amapá, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará,

Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe mantém Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) vigentes com os municípios. O PCEP é o instrumento que se destina à formulação da relação intergestores do Sistema Único de Saúde, quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra (BRASIL, 2010). Significa que alguns procedimentos, mesmo contabilizados nos sistemas de informações, sob gestão municipal, foram realizados em estabelecimentos sob gestão e/ou gerência estadual.

Nos territórios municipais, a manutenção e/ou ampliação de estabelecimentos sob gerência dos estados interferem no avanço do processo de descentralização da gestão da assistência para os municípios, e intensificam a fragmentação de ações na atenção à saúde, na medida em que os processos de cogestão, necessários em casos de dupla gestão no território, ainda são muito incipientes e frágeis.

Também é correto afirmar que os procedimentos realizados por estabelecimentos federais também são contabilizados nos municípios como gestão municipal, e também podem distorcer a informação do percentual de internações sob gestão municipal, sobretudo em locais onde há um número elevado de hospitais federais, como por exemplo, o estado do Rio de Janeiro.

Portanto, os percentuais observados no Gráfico 03, não ilustram a real situação do percentual de internações realizadas por estabelecimentos sob gestão/gerência municipal.

Neste sentido, somente podemos afirmar que o Estado de Alagoas, realiza mais de 80% dos procedimentos sob gestão municipal.

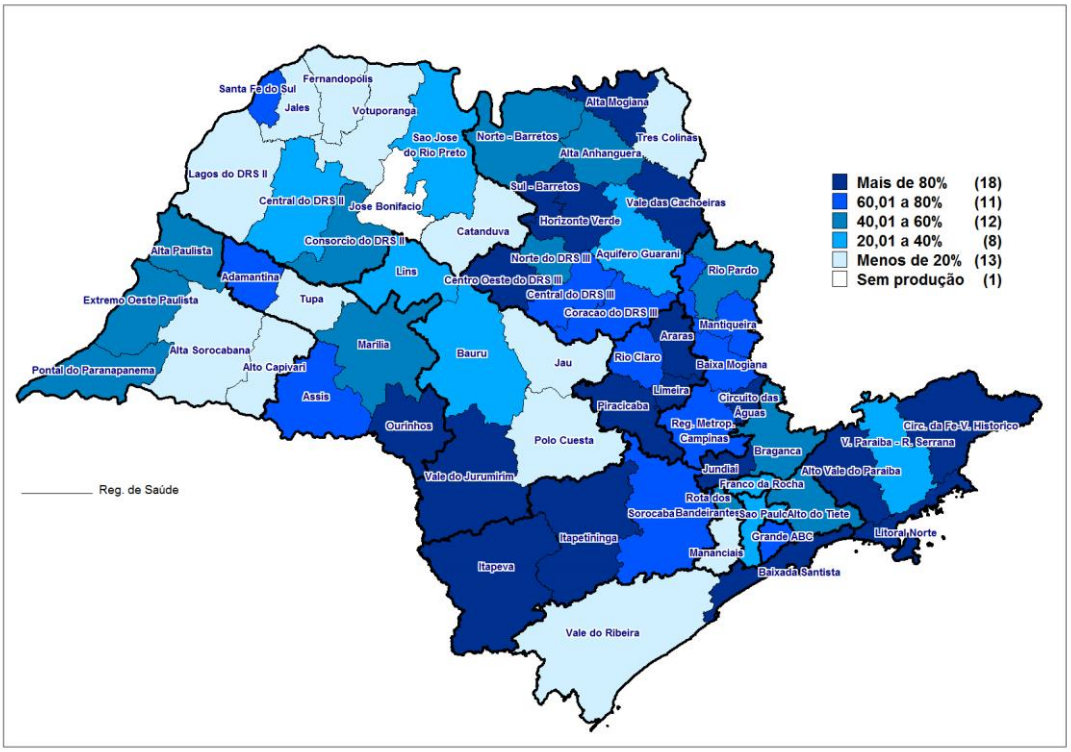
O Estado de São Paulo não celebra com seus municípios os Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos, nem apresenta, de forma significativa estabelecimentos federais. Portanto, não há distorção dos dados sob gestão municipal em seu território.

Na análise do percentual de internações sob gestão municipal nas regiões do Estado de São Paulo, observamos grandes variações, no ano de 2013.

Conforme observa-se na Figura 06, 22% (14) das regiões de saúde apresentam menos de 20% das internações sob gestão municipal; 12% (8) entre 20 e 40%; 19% (12) entre 40 e 60%; 11% (11) entre 60 e 80 %; e 29% (18) mais de 80% das internações sob gestão municipal.

Das 18 regiões de saúde que apresentam mais de 80% das internações sob gestão municipal, 7 regiões apresentam 100% das internações sob gestão municipal. São as regiões de Jundiaí, Sul de Barretos, Limeira, Horizonte Verde, Vale das Cachoeiras, Itapetininga e Itapeva.

Figura 06: Percentual de internações (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



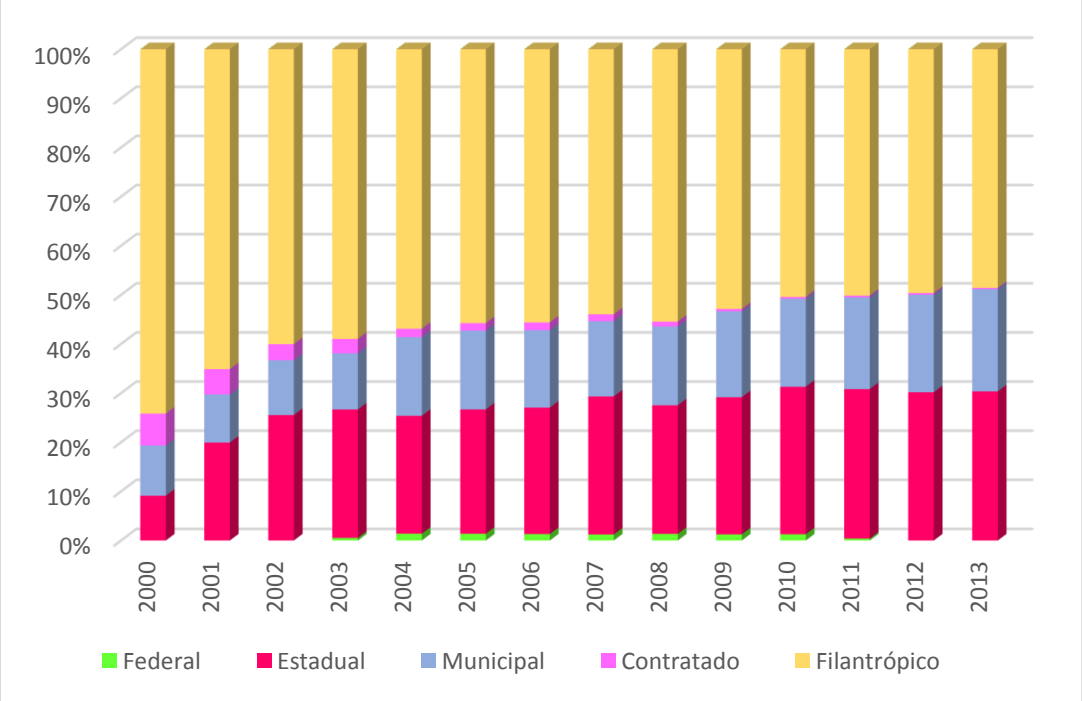
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Apesar de haver uma divisão entre o número de internações sob gestão municipal e estadual no estado, o estabelecimento que realiza os procedimentos pode ser de natureza pública ou privada, conforme demonstrado no Gráfico 04.

No ano de 2000, 74% das internações foram realizadas por estabelecimentos privados, sem fins lucrativos, ou filantrópicos; 6,5% por estabelecimentos privados, com fins lucrativos; 10% por estabelecimentos públicos municipais; e 9% por estabelecimentos públicos estaduais. Apenas 19% das internações foram realizadas em estabelecimentos públicos, em 2000.

O número de internações dos estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos apresenta uma queda significativa no período analisado, em torno de 95% e 31%, respectivamente.

Gráfico 04: Percentual de internações (média e alta complexidade), segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

Já os estabelecimentos públicos, apresentam uma grande ampliação no número de internações no mesmo período, sendo que nos públicos

estaduais esta ampliação chega a 250% e nos públicos municipais em 114%.

Verifica-se então uma ampliação da oferta nos equipamentos hospitalares, sobretudo em equipamentos públicos, no período de 2000 a 2013. Mas esta ampliação, principalmente em equipamentos públicos estaduais foi centrada em estabelecimentos, que apesar de estar classificado como de natureza pública, são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, de natureza privada, através da celebração de contratos de gestão.

Somado a isso, em 2013, a assistência hospitalar no Estado de São Paulo ainda é realizada em 49% por estabelecimentos privados, sendo, em sua grande maioria, sem fins lucrativos.

Neste mesmo ano, dos 51% das internações no estado realizadas por estabelecimentos públicos, 21 % delas foram realizadas por estabelecimentos públicos municipais e 30% em estabelecimentos públicos estaduais.

Portanto, mesmo em 2013, grande parte da assistência hospitalar está vinculada aos estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos. Esta situação se amplia anda mais, se considerarmos que grande parte dos estabelecimentos públicos estaduais e municipais são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde.

Desde 1998, o Governo do Estado de São Paulo implantou um novo modelo de gestão da assistência de unidades de saúde, por Organizações Sociais de Saúde (OSS), regulamentada pela Lei nª 846/98. A legislação estadual regulamentou a forma e as regras para entidades privadas, sem fins lucrativos serem qualificadas como Organizações Sociais de Saúde, possibilitando a celebração de Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, com vistas ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde. A experiência iniciou-se com um grupo de 15 hospitais localizados em regiões com pouca capacidade instalada, na busca da ampliação do acesso da população à atenção hospitalar, principalmente na região Metropolitana da Grande São Paulo. Atualmente, os serviços de

saúde gerenciados por OSS em São Paulo, por meio de Contrato de Gestão, incluem hospitais, Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME), Centro de Referência do Idoso (CRI), Centros de Reabilitação da Rede Lucy Montoro, Centros Estaduais de Análises Clínicas (CEAC), Serviços de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centro de Armazenamento e Distribuição de Insumos de Saúde (CEADIS) e Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). O modelo caracteriza-se pela celebração de um Contrato de Gestão, caracterizado como um acordo firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSS, que permite a definição das metas e do tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido na unidade (SÃO PAULO, 2015).

Atualmente, duas modalidades institucionais principais se apresentam aos gestores do SUS como possível solução para o problema da falta de autonomia gerencial das unidades assistenciais – as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais (FE). As OS configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem finalidade de lucro, vinculadas às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão. Já as FE constituem fundações públicas com estrutura de direito privado, caracterizadas por obedecerem a regras flexíveis ou simplificadas de direito administrativo e por estarem adscritas ao âmbito da administração indireta do Estado. Essas duas novas modalidades institucionais estão sendo implantadas pelos gestores em meio a conflitos com outros importantes atores do SUS (DOBASHI, FERNANDES DA SILVA, AMARANTE, 2010). Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2015, apontam que, atualmente, no Estado de São Paulo, cerca de 325 estabelecimentos de saúde são gerenciados por terceiros.

Na visão de IBANEZ, VIANA & ELIAS (2009), o pacto regional deve levar em conta o crescente papel da esfera estadual na provisão de serviços hospitalares, seja direta ou indiretamente, pelos contratos de gestão com OSS e apoio à rede filantrópica, base de sustentação do SUS no estado. Em contraposição, a perda do domínio da provisão da atenção básica, o enfraquecimento dos processos regulatórios e a impossibilidade de

renovação do quadro de dirigentes diminuíram a possibilidade de uma gestão regional mais efetiva.

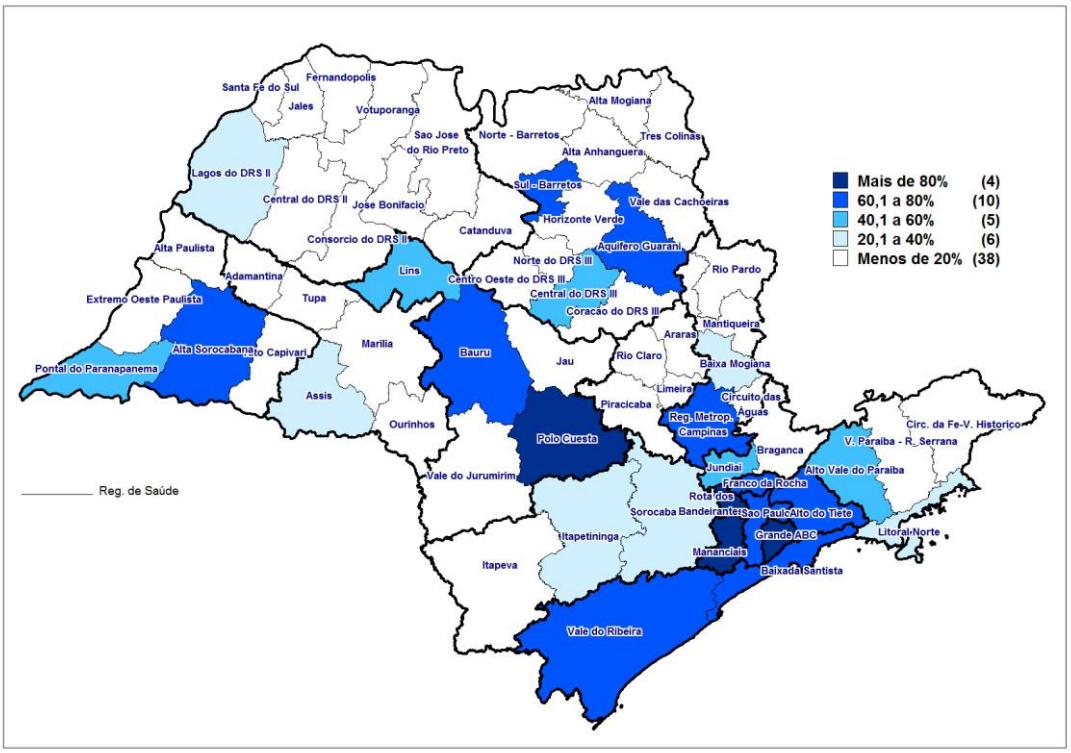
Para MENDES (2015), o papel de prestador, muito forte no que se refere aos recursos estaduais, marca de forma pouco produtiva a sua relação com os municípios, comprometendo o processo político da regionalização.

A Figura 07, demonstra que quando analisamos o percentual de internações de média e alta complexidade realizadas nos estabelecimentos de saúde de natureza pública, no ano de 2013, observamos que na maioria das regiões de saúde (60,3%) o percentual é menor que 20%. O restante das regiões realizou entre 20,1% e 40% (9,5%); entre 40,1% e 60% (8%); entre 60,1 % e 80 % (16%). Somente quatro regiões de saúde apresentaram percentual de internações de média e alta complexidade realizadas por estabelecimentos públicos maior que 80%. São as regiões de Polo Cuesta, Grande ABC, Rota dos Bandeirantes e Mananciais. A região de Mananciais foi a única região que apresentou 100% das internações de natureza pública em seus territórios.

A configuração territorial da gestão da assistência hospitalar no Estado de São Paulo na assistência hospitalar aponta para uma grande participação de estabelecimentos de caráter privado, com ou sem fins lucrativos, de forma direta, e também na forma indireta, no caso dos estabelecimentos públicos gerenciados por Organizações Sociais de Saúde.

Os estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos se relacionam com a gestão municipal ou estadual através de processos de contratualização, por meio de convênios, contratos ou contratos de gestão. Por vezes, os gestores encontram barreiras, de cunho técnico e político, no sentido de efetivar a negociação necessária, para que possam celebrar processos de contratualização, condizentes com sua necessidade e realidade, de modo a garantir acesso local e regional de forma equânime.

Figura 07: Percentual de internações (média e alta complexidade), realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

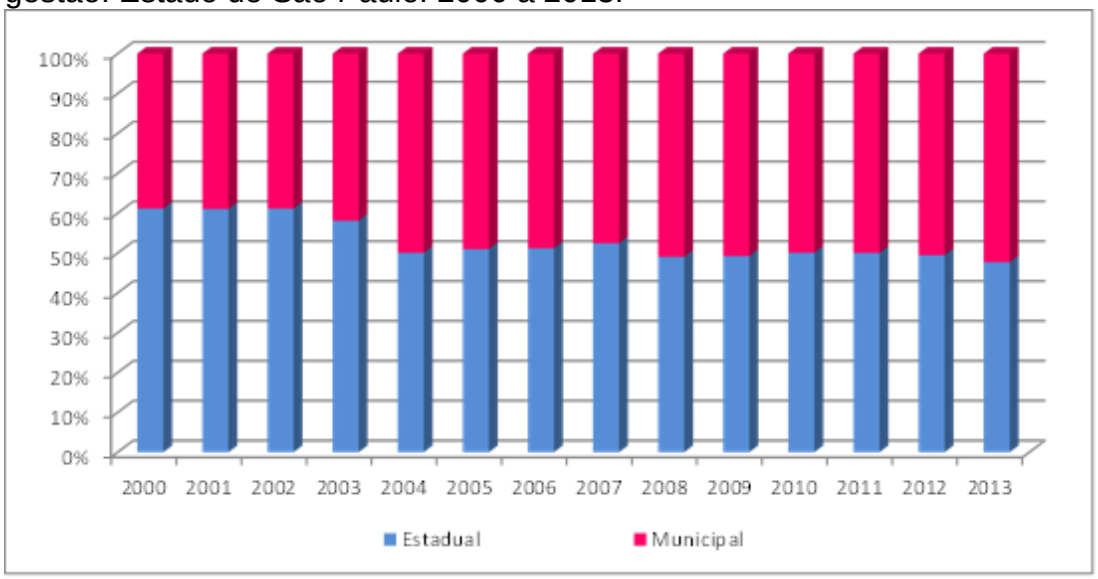
Para IBANEZ, VIANA & ELIAS (2009), a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política e, aponta para a necessidade de se atentar aos interesses e forças das instâncias e instituições que conformam o complexo regional da saúde. Neste sentido, não se pode excluir as instâncias e atores privados e filantrópicos, peças chave do complexo regional da saúde no Estado de São Paulo, na expressão do embate das forças que caracterizam o mix público-privado na região.

6.1.1.1 – Assistência Hospitalar de Média Complexidade

Quando analisamos somente as internações de média complexidade, em 2000, o percentual de internações sob gestão municipal era de 39%. Em 2003 se amplia para 42%, e eleva em 2004 para 50%. A partir de 2005, o percentual de internações de média complexidade sob gestão municipal apresenta um pequeno crescimento ao longo dos anos, chegando a 2013 a 52%, conforme observado no Gráfico 05.

No período total analisado, o crescimento no número de internações sob gestão dos municípios foi de 74%, enquanto o número de internações sob gestão estadual apresenta apenas 1% de crescimento entre os anos de 2000 e 2013.

Gráfico 05: Percentual de internações de média complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.



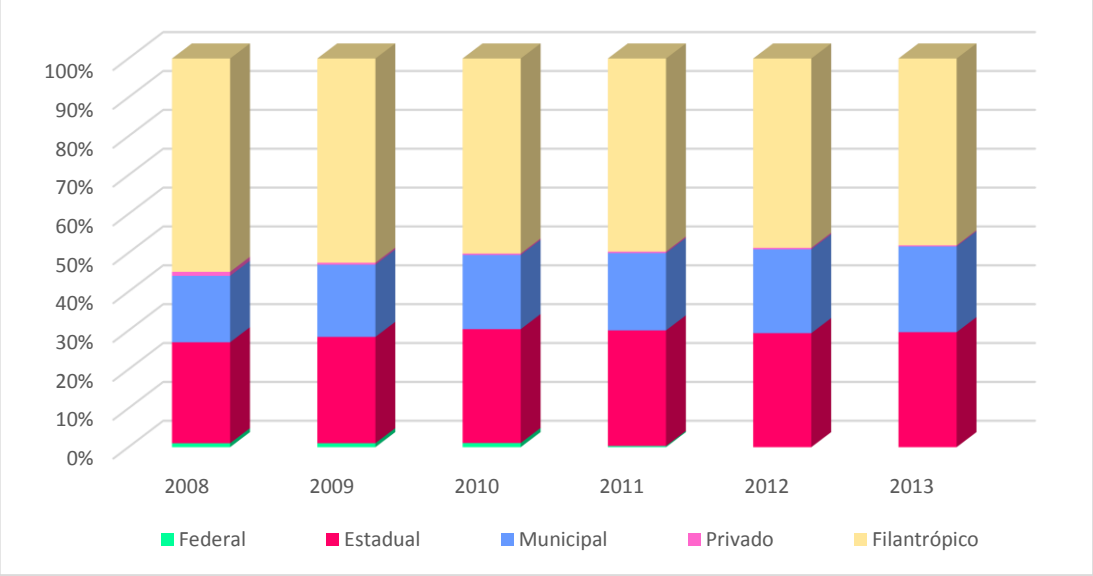
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

Verifica-se que no período analisado houve uma grande ampliação no número de internações de média complexidade sob gestão municipal.

Quando analisamos o percentual de internações de média complexidade segundo a natureza do estabelecimento, verificamos no Gráfico 06, que em 2008 havia uma predominância de internações realizada

por estabelecimentos privados, em sua grande maioria sem fins lucrativos ou filantrópicos, que representava 56% do total de internações. Ao longo dos anos analisados, apresenta um decréscimo, chegando em 2013 com 48 % dos procedimentos realizados. As internações realizadas em estabelecimentos públicos municipais cresceram de 17% para 22% dos procedimentos; e nos estabelecimentos públicos estaduais cresceu de 26% a 30% do total dos procedimentos de média complexidade realizados no período de 2008 a 2013.

Gráfico 06: Percentual de internações de média complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

Em 2013, dos 48% de internações realizadas por estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, onde boa parte destas (66%) foram realizadas sob gestão municipal.

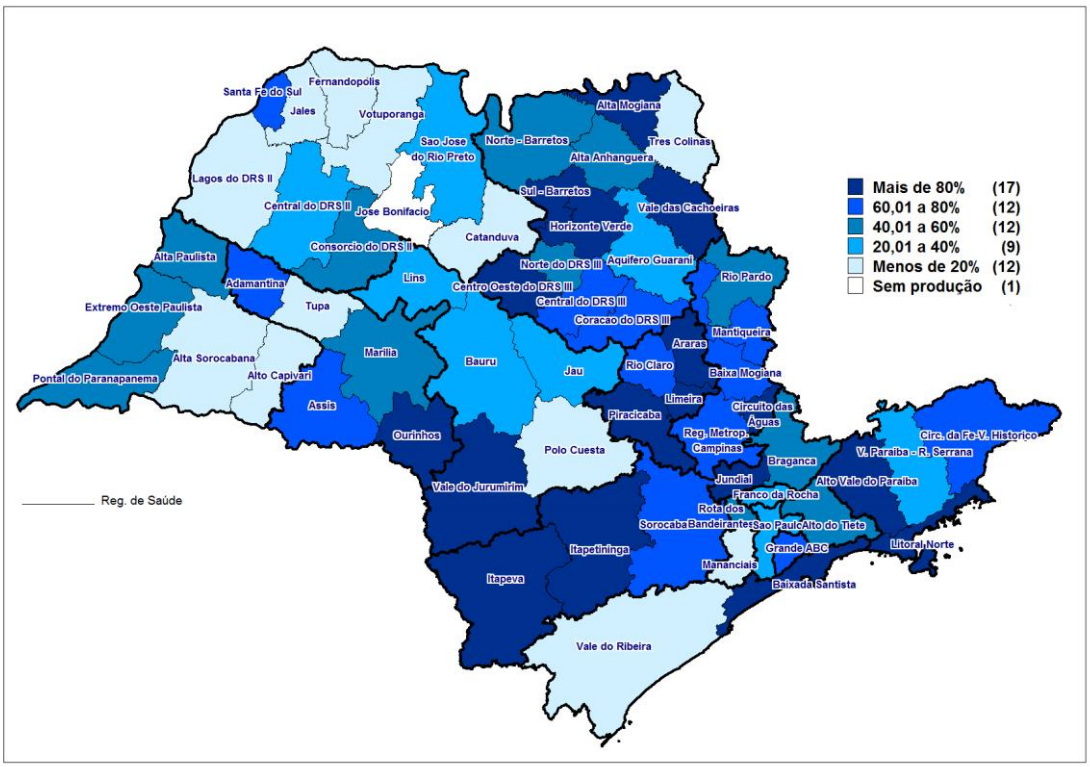
Cabe relembrar que a divisão por complexidade não está apresentada nos bancos de dados do DATASUS nos anos anteriores a 2008. Portanto a análise só foi realizada entre os anos de 2008 e 2013.

Na Figura 08, observa-se que, conforme já visto anteriormente, quando analisamos o percentual de internações de média complexidade as variações nas regiões de saúde do estado são significativas.

Das 63 regiões de saúde, 21% delas (13) apresentam menos de 20% das internações de média complexidade sob gestão municipal; 14% (9) entre 20 e 40%; 19% (12) entre 40 e 60%; 19% (12) entre 60 e 80%; e 27% (17) apresentam mais de 80%, sendo que um pouco menos da metade, chega a 100% das internações sob gestão municipal. São as regiões de Jundiaí, Sul de Barretos, Limeira, Horizonte Verde, Vale das Cachoeiras, Itapetininga e Itapeva.

O cenário das regiões do estado de São Paulo demonstra que ainda em 2013, em algumas regiões, ainda é bem predominante a gestão da SES na assistência de média complexidade hospitalar.

Figura 08: Percentual de internações de média complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



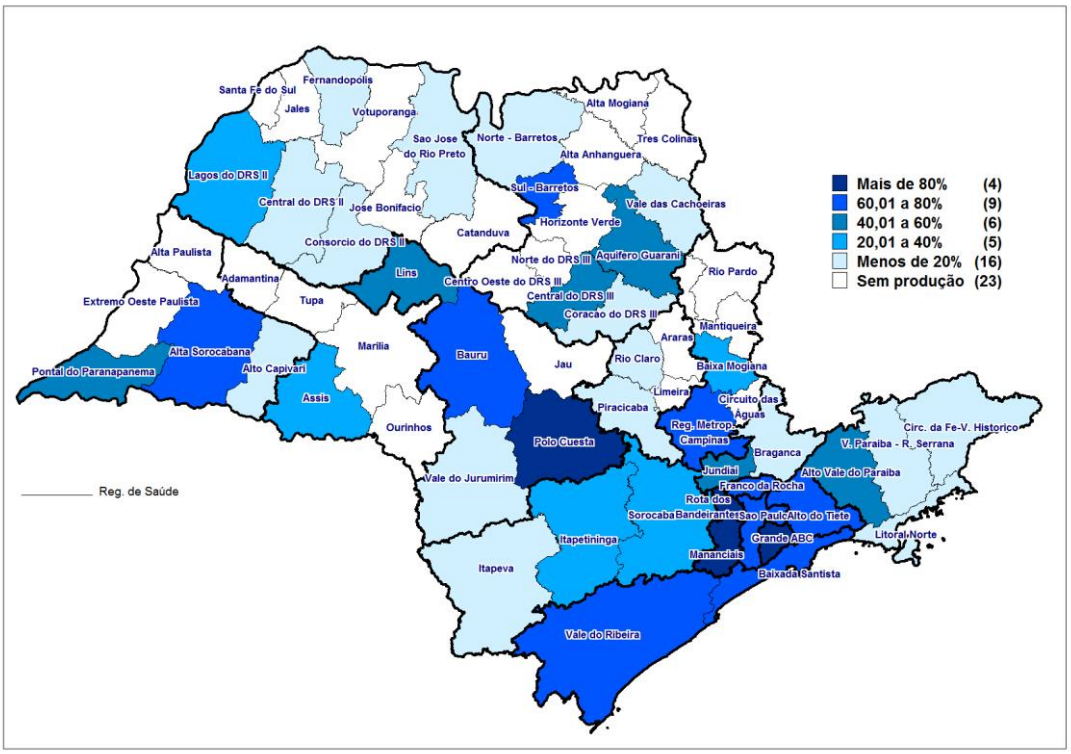
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Quando analisamos nas regiões de saúde a natureza dos estabelecimentos que realizam procedimentos hospitalares de média complexidade, verifica-se que 62% (39) delas tem menos de 20% dos

procedimentos hospitalares realizados por estabelecimentos de natureza pública, conforme Figura 09. Destas 39 regiões, 23 delas não tem nenhum procedimento de média complexidade hospitalar realizado em estabelecimento público. Podemos observar também que 80% das regiões tem menos de 60% dos procedimentos realizados em estabelecimentos públicos.

Apenas 13 regiões (20%) realizam mais de 60% dos procedimentos hospitalares em estabelecimentos públicos; São as 6 regiões da Região Metropolitana, Baixada Santista, Região Metropolitana de Campinas e 5 regiões do interior paulista. As regiões de Polo Cuesta, Grande ABC, Mananciais e Rota dos Bandeirantes realizam mais de 80% dos procedimentos em estabelecimentos públicos, sendo que as duas últimas realizam 100% dos procedimentos em estabelecimentos públicos.

Figura 09: Percentual de internações de média complexidade, realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Nas regiões de Polo Cuesta e Mananciais, há um grande predomínio de internações realizadas em estabelecimentos públicos sob gestão estadual e nas regiões do Grande ABC e Rota dos Bandeirantes, o predomínio é nas internações realizadas por estabelecimentos públicos sob gestão municipal.

Das 13 regiões com mais de 60 % dos procedimentos hospitalares de média complexidade realizados em estabelecimentos de natureza pública, 8 regiões têm menos de 50% destes procedimentos sob gestão municipal e 5 regiões tem mais de 50 % dos procedimentos sob gestão municipal.

A predominância de equipamentos privados, em sua maioria sem fins lucrativos, na assistência de média complexidade hospitalar, advém, na sua maioria de Santas Casas (principalmente no interior do estado), contratualizadas com o SUS por meio de convênios. Muitos destes estabelecimentos têm número reduzido de leitos, baixa ocupação e pouca resolutividade para as necessidades de saúde.

Há que se considerar, que regiões com maior percentual de internações realizadas em estabelecimentos públicos poderiam indicar maior capacidade de gestão, para a disponibilidade e equalização da oferta, no atendimento às necessidades da população. No entanto, dificuldades desta ordem podem ocorrer também na relação com estabelecimentos públicos.

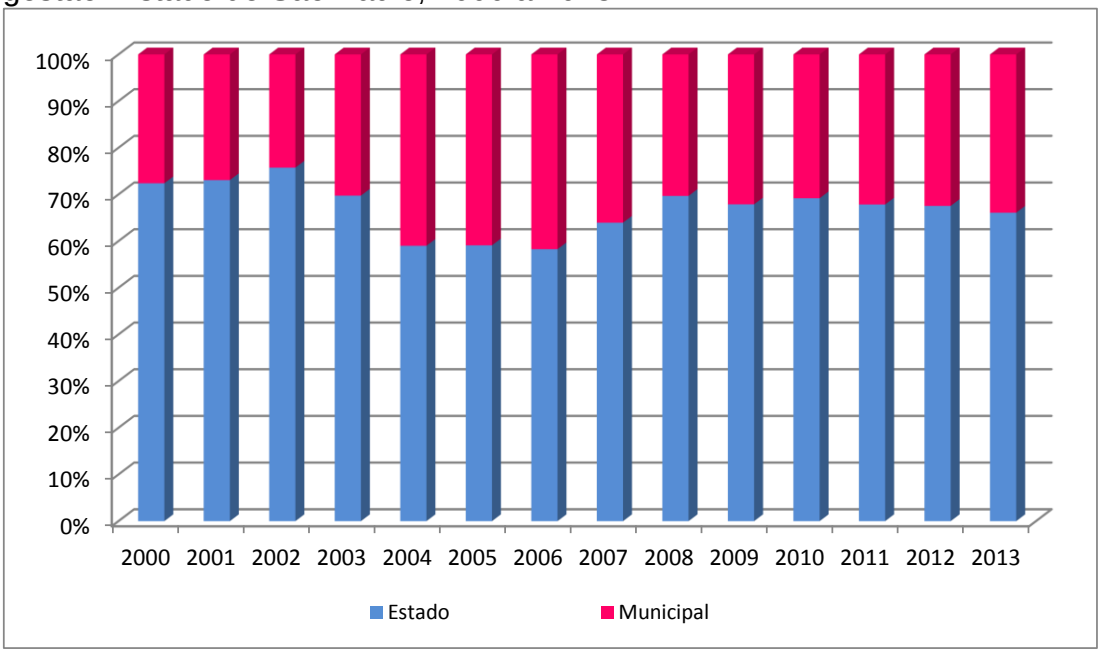
6.1.1.2 – Assistência Hospitalar de Alta Complexidade

Ao analisarmos a gestão da assistência hospitalar na alta complexidade observa-se um cenário bem diferente da gestão da média complexidade e com poucos avanços no sentido de descentralização para os municípios ao longo dos 13 anos analisados.

No Gráfico 07, verifica-se que ano 2000, apenas 28% das internações de alta complexidade foram realizadas sob gestão municipal. Este percentual sobe para 41% em 2004 e apresenta queda a partir de 2005, chegando em 2013 com somente 34% das internações de alta complexidade sob gestão municipal.

No período de 2000 a 2013, houve um crescimento de 236% no número de internações realizadas sob gestão municipal e de 175% no número de internações realizadas sob gestão estadual.

Gráfico 07: Percentual de internações de alta complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo, 2000 a 2013.

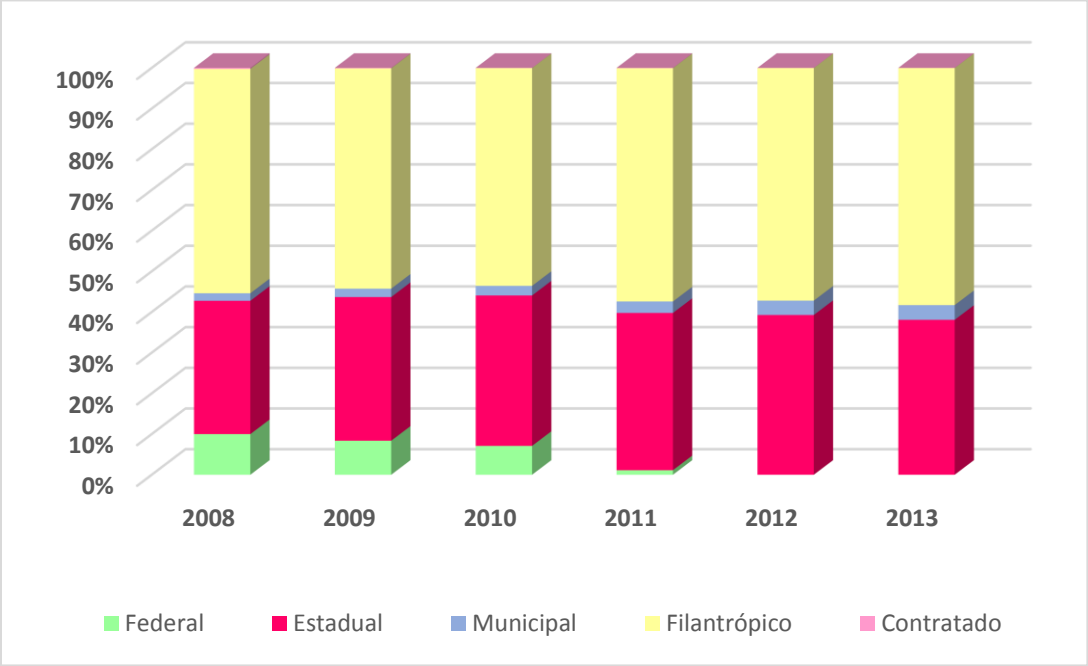


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

A análise das internações de alta complexidade segundo a natureza do estabelecimento foi realizada somente entre os anos 2008 e 2013 por não obtermos a informação da complexidade dos procedimentos de anos anteriores no DATASUS.

Conforme visualizado no Gráfico 08, entre os anos de 2008 e 2013 houve poucas variações, com a predominância constante do percentual de internações realizadas em estabelecimentos privados, sem fins lucrativos, em todos anos, que ficam em torno de 55 a 58% do total das internações de alta complexidade. Durante o mesmo período o percentual de procedimentos realizados em estabelecimentos públicos municipais foi de 2 a 4% e nos públicos estaduais foi de 34 a 38%.

Gráfico 08: Percentual de internações de alta complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013**.**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

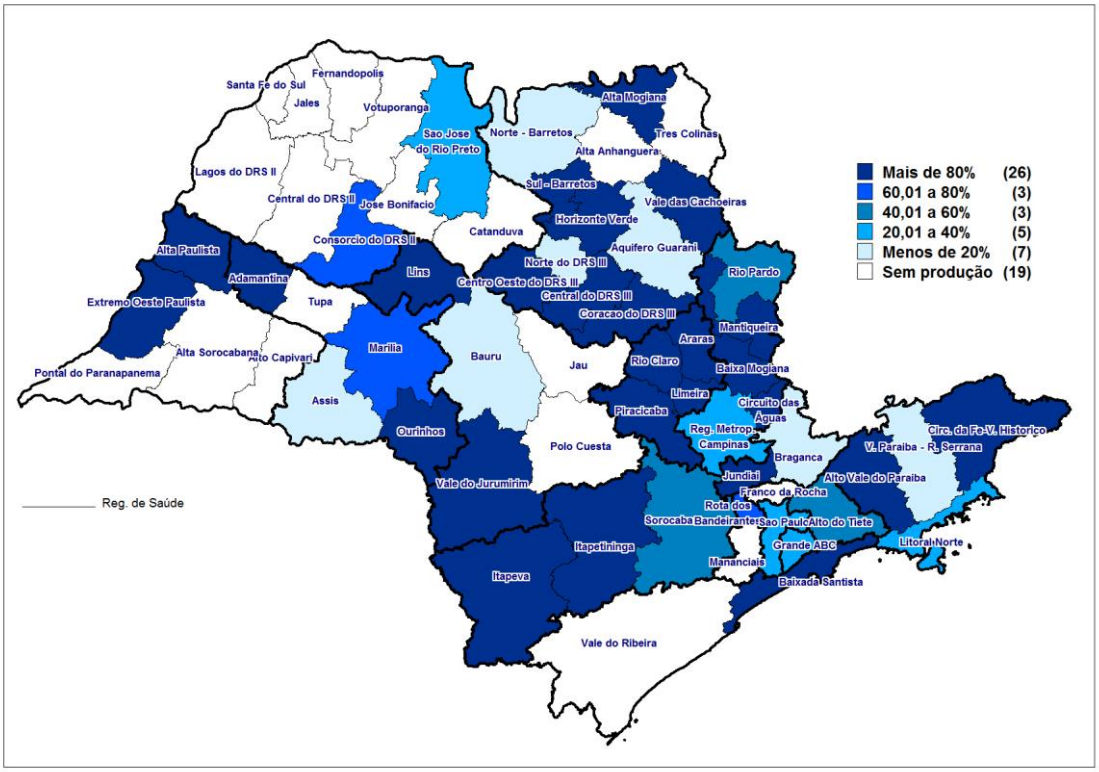
Grande parte dos estabelecimentos privados, sem fins lucrativos, são estabelecimentos universitários e filantrópicos, sob gestão estadual, onde se concentra parte significativa da assistência de alta complexidade no Estado de São Paulo.

A Figura 10 demonstra que o percentual de gestão municipal na alta complexidade hospitalar que, em 2013, é de 34% no estado, é bem diverso entre as regiões de saúde.

Dentre as regiões, 41% (26) delas tem menos de 20% das internações de alta complexidade realizadas sob gestão municipal. Destas, 19 regiões não apresentam nenhuma internação realizada pela gestão dos municípios.

Conforme observado na Figura 10, das 63 regiões de saúde do estado, 11 regiões têm entre 20,1 e 80% das internações sob gestão municipal e 26 regiões tem mais de 80% das internações sob gestão municipal. Destas, 23 regiões têm 100% das internações de alta complexidade sob gestão municipal.

Figura 10: Percentual de internações de alta complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

No entanto, parte destas regiões, apesar de realizarem mais de 80% das internações de alta complexidade sob gestão municipal em seu território, realizam um número bem reduzido de internações, pois acabam dependendo de outras regiões para complementar a assistência a seus munícipes

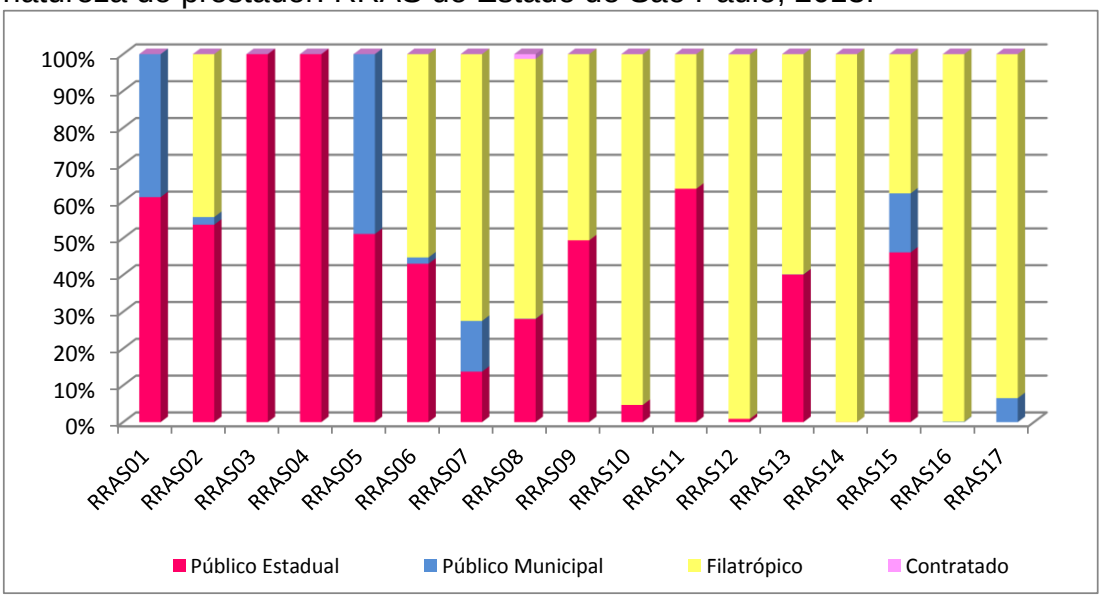
Quando analisamos o percentual de internações de alta complexidade realizadas de acordo com a natureza nas “macrorregiões” (RRAS) verificamos que em 2013, conforme Gráfico 09, que as RRAS de 1 a 6, que representam a Região Metropolitana de São Paulo, apresentam grande percentual de internações realizadas em estabelecimentos públicos. Destacam-se as RRAS 3 (Franco da Rocha) e 4 (Mananciais), que apresentam 100% das internações realizadas em estabelecimentos públicos estaduais e as RRAS 1 (Grande ABC) e 5 (Rota dos Bandeirantes), que apresentam mais de 40 % das internações realizadas em estabelecimentos públicos municipais. Observa-se também com destaque a RRAS 6, que representa o município de São Paulo, onde 55% das internações de alta complexidade hospitalar são realizados por estabelecimentos privados filantrópicos, 43% por públicos estaduais e apenas 2% em estabelecimentos públicos municipais.

Esta análise desprezou o percentual de internações realizadas em estabelecimentos federais por apresentarem valores menores que 1% em todas as RRAS.

Nas RRAS do interior do estado (07 a 17) há uma grande predominância do estabelecimento privado, em sua grande maioria sem fins lucrativos, que varia de 37% na RRAS 11 (regiões de Presidente Prudente) e 15 (regiões de Campinas e São João da Boa Vista) e cerca de 100% nas RRAS 12 (regiões de São José do Rio Preto e Araçatuba), RRAS14 (regiões de Piracicaba) e RRAS 16 (Regiões de Bragança e Jundiaí). Ainda no interior do estado, há pouca participação dos estabelecimentos públicos municipais na realização das internações de alta complexidade hospitalar, que varia de 0% a 16% entre as RRAS. Nos estabelecimentos públicos estaduais, o percentual varia de 0%, observado nas RRAS 16 (Regiões de

Bragança e Jundiaí) e RRAS 17 (regiões do Vale do Paraíba) a 63%, na RRAS 11(regiões de Presidente Prudente).

Gráfico 09: Percentual de internações de alta complexidade segundo a natureza do prestador. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.



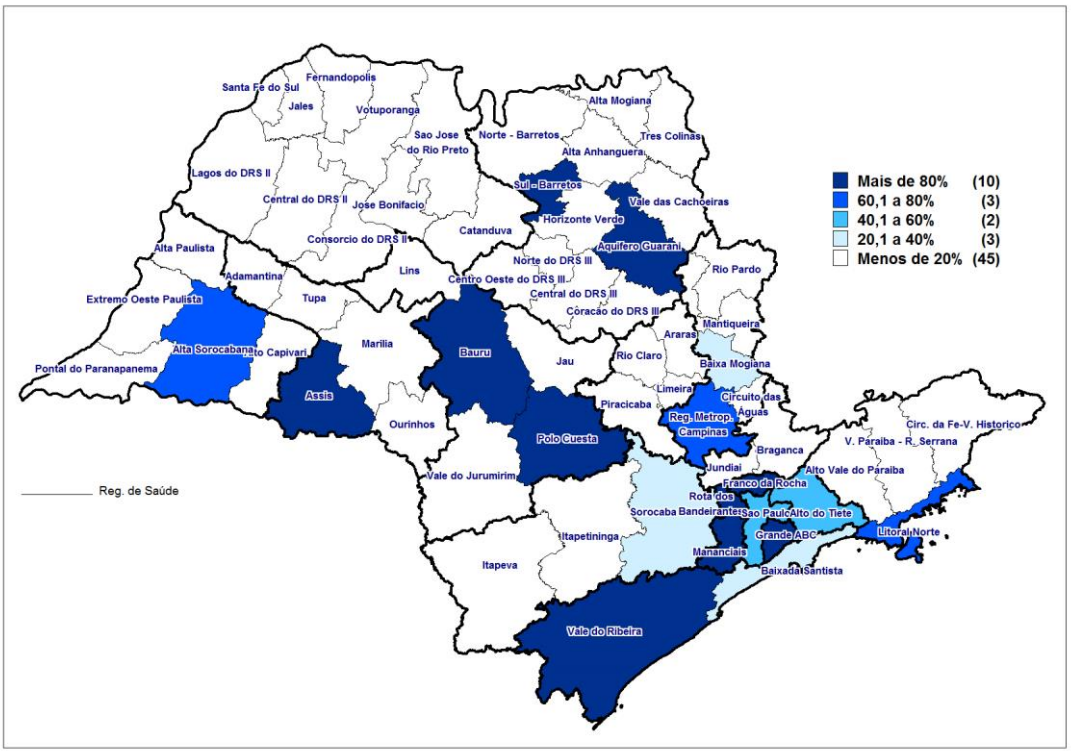
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

A realidade de cada RRAS demonstra a capacidade do mercado em cada território, onde se estabelece a maior influência do estabelecimento privado, nos locais onde há pouca capacidade instalada de estabelecimentos públicos. É importante salientar que nas RRAS onde há um grande predomínio de internações realizadas por estabelecimentos públicos estaduais, a possibilidade de avanço na descentralização da assistência para os municípios é bem remota, dado que nunca houve qualquer discussão a respeito de municipalizar estabelecimentos públicos estaduais.

Na Figura 11, verificamos que 71% (45) das regiões de saúde realizaram menos de 20% das internações de alta complexidade hospitalar em estabelecimentos de natureza pública. Destas, 37 regiões (59%) não realizaram nenhuma internação de alta complexidade hospitalar em estabelecimento público.

No restante das regiões, o percentual variou de 20,1 % a 40% nas regiões da Baixada Santista, Sorocaba e Baixa Mogiana; de 40,1% a 60% nas regiões de São Paulo e Alto do Tietê; de 60,1 a 80% nas regiões do Litoral Norte, Região Metropolitana de Campinas e Alta Sorocabana e, por fim, mais de 80% em 10 regiões de saúde. Destas, oito regiões realizam 100% das internações de alta complexidade hospitalar em estabelecimentos públicos. São elas: Assis, Bauru, Aquífero Guarani, Sul de Barretos, Polo Cuesta, Vale do Ribeira, Rota dos Bandeirantes, Mananciais, Grande ABC. Na maioria destas regiões, há um significativo predomínio de estabelecimentos públicos estaduais, na assistência de alta complexidade hospitalar.

Figura 11: Percentual de internações de alta complexidade, realizadas em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

6.1.2 – Assistência Ambulatorial

Para a análise da gestão dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade o grupo dos medicamentos de alta complexidade foi retirado pois sua dispensação é de função exclusiva das Secretarias Estaduais e sua contabilização se dá, em muitos casos por dose de medicamentos, o que poderia distorcer o estudo.

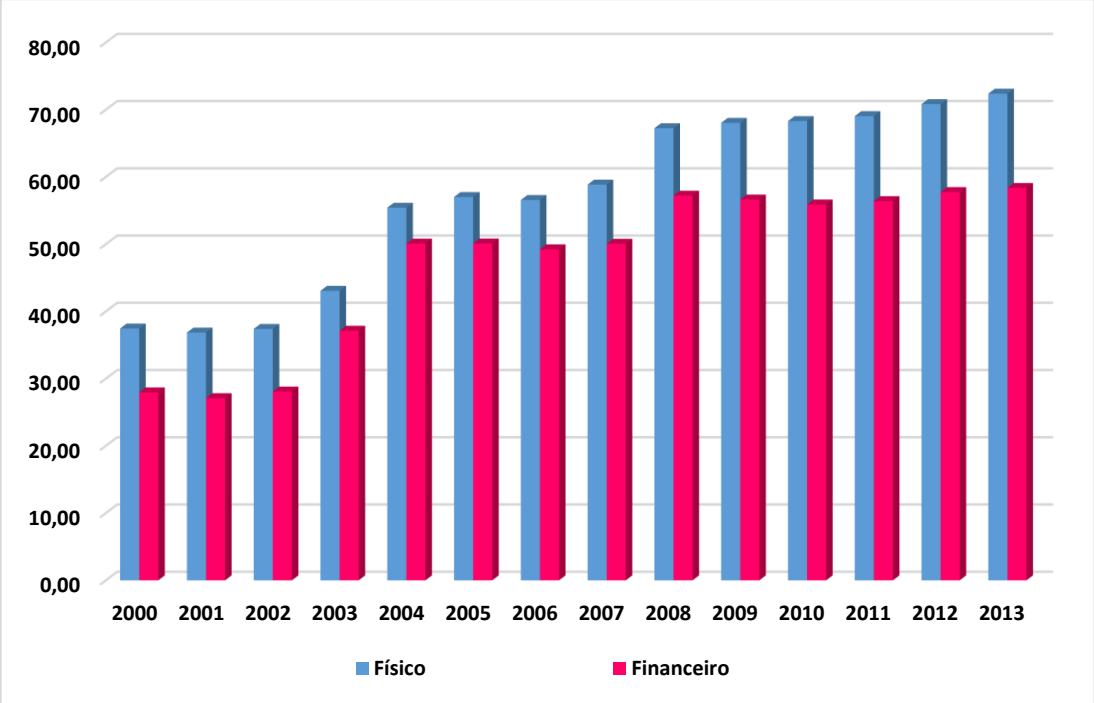
O estudo foi realizado no período de 2000 a 2013, para o estado como um todo, e no ano de 2013 para as regiões de saúde.

Conforme detalhado no Gráfico 10, durante o período analisado, foram observadas algumas alterações na gestão dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

No ano 2000, apenas 37% de todos os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade foram realizados sob gestão dos municípios. Em 2004 este percentual sobe para 55%, e segue apresentando um crescimento constante até o ano de 2013, onde 72% dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade foram realizados sob gestão municipal. O percentual de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade apresentou um crescimento de 94% no período de 2000 a 2013.

Cabe salientar que, os maiores crescimentos no percentual de procedimentos sob gestão municipal foram observados entre os anos de 2003 e 2004, provavelmente decorrente da habilitação dos municípios na Gestão Básica Ampliada, proposta pela NOAS; e também entre os anos de 2007 e 2008, após a adesão dos munícipios ao Pacto de Gestão, onde muitos municípios assumiram a gestão de estabelecimentos sob gestão estadual e também puderam assumir a gestão de procedimentos de média complexidade, já realizados pelos municípios Plenos de Atenção Básica, e que eram repassados via convênio pela SES.

Gráfico 10: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Físico e financeiro. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

No período de 2000 a 2013 o crescimento total no número de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade foi de 241%. O número de procedimentos sob gestão municipal apresentou um crescimento de 465%, enquanto que o número de procedimentos sob gestão estadual cresceu em 106%.

Quando se analisa o valor financeiro dos procedimentos ambulatoriais no mesmo período, observa-se uma mudança no cenário. Em 2000, os procedimentos sob gestão municipal representavam apenas 28% do valor financeiro. Este percentual tem um crescimento constante ao longo dos anos analisados e chega em 2013 com 58% dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial sob gestão municipal.

O valor financeiro referente dos procedimentos ambulatoriais sob gestão municipal teve um crescimento de mais de 700% no período analisado, enquanto que o valor dos procedimentos sob gestão estadual apresentou um crescimento de 198% no mesmo período.

No ano de 2013, apesar de 72% dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade ter sido realizados sob gestão municipal, este percentual representa 58% do valor financeiro correspondente.

Cabe relembrar que, em 2013, diferentemente da assistência ambulatorial, apenas 52% das internações de média e alta complexidade foram realizados por estabelecimentos sob gestão municipal, que representa 43% do valor financeiro.

Podemos verificar então que, até o ano de 2013, a descentralização da assistência ambulatorial para a gestão municipal apresentou um maior avanço (cerca de 40% a mais), em relação à assistência hospitalar. Neste sentido, pode-se presumir que pode haver uma maior dificuldade para os municípios assumirem a assistência hospitalar, no sentido da maior complexidade na gestão destes estabelecimentos, além de maiores custos agregados para sua manutenção.

Apesar dos municípios terem incorporado muitos procedimentos na sua gestão, provavelmente ainda são procedimentos menos complexos, ou de menor custo. O valor médio dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade sob gestão municipal, observado em 2013 foi de R$ 9,20, enquanto dos procedimentos sob gestão estadual foi de R$ 17,20, em torno de 90% maior, que o anterior.

No Gráfico 11, observa-se que ao longo do período analisado, há uma mudança na proporção de procedimentos ambulatoriais realizados de acordo com a natureza do prestador que realiza estes procedimentos.

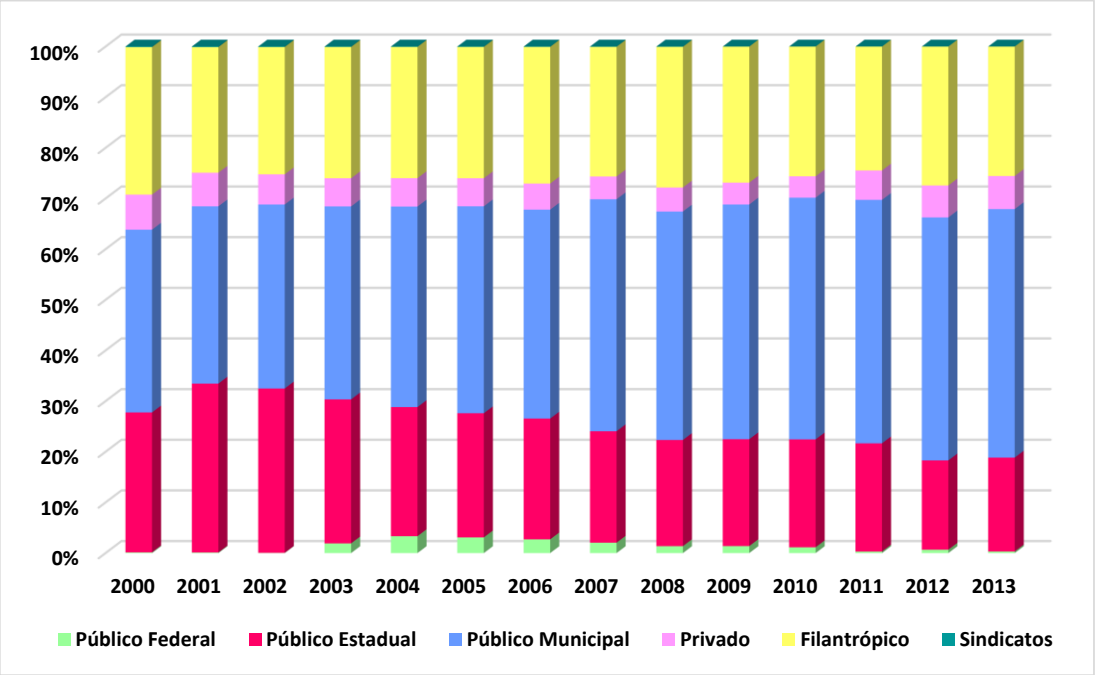
Em 2000, cerca de 64% dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade foram realizados por estabelecimentos públicos, sendo que destes, 28% em estabelecimentos públicos estaduais e 36% em estabelecimentos públicos municipais. No mesmo ano, 36% dos procedimentos foram realizados por estabelecimentos privados. Destes, 20% por estabelecimentos privados com fins lucrativos.

Ao longo dos anos, o percentual de procedimentos ambulatoriais realizados por estabelecimentos públicos apresenta um pequeno crescimento, que chegou em torno de 6% no total do período analisado.

Assim, em 2013, 68% dos procedimentos ambulatoriais foram realizados por estabelecimentos públicos. Destes, 49% dos procedimentos foram realizados por estabelecimentos públicos municipais, que tiveram um crescimento no percentual, entre 2000 a 2013; e 19% dos procedimentos nos estabelecimentos públicos estaduais, que apresentaram queda do percentual, no mesmo período.

Este é um cenário bem diverso do encontrado na assistência hospitalar onde somente 51% das internações de média e alta complexidade foram realizados por estabelecimentos públicos. E destes, somente 21% forma realizados em estabelecimentos públicos municipais.

Gráfico 11: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade, sem medicamentos), segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo. 2000 a 2013.



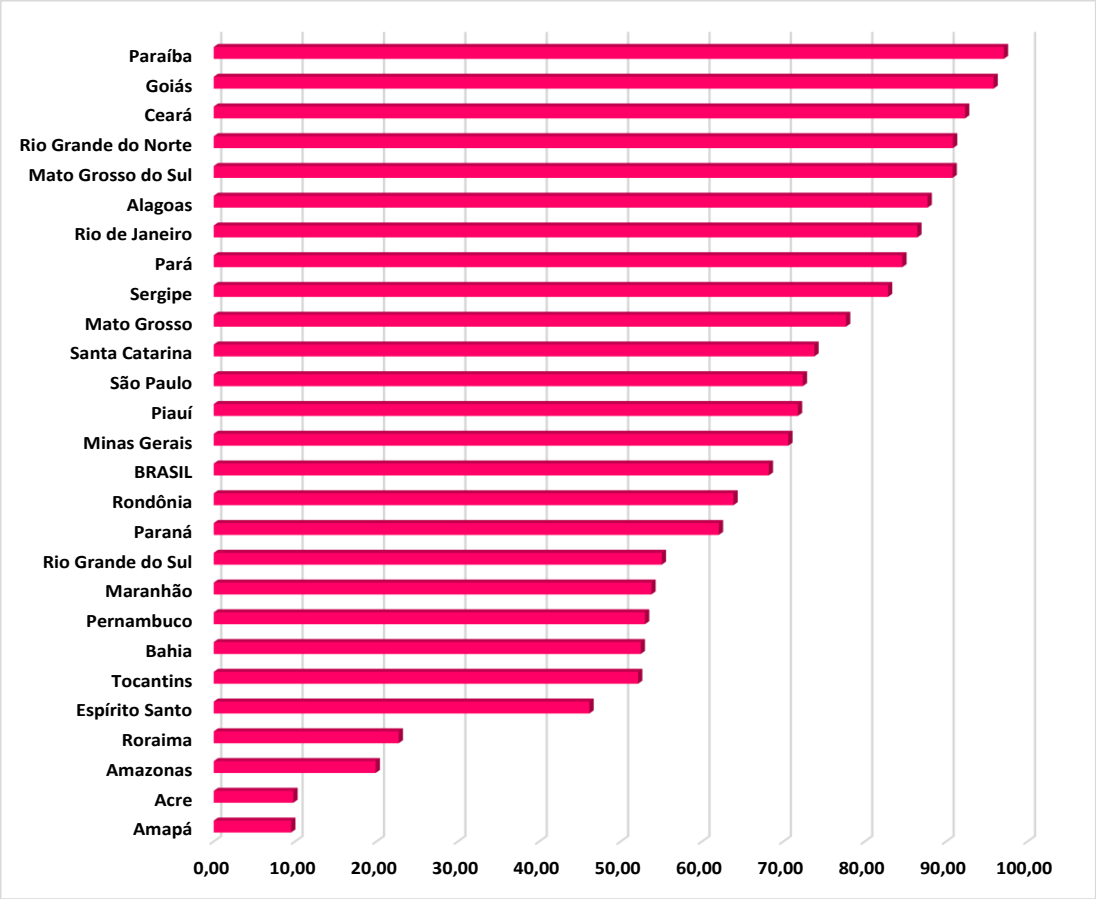
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Quando analisamos o percentual de procedimentos ambulatoriais sob gestão municipal no país, verificamos um cenário bem heterogêneo entre os estados da federação, conforme Gráfico 12. Dos 26 estados, 21 realizaram mais de 50% dos procedimentos sob gestão municipal. Destes, sobressaem os estados da Paraíba, Goiás, Ceará, Rio Grande do Norte e Mato Grosso

do Sul, que realizaram, em 2013, mais de 90% dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial (sem medicamentos).

Entretanto, 5 estados realizaram menos de 50% dos procedimentos sob gestão municipal, sendo que os estados do Amapá, Acre e Amazonas, realizaram menos de 20% dos procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade sob gestão dos municípios.

Gráfico 12: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, sob gestão municipal. Brasil e Estados da Federação, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Conforme dito anteriormente, os estados do Amapá, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe mantém atualmente os Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) vigentes com os municípios. Significa que alguns procedimentos, mesmo contabilizados nos

sistemas de informações, sob gestão municipal, foram realizados em estabelecimentos sob gestão estadual.

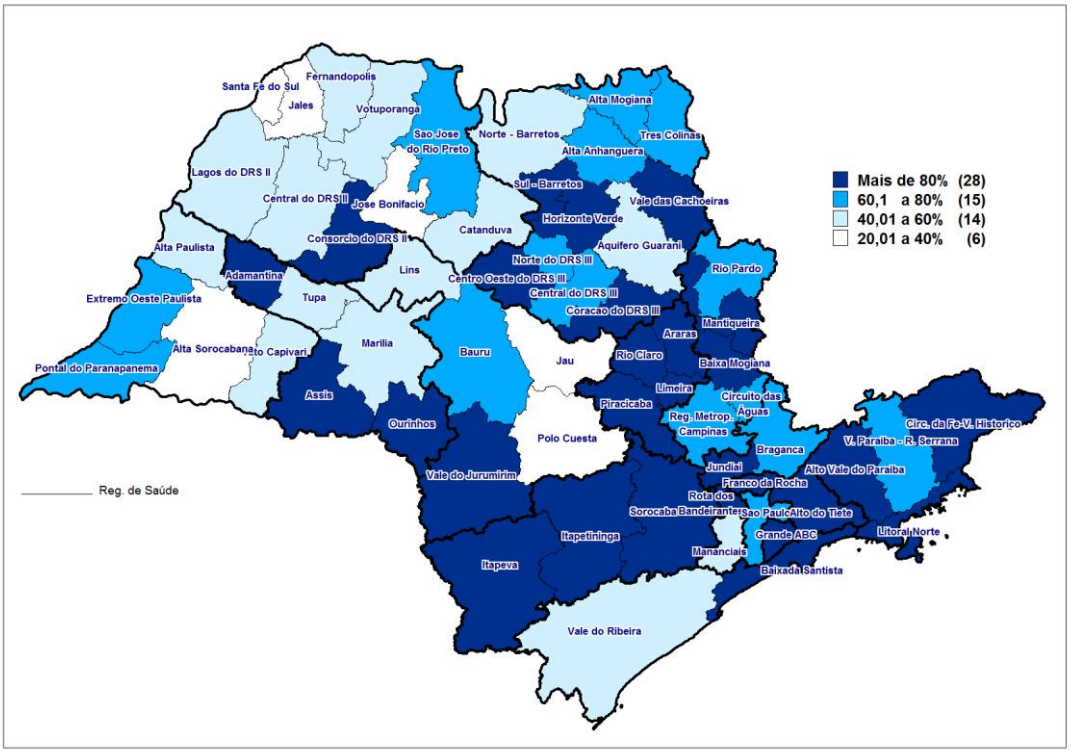
Também é correto afirmar que os procedimentos realizados por estabelecimentos federais também são contabilizados nos municípios como, sob gestão municipal, e também podem distorcer a informação do percentual de internações sob gestão municipal, em locais onde há um número elevado de hospitais federais.

Portanto, os percentuais observados no Gráfico 12, também não ilustram a real situação do percentual de internações realizadas por estabelecimentos sob gestão/gerência municipal em alguns estados da Federação. Em São Paulo, conforme dito anteriormente, o percentual de procedimentos sob gestão municipal, não apresenta distorções pois o estado não celebra TCEP com seus municípios e nem tem estabelecimentos federais que possam distorcer os dados, de forma significativa.

Neste sentido, podemos afirmar que, assim como visto na assistência hospitalar, somente o Estado de Alagoas, realiza mais de 80% dos procedimentos ambulatoriais sob gestão municipal.

Quando analisamos o percentual de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade realizados sob gestão municipal nas regiões de saúde verifica-se que, na Figura 12, 10% das regiões (6) apresentam entre 20,1 a 40% dos procedimentos realizados sob gestão municipal; 22% delas (14) entre 40,1 e 60%; 24% (15) entre 60,1 e 80%. As regiões que apresentam mais de 80% dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial realizados sob gestão municipal somam-se 28 e representam 44% das regiões de saúde. Destas, apenas 3 regiões apresentam 100% dos procedimentos realizados sob gestão municipal. São as regiões de Araras, Horizonte Verde e Vale das Cachoeiras.

Figura 12: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

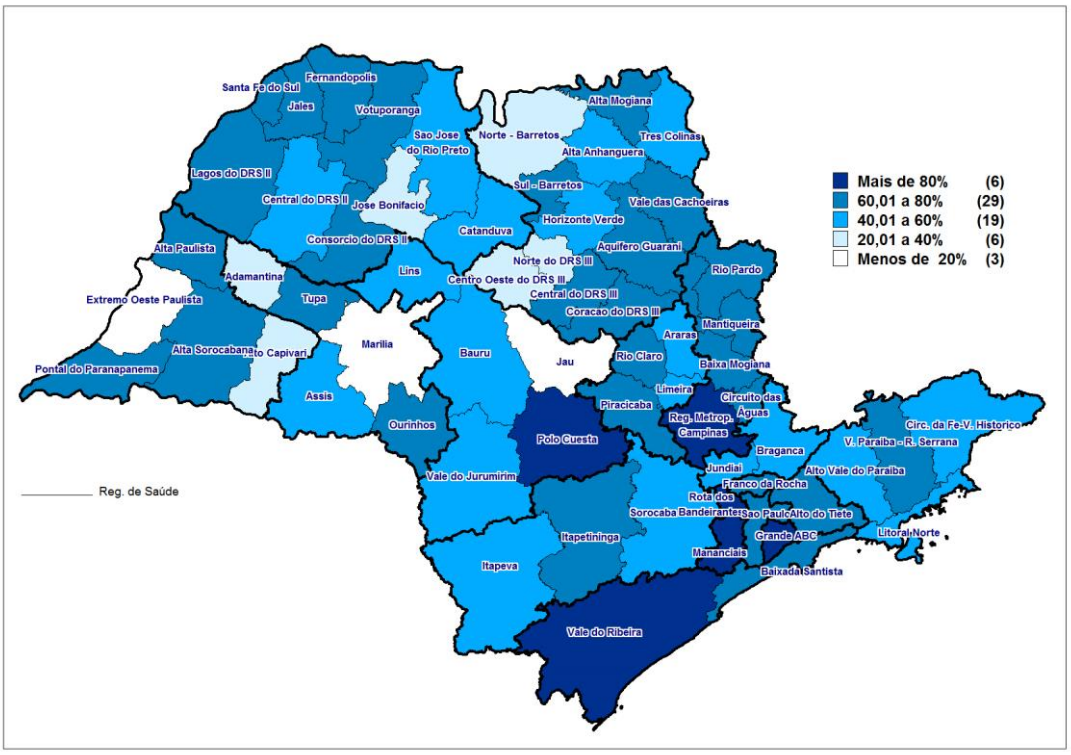
É importante relembrar que as regiões do Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde, assim como na assistência ambulatorial de média e alta complexidade, também realizaram, em 2013, 100% das internações de média e alta complexidade sob gestão municipal. No entanto, são regiões que apresentam baixa produção destes procedimentos em seu território e apresentam grande dependência de outras regiões.

A Figura 13, apresenta o percentual de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade realizados em estabelecimentos de natureza pública.

De todas as regiões analisadas, apenas a região de Jaú e Extremo Oeste Paulista e Marília apresentaram menos de 20% dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial realizados em estabelecimentos públicos. São regiões onde há um grande predomínio de estabelecimentos

privados sem fins lucrativos. Somadas a estas, 29 regiões (44%) apresentam o percentual entre 60,1 e 80%; 19 regiões (32%) entre 40,1 % e 60%; 6 regiões (9,5%) entre 20,1% e 40%.

Figura 13: Percentual de procedimentos ambulatoriais (média e alta complexidade), realizados em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013**.**



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

As regiões que apresentam mais de 80% de procedimentos realizados em estabelecimento público também representam 9,5% (6). As regiões da Rota dos Bandeirantes e Mananciais apresentaram o maior percentual de procedimentos realizados em estabelecimentos públicos, ficando em torno de 98,5%, em 2013. Na região dos Mananciais, apenas 56% destes procedimentos foram realizados por estabelecimentos públicos municipais, enquanto que na região da Rota dos Bandeirantes o percentual foi de 86% em estabelecimentos públicos municipais.

Verifica-se então que o cenário da assistência ambulatorial de média e alta complexidade apresentou-se um pouco diverso da assistência hospitalar de média e alta complexidade. Na assistência ambulatorial, observou-se uma menor predominância de estabelecimentos públicos e também maior homogeneidade entre as regiões de saúde, pois na assistência hospitalar, os maiores percentuais de procedimentos realizados em estabelecimentos públicos estão concentrados em poucas regiões, em geral, ligados a estabelecimentos universitários públicos estaduais.

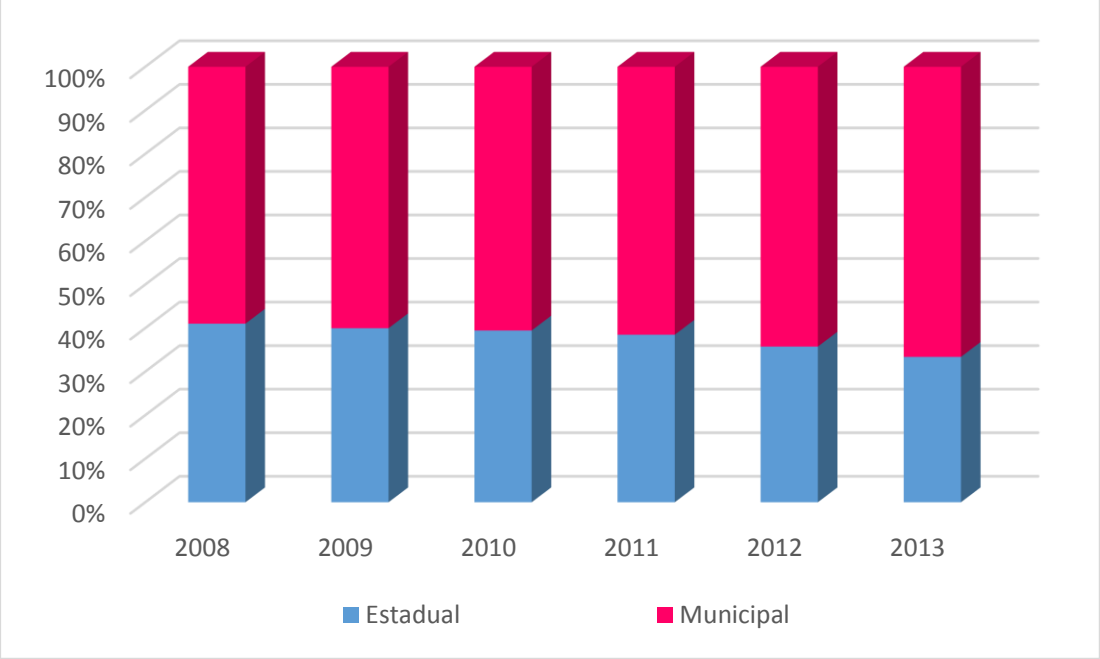
Cabe mencionar que, mesmo com um grande número de procedimentos realizados em estabelecimentos públicos, ainda encontramos regiões com grande predomínio de estabelecimentos públicos estaduais. Significa, que como dito anteriormente, são regiões que dificilmente avançarão no processo de descentralização, pois não há sinalização da Secretaria Estadual de Saúde em descentralizar estabelecimentos próprios.

6.1.2.1 Assistência Ambulatorial de Média Complexidade

Para o cálculo da análise do percentual de procedimentos de média complexidade ambulatorial segundo a gestão e tipo de prestador foi utilizado somente os anos de 2008 a 2013 por não haver no banco de dados do DATASUS a especificação da complexidade do procedimento em anos anteriores.

No ano de 2008, 68% dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade estavam sob gestão municipal, conforme Gráfico 13. Este percentual tem um pequeno crescimento ao longo dos anos analisados e chega a 2013 a 73% do total dos procedimentos de média complexidade ambulatorial. Salienta-se que o número de procedimentos sob gestão municipal cresce em 53%, enquanto o número de procedimentos sob gestão estadual cresce apenas 19% no período analisado. A assistência de média complexidade ambulatorial apresenta o maior percentual de procedimentos sob gestão municipal.

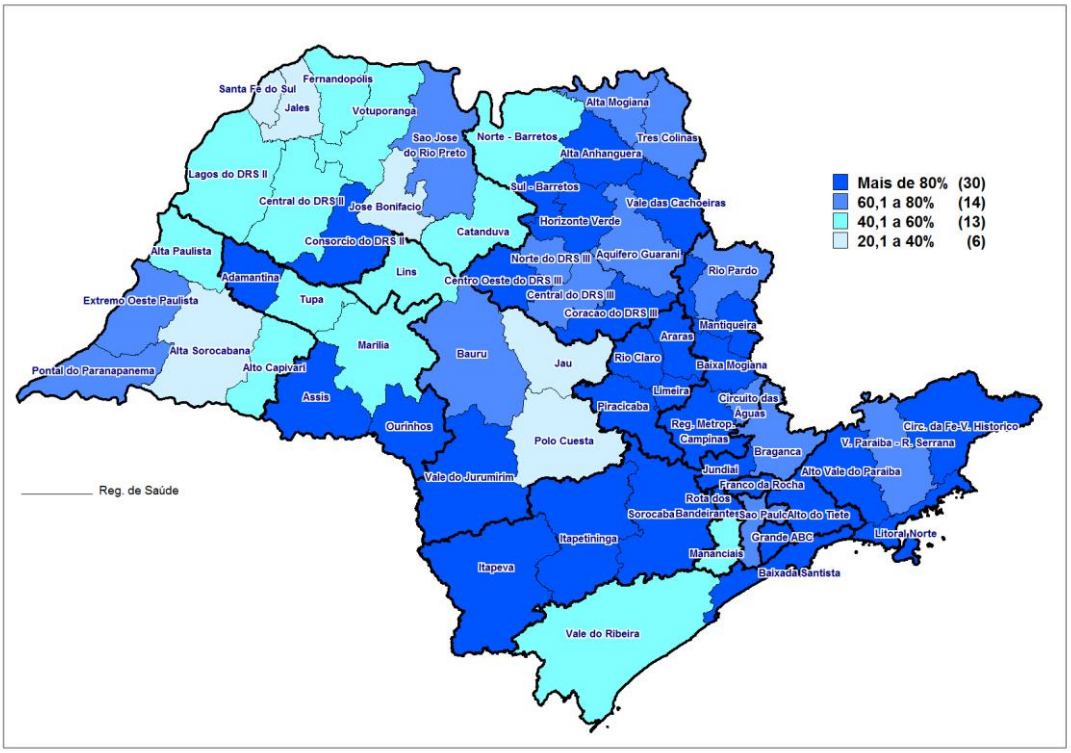
Gráfico 13: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo. 2008 a 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Na Figura 14, podemos observar que apenas 9,5% (6) das regiões de saúde tem entre 20% e 40% dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade sob gestão municipal. São as regiões de Jaú, Polo Cuesta, José Bonifácio, Alta Sorocabana, Jales e Santa Fé do Sul. Cerca de 48% (30) das regiões apresentam mais de 80% dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade sob gestão municipal. Conforme já explicitado anteriormente a assistência de média complexidade ambulatorial foi onde se observou os maiores percentuais de gestão municipal e isto também se reflete entre as regiões de saúde. Todas as regiões apresentaram mais de 20% dos procedimentos realizados sob gestão dos municípios.

Figura 14: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

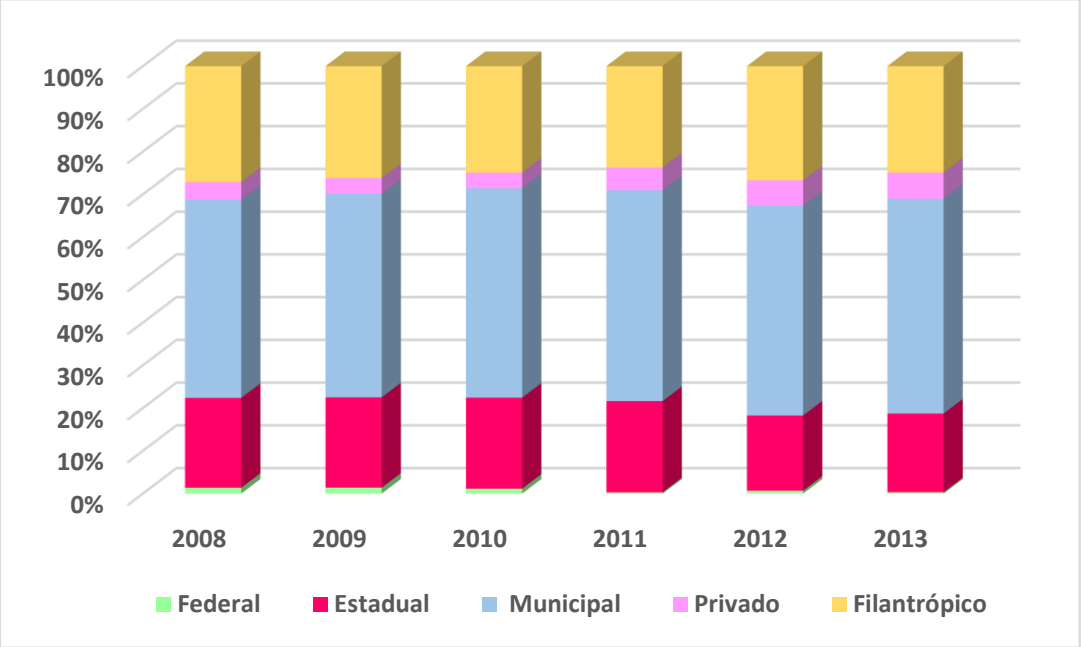


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Quando se analisa a natureza do estabelecimento que realiza os procedimentos de média complexidade ambulatorial, no Gráfico 14 observa-

se que, em 2008, 69% dos procedimentos foram realizados por estabelecimentos públicos. Este percentual se mantém constante até 2013, onde 50% se destina aos procedimentos realizados pelos estabelecimentos públicos municipais e 19% nos estabelecimentos públicos estaduais.

Gráfico 14: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013.

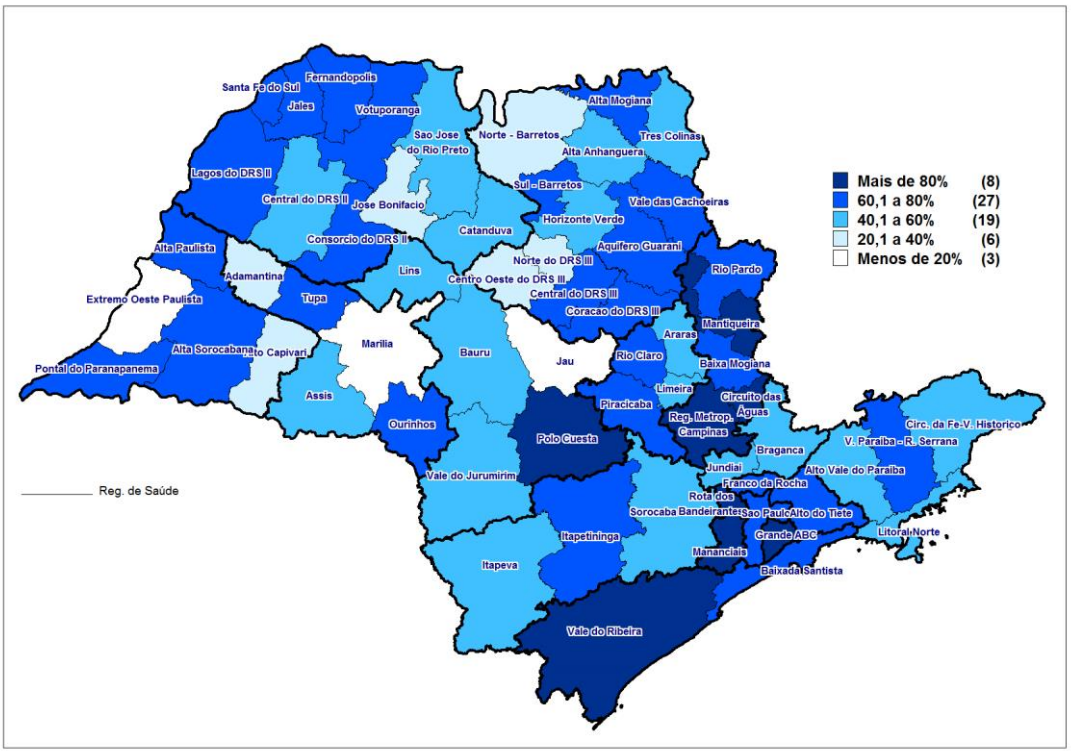


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Os estabelecimentos privados realizaram em 2008 cerca de 31% dos procedimentos de média complexidade ambulatorial, sendo que 27% deles por estabelecimentos privados sem fins lucrativos, ou filantrópicos Estes percentuais também se mantem constantes ao longo dos anos analisados.

Ao analisarmos o percentual de procedimentos de média complexidade ambulatorial realizados em estabelecimentos de natureza pública verificamos, na Figura 15, que apenas 3 regiões apresentam percentual menor que 20%. São as regiões de Jaú, Marília e Extremo Oeste Paulista.

Figura 15: Percentual de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, realizados em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

O restante das regiões está dividido conforme a seguir: 9,5% delas (6) apresentam o percentual entre 20,1 e 40%; 30% (19) entre 40,1 e 60%; 43% (27) entre 60,1 e 80%.

Em 2013, 13% (8) das regiões apresentam mais de 80% dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, realizados em estabelecimentos de natureza pública. São as regiões do Vale do Ribeira, Mananciais, Rota dos Bandeirantes, Grande ABC, Polo Cuesta, Região Metropolitana de Campinas, Mantiqueira e Circuito das Águas. Estas regiões que apresentam grande número de procedimentos realizados em estabelecimentos públicos municipais.

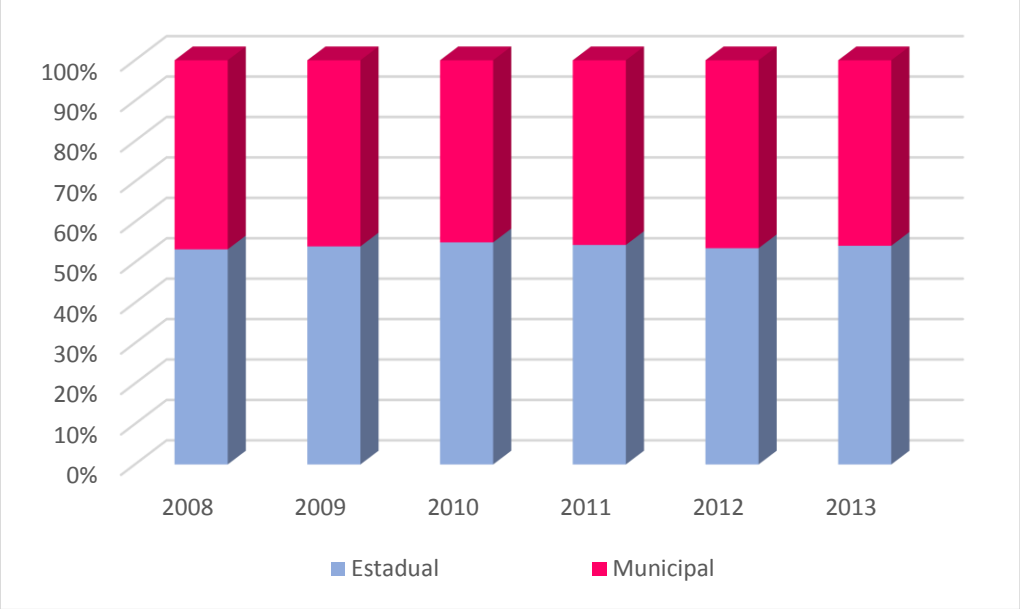
6.1.2.2 Assistência Ambulatorial de Alta Complexidade

Conforme já dito anteriormente, para o cálculo da análise do percentual de procedimentos de alta complexidade ambulatorial segundo a gestão e tipo de prestador foi utilizado somente os anos de 2008 a 2013 por não haver no banco de dados do DATASUS a especificação da complexidade do procedimento em anos anteriores.

Cabe salientar que, conforme dito anteriormente, o grupo de medicamentos foi excluído do estudo.

No Gráfico 15, observa-se que o percentual de procedimentos de alta complexidade ambulatorial sob gestão municipal se mantém entre 45 e 46% de 2008 a 2013.

Gráfico 15: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, segundo a gestão. Estado de São Paulo. 2008 a 2013.



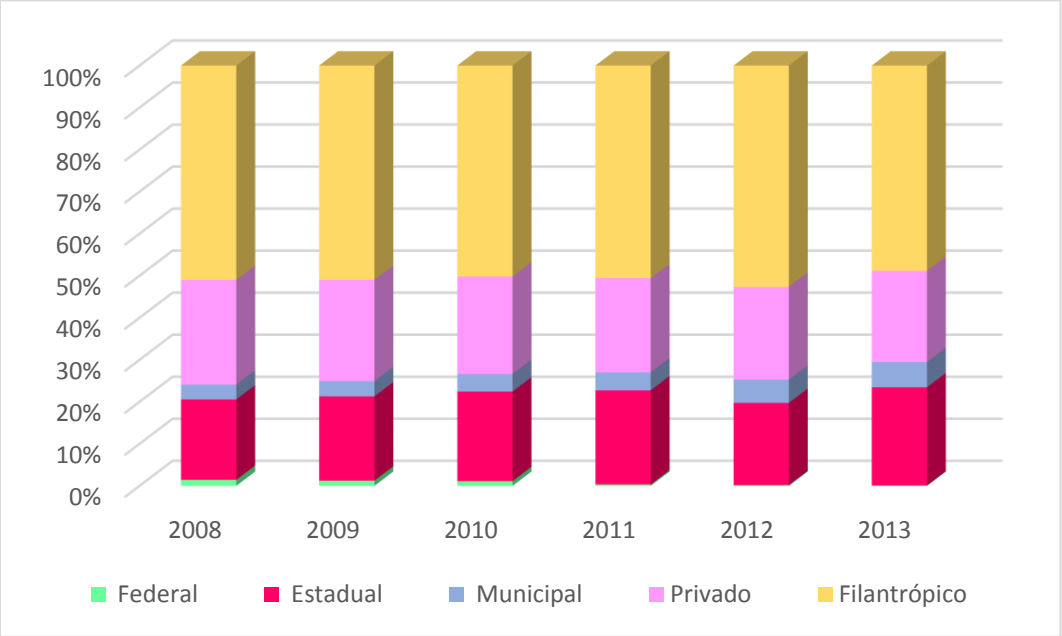
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

No período de 2008 a 2013 o número de procedimentos de alta complexidade ambulatorial sob gestão municipal cresceu em 28%, enquanto sob gestão estadual cresce em 33%.

No Gráfico 16 verificamos que entre 24% e 29% dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial são realizados por prestadores públicos,

sendo na sua maioria públicos estaduais (entre 19% e 23%) entre os anos analisados. O restante é realizado por estabelecimentos privados (entre 70% e 75%), na sua maioria por estabelecimentos privados sem fins lucrativos (entre 49% e 53%) e também por estabelecimentos privados com fins lucrativos (22% a 25%). A assistência de alta complexidade ambulatorial apresenta um cenário bem diferente do apresentado na média complexidade ambulatorial, onde grande parte dos procedimentos foram realizados por estabelecimentos públicos.

Gráfico 16: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade ambulatorial, segundo a natureza do prestador. Estado de São Paulo, 2008 a 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

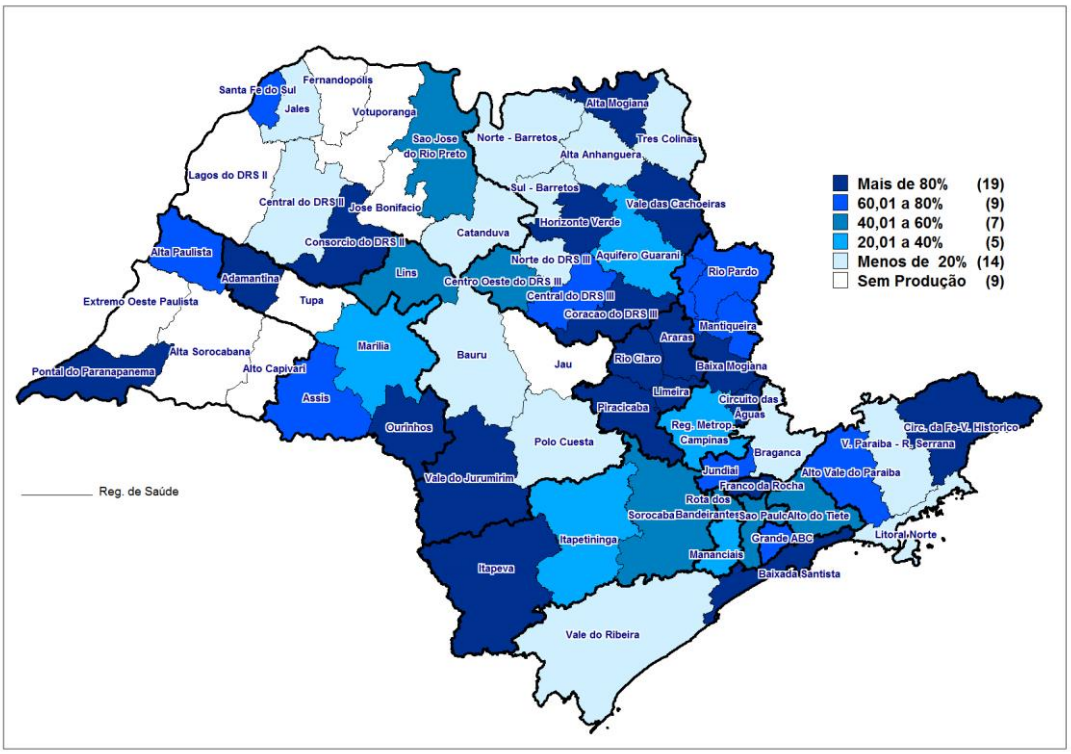
Na alta complexidade ambulatorial, foi observado o maior percentual de procedimentos realizados em estabelecimentos privados, com fins lucrativos. São destinados, em grande parte ao atendimento da terapia renal substitutiva (TRS) e exames de imagem, contratados pelos gestores municipal e estadual.

A Figura 16 apresenta o percentual de procedimentos de alta complexidade ambulatorial, sob gestão municipal, nas regiões de saúde.

Verifica-se que 35% (23) das regiões de saúde tem menos de 20% dos procedimentos sob gestão municipal, sendo que destas, 9 regiões nem apresentam produção de alta complexidade ambulatorial em seu território. Cerca de 19% das regiões apresentam entre 20 e 50% de procedimentos sob gestão municipal e 15% delas apresentam o percentual entre 50 e 80%.

As regiões com mais de 80% de procedimentos de alta complexidade ambulatorial, sob gestão municipal totalizam-se em 19 e representam 30% do total das regiões. Destas, 7 regiões apresentaram 100% dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade sob gestão municipal, em 2013. São as regiões do Coração do DRS III, Circuito das Águas, Adamantina, Horizonte Verde, Vale das Cachoeiras, Araras e Pontal do Paranapanema.

Figura 16: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade sob gestão municipal. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



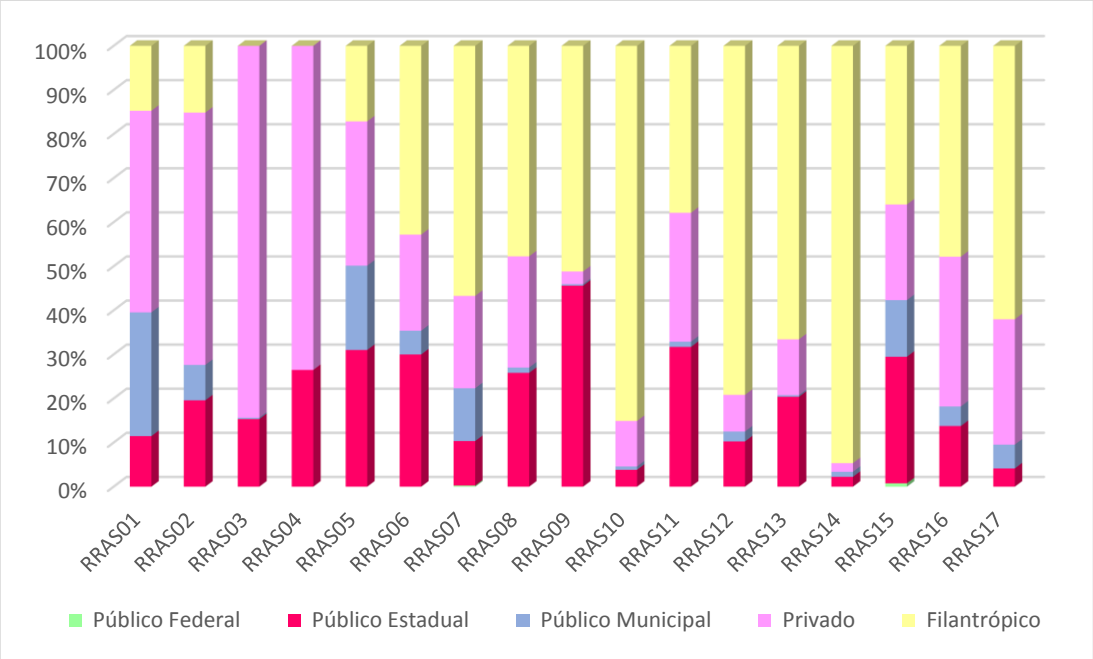
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Ao analisarmos o percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados, segundo a natureza do prestador verifica-se, no Gráfico 17, um cenário bem diverso da média complexidade ambulatorial.

O maior percentual de procedimentos de alta complexidade ambulatorial realizados em estabelecimentos públicos foi 50%, da RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes), seguida pela RRAS 09 (regiões de Bauru), com 45%, da RRAS 15 (regiões de Campinas), com 41%. O restante das RRAS apresentou em 2013 menos de 40% dos procedimentos realizados por equipamentos públicos.

Diferentemente de outros resultados verificados anteriormente, na análise da natureza do estabelecimento que realiza os procedimentos de alta complexidade ambulatorial, um grande percentual de procedimentos realizados em estabelecimentos privados com fins lucrativos foi observado.

Gráfico 17: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, segundo a natureza do prestador. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Neste sentido, destacam-se as RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo (RRAS 01 a 05), que concentram um grande percentual

de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade em estabelecimentos privados com fins lucrativos, variando entre 33%, na RRAS 06 (município de São Paulo) e 83%, na RRAS 03 (Franco da Rocha).

O percentual de procedimentos de alta complexidade ambulatorial, realizados em estabelecimentos filantrópicos varia muito entre as RRAS. Os maiores percentuais foram observados nas RRAS 14 (regiões de Piracicaba), que apresentou, em 2013, um percentual de 95%; e na RRAS 10 (regiões de Marília), com percentual de 85% dos procedimentos.

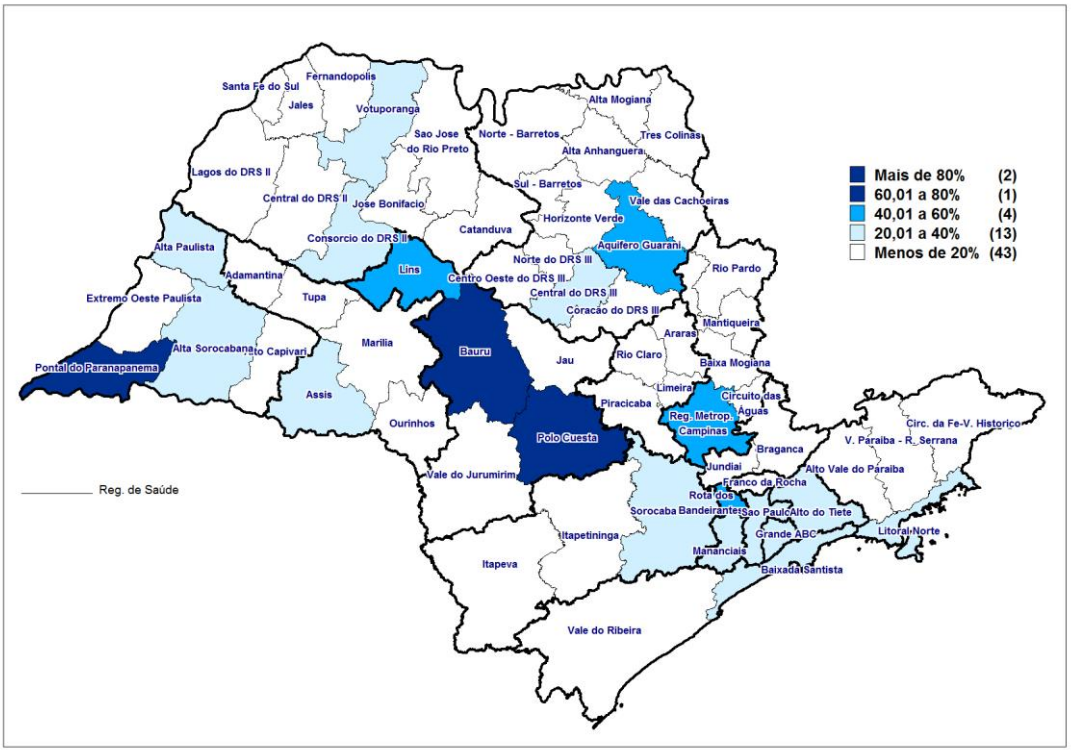
Na Figura 17, verificamos que na assistência de alta complexidade ambulatorial, poucas regiões têm predominância dos procedimentos realizados em estabelecimentos públicos.

De todas as regiões, cerca de 68% delas (43) realizaram, em 2013, menos de 20% dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade em estabelecimentos públicos; 21% (13) entre 20% e 40%; 6% (4), entre 40% e 60%.

A região do Pontal do Paranapanema realizou, em 2013, cerca de 68% dos procedimentos em estabelecimentos públicos. São procedimentos realizados em estabelecimento público municipal, mas em número insignificante para a região, havendo dependência de outras regiões, para complementar a assistência a seus munícipes.

As regiões de Bauru e Polo Cuesta, realizaram 98% e 100% respectivamente, dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial em estabelecimentos públicos. A região de Bauru, tem um grande número de procedimentos realizados em estabelecimento público estadual, embora este seja gerenciado por Organização Social. Na região de Polo Cuesta, também há predomínio do estabelecimento público estadual, mas de caráter universitário.

Figura 17: Percentual de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, realizados em estabelecimentos de natureza pública. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Conforme vimos neste capítulo, a gestão municipal se apresentou de forma bem diversa, quando comparamos a assistência hospitalar e assistência ambulatorial.

A assistência ambulatorial teve um maior avanço na descentralização para os municípios, em especial na média complexidade, mas ainda visualizamos regiões com a presença marcante da assistência estadual.

Na assistência ambulatorial observou-se uma maior participação de estabelecimentos públicos, sobretudo na média complexidade. Na alta complexidade ambulatorial a presença de estabelecimentos privados com e sem fins lucrativos ainda é marcante.

A assistência hospitalar ainda é marcada por estabelecimentos de natureza privada, em sua maioria sem fins lucrativos e também por estabelecimentos públicos gerenciados por Organizações Sociais de Saúde.

No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações, prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde" (BRASIL, 2011).

Conforme explicitado pelo COSEMS/SP (2009), as reformas no Estado de São Paulo, mostram um movimento de descentralização e regionalização anterior ao SUS, que tendem a reforçar a supremacia da instância estadual sobre a federal. As reformas estabelecidas após a criação do SUS não lograram redefinir a lógica da regionalização sob uma perspectiva de efetiva descentralização de poder para as esferas municipais. Neste sentido, a centralidade da gestão estadual enfraquece a implementação de diretrizes da descentralização, com a municipalização necessária ao ideário do SUS, que as Normas Operacionais, pretenderam mobilizar.

No próximo capítulo, analisaremos o índice de dependência no Estado de São Paulo, bem como sua relação com o percentual de gestão municipal.

6.2 O ÍNDICE DEPENDÊNCIA

O Índice de dependência foi criado pela Organização Mundial de Saúde – OMS na década de 90 no intuito de realizar estudos de áreas de influência. Neste estudo utilizou-se o índice de dependência para estimar o quanto a população de cada região de saúde do Estado de São Paulo depende de outras regiões de saúde.

Mesmo que algumas regiões possam apresentar grandes dependências, se houver algum outro fator que as justifique, podem se manter como espaço “vivo”, de planejamento de ações. Para isso, há a necessidade de que o pacto entre regiões de saúde, seja bem definido, garantindo assim a integralidade da assistência num outro território. Esta pactuação deve ser estabelecida e operacionalizada pelas Comissões Intergestores Regionais, e deve garantir mecanismos de planejamento regional, programação de ações e serviços de saúde, instrumentos efetivos de regulação do acesso, transporte eletivo e/ou de urgência, de modo a garantir o acesso à assistência, com equidade e em tempo oportuno, efetivando assim, o cuidado integral em saúde.

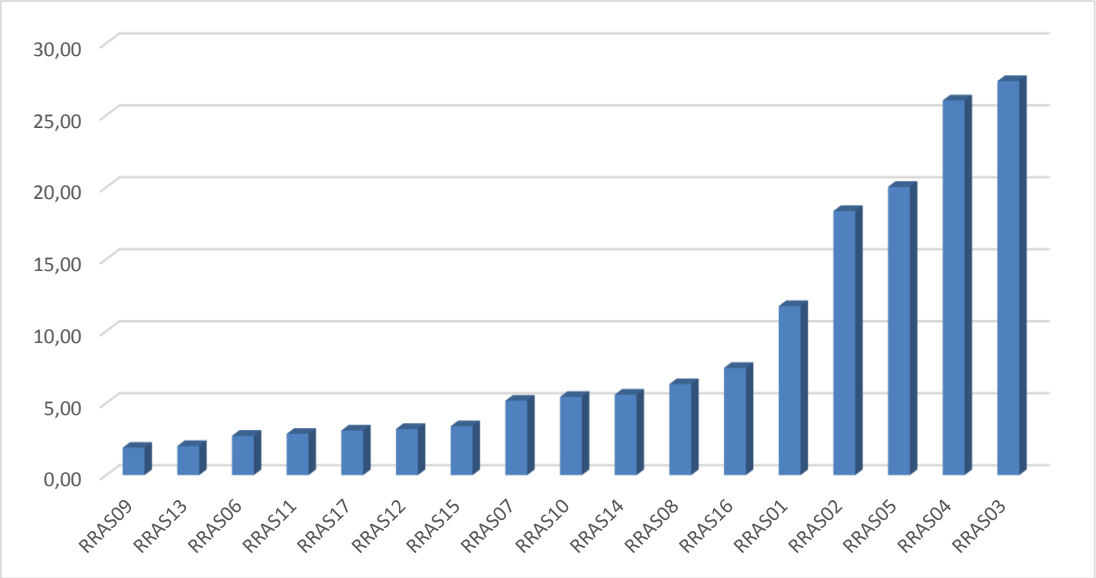
O acesso à atenção básica, presente em 100 % dos municípios, bem como a necessidade de que se efetive a resolutividade de cerca de 80% dos problemas de saúde, neste nível de atenção, é primordial para que se diminua a sobrecarga para a atenção especializada, com vistas à equidade no acesso e integralidade do cuidado.

6.2.1 O Índice de Dependência na Assistência Hospitalar

Para a análise do índice de dependência na assistência hospitalar foram utilizadas as quatro clínicas básicas: clínica médica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica. Neste sentido, foram descartadas todas as internações psiquiátricas, de pacientes crônicos e hospital dia pois seguem uma dinâmica diversa de atendimento e poderiam distorcer o estudo das regiões.

No Gráfico 18, podemos observar que o índice de dependência de média e alta complexidade hospitalar é bem diverso nos territórios das RRAS.

Gráfico 18: Índice de dependência de média e alta complexidade hospitalar. RRAS do Estado de São Paulo, 2013**.**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

Nesta análise podemos destacar que os maiores índices são observados nas RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo. As RRAS 03 (Franco da Rocha) e RRAS 04 (Mananciais) foram os territórios que apresentaram os maiores índices, tendo mais de 25% de dependência de outras regiões. São RRAS que apresentam percentual de gestão municipal de 19% e 39% respectivamente.

Estes territórios são seguidos pelas RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes) e RRAS 02 (Alto do Tietê), com um valor de 20% e 18% respectivamente. A RRAS 01 (Grande ABC) apresentou em Índice de dependência de 12%. As demais RRAS apresentaram índices de dependência menores que 10%, em 2013.

Cabe salientar, que o maior destino das internações de média e alta complexidade das RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP) é a Cidade de São Paulo, o que é comum em territórios de conurbação urbana, como o da Região Metropolitana de São Paulo.

O município de São Paulo recebe pacientes de praticamente todo o Estado de São Paulo, assim como de outros Estados da Federação. Sua área de influência direta são os municípios da RMGSP, Baixada Santista, Sorocaba, Taubaté e Registro (IBANEZ, VIANA & ELIAS, 2009).

Para MENDES et al (2015), os deslocamentos pendulares, que representam pessoas que se deslocam periodicamente para trabalhar ou estudar em municípios diferentes de sua residência, fazem parte da estratégia de sobrevivência de um contingente da população brasileira e não se limitam às grandes aglomerações urbanas. A investigação de fluxos não direcionadas diretamente à assistência à saúde pode contribuir para a elaboração de reflexões que auxiliem a identificação de territórios que apresentem maior coerência com a lógica social e econômica regional, contribuindo assim para a construção de regiões de saúde com maior integração municipal na gestão das ações e serviços de saúde.

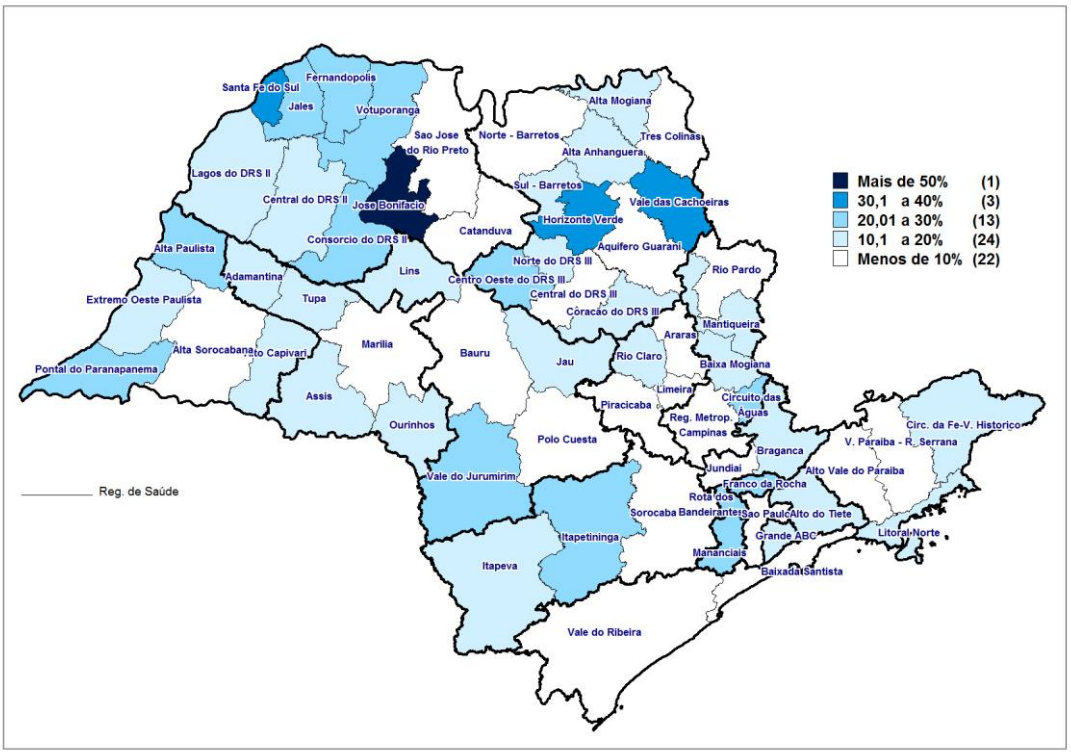
Quando se analisa o índice de dependência de média e alta complexidade hospitalar nas regiões de saúde verificamos, na Figura 18, que 35% das regiões (22) tem menos de 10% de dependência de outras regiões. Destas, 9 regiões apresentam índice de dependência menor que 5%, indicando uma melhor resolubilidade de sua população em seu próprio território. Entretanto, 24 regiões (38%) apresentam um Índice entre 10,1 e 20%; 12 regiões (19%) apresentam um índice entre 20,1 e 30%.

As regiões de Horizonte Verde, Santa Fé do Sul e Vale das Cachoeiras apresentaram, em 2013, um índice de dependência entre 30,1%

e 40%. Vale ressaltar que, neste mesmo período, apesar de apresentarem um percentual de gestão municipal nas internações de média e alta complexidade maior que 80%, as regiões do Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde, ainda tem grande dependência de outras regiões para atender seus munícipes.

A Região de José Bonifácio apresentou o maior índice de dependência, que ficou em 54%, indicando que nesta região há uma baixa resolubilidade na assistência de média e alta complexidade hospitalar. Toda a produção desta região é realizada por estabelecimentos sob gestão estadual.

Figura 18: Índice de dependência na média e alta complexidade hospitalar. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

De uma forma geral, no Estado de São Paulo, 46 regiões (73%) conseguem resolver até 80% de sua atenção hospitalar em seu território, demonstrando um potencial de resolubilidade.

Há que se considerar que a dependência pode estar relacionada com alguma especialidade ou procedimento específico. Também é importante salientar que, como o índice de dependência foi observado na região de saúde, é possível que haja desigualdades na utilização dos serviços entre os municípios da região ou seja, a dependência da região não reflete a dependência individual de cada município contido nela.

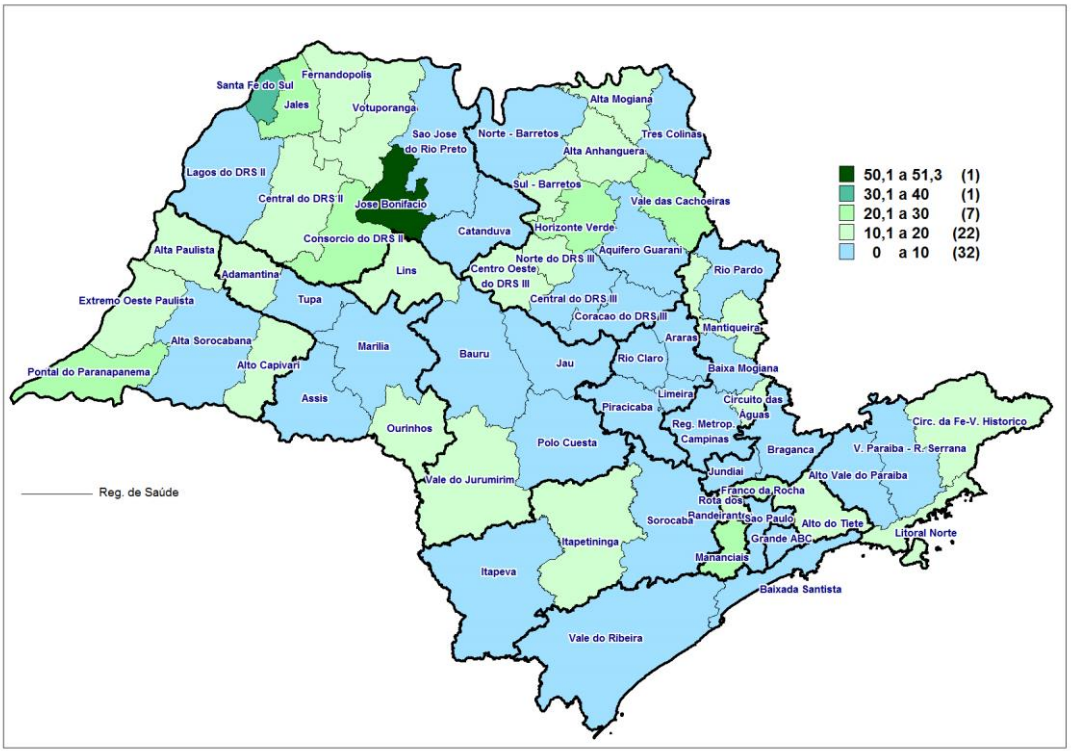
Estudos mais específicos, podem detalhar as necessidades específicas de cada região, de modo a orientar investimentos futuros.

6.2.1.1 O Índice de Dependência na Assistência Hospitalar de Média Complexidade

Quando se analisa o índice de dependência da média complexidade hospitalar nas regiões de saúde, podemos visualizar um cenário um pouco mais homogêneo, com algumas exceções (Figura 19).

A grande maioria das regiões de saúde, que representam 86% (54) delas apresentam um índice de dependência menor que 20%. Das 54 regiões, 32 delas, ou seja, 49% do total apresentam um índice de dependência menor que 10%.

Figura 19: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Mas em 2013, 14% (9) das regiões ainda tem índices maiores que 20%. Destas, 7 regiões, apresentaram um índice de dependência entre 20% e 30%. São as regiões dos Mananciais, Franco da Rocha, Jales, Pontal do Paranapanema, Horizonte Verde, Vale das Cachoeiras, Consórcio do DRS II. A região de Santa Fé do Sul apresentou, em 2013, índice de dependência de 31% e a região de José Bonifácio 51%.

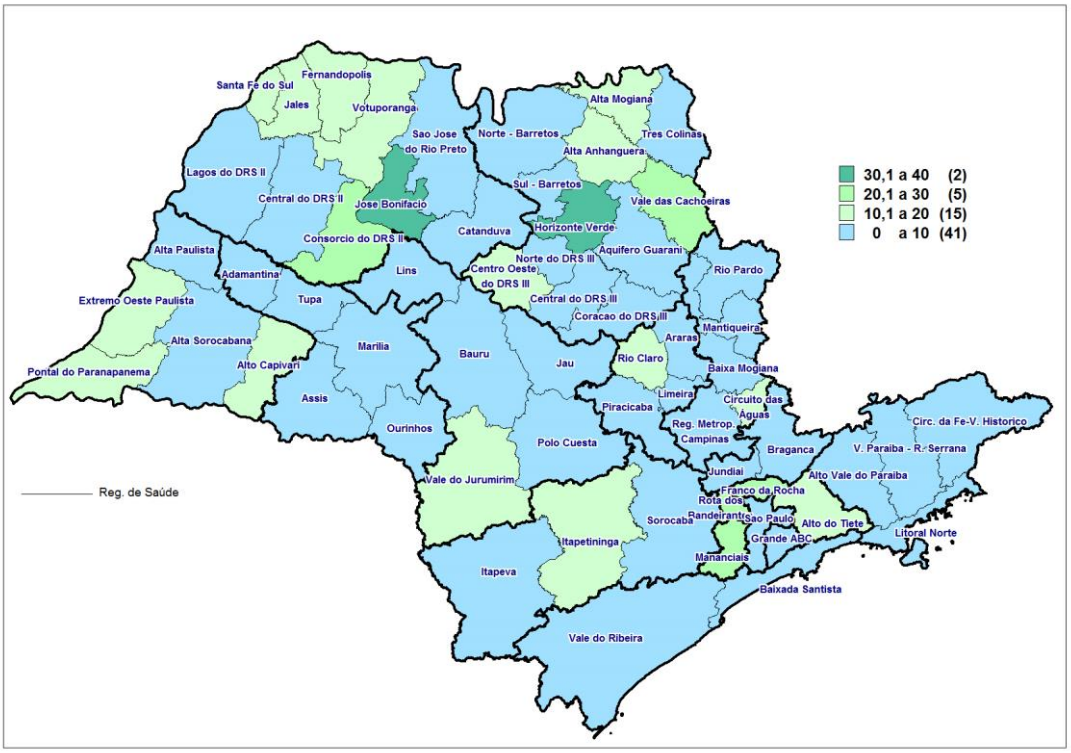
Grandes índices de dependência podem indicar pouco acesso no município de residência, em decorrência de pouca capacidade instalada ou até uma preferência por parte da população em utilizar serviços em regiões com maior densidade tecnológica. Neste sentido, a dependência de serviços de média complexidade hospitalar deve ser mínima, de modo a não comprometer o atendimento aos próprios munícipes da região onde o paciente é atendido.

Regiões de saúde com índices de dependência muito elevados, a não ser que tenham características territoriais muito específicas, de difícil acesso, por exemplo, precisam ter seus desenhos revistos, ou investimentos em capacidade instalada, de modo a garantir o acesso de forma mais equânime no território, evitando assim, deslocamentos desnecessários, que acabam por acarretar custos financeiros e sociais à população adscrita.

A seguir, o índice de dependência da média complexidade hospitalar será apresentado em cada umas das clínicas básicas: clínica médica, clínica pediátrica, clínica obstétrica e clínica cirúrgica.

Na Figura 20, observa-se que 65% (41) das regiões de saúde apresentam um índice de dependência menor que 10%. Destas 41 regiões, 17 delas tem um índice de dependência menor que 5%. Todavia, ainda temos 8% (5) das regiões que apresentam entre 20 e 30% de dependência e as regiões de Horizonte Verde e José Bonifácio que apresentam índices de 31,4 % e 34,25% respectivamente.

Figura 20: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica médica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.

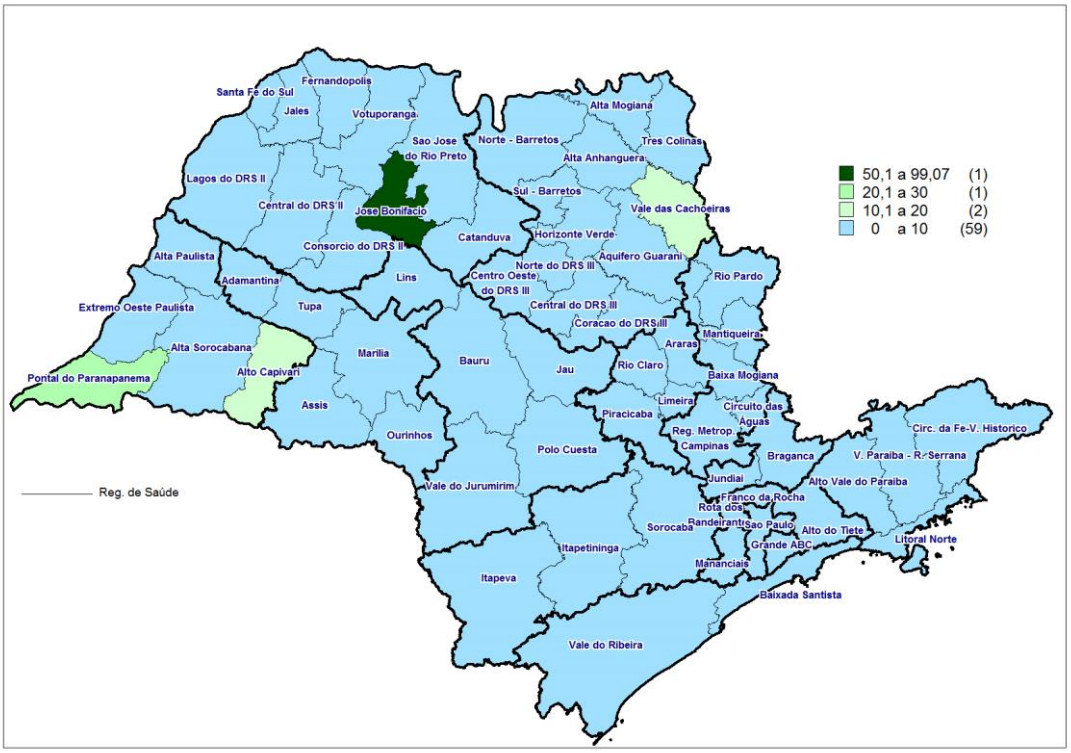


Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Nas internações de clínica obstétrica de média complexidade as regiões de saúde apresentaram os menores índices de dependência, como podemos visualizar na Figura 21. Das 63 regiões analisadas, cerca de 94% (59) delas apresentaram índices de dependência menores que 10%, sendo que 70% (44) apresentaram índices menores que 5%. Estes percentuais nos indicam que as regiões, em geral, tiveram uma boa resolubilidade de seus pacientes na clínica obstétrica, no ano de 2013. Apesar disto, ainda temos regiões que dependem em 18%, como é caso do Vale das Cachoeiras, em 27% no Pontal do Paranapanema.

A região de José Bonifácio, depende em 99% nas internações de clínica obstétrica. Neste sentido, é necessário verificar se há pactos inter-regionais suficientes para que as gestantes residentes nesta região não fiquem desassistidas, no atendimento de suas necessidades

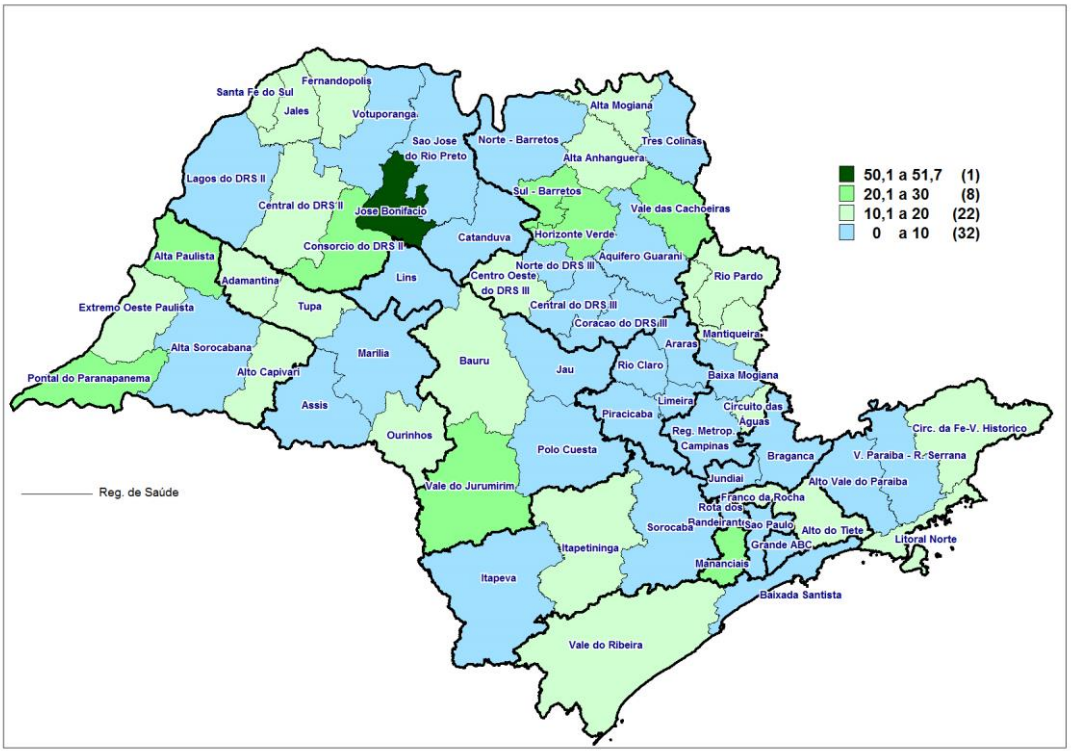
Figura 21: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica obstétrica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013**.**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Na Figura 22, podemos observar que o índice de dependência nas internações de média complexidade na clínica pediátrica, não é tão pequeno e homogêneo nas regiões de saúde quanto na clínica obstétrica. As regiões que apresentaram o índice de dependência menor que 10% somam-se 32 e representam 51% do total das regiões. Mas apenas 15 regiões (24%) apresentam índice menor que 5%. Cerca de 35% (22) das regiões apresentam um índice de dependência entre 10,1% e 20%; 8 regiões (13%) apresentaram índices entre 20,1 % e 30%; e a região de José Bonifácio apresentou em 2013 o maior índice de 2013 na clínica pediátrica de média complexidade, que é de 51,7%.

Figura 22: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica pediátrica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



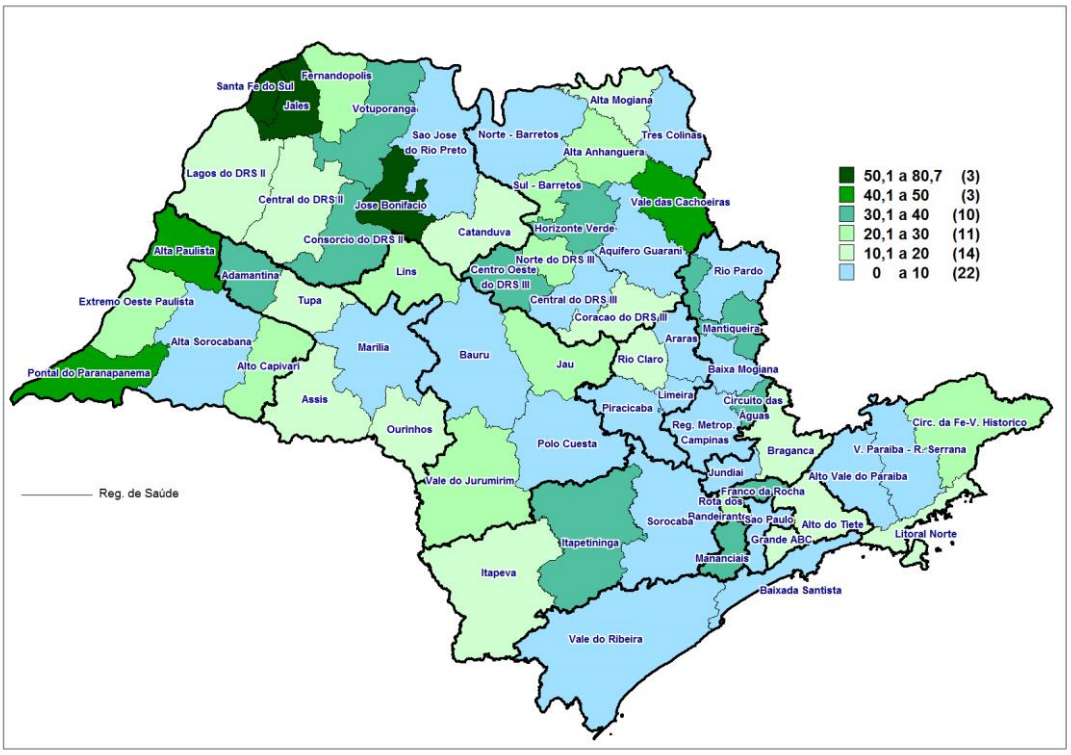
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Na análise da clínica cirúrgica o cenário é bem diverso das demais (Figura 23). Foi a clínica de média complexidade em que as regiões apresentaram os maiores índices de dependência. Somente 22 regiões de saúde (35%) apresentaram um Índice de Dependência menor que 10%, sendo que apenas 16% (10) menores que 5%. As regiões com índice entre 10,1% e 20% somam-se 14 e representam 22% do total de regiões de saúde, seguidas por 11 regiões que apresentam índices entre 20, 1 e 30%.

Ainda assim, 16% das regiões (10) apresentaram índices entre 30,1% e 40%. A região de Alta Paulista apresentou um índice de 48% e as regiões de Pontal do Paranapanema e Vale das Cachoeiras apresentaram índices de 49%. Novamente a região que apresentou o maior índice de dependência foi a região de José Bonifácio que, em 2013, nas internações de clínica

cirúrgica de média complexidade, apresentou um índice de dependência de 80,68%.

Figura 23: Índice de dependência de média complexidade hospitalar. Clínica cirúrgica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

Na assistência de média complexidade hospitalar, ainda verificamos dependências importantes de regiões da Região Metropolitana de São Paulo, como a Rota dos Bandeirantes, Mananciais e Franco da Rocha, que dependem em grande parte de acesso à assistência no município de São Paulo.

As maiores dependências no interior do estado foram observadas nas regiões do Vale das Cachoeiras, Santa Fé do Sul, Pontal do Paranapanema, Horizonte Verde e principalmente na região de José Bonifácio. A grande dependência observada nesta região, que chega a 99%, na clínica obstétrica, poderia até inviabilizá-la como região de saúde, a não ser que haja características territoriais bem claras, que justifiquem sua existência.

É necessário esclarecer que, como não há possibilidade de se estudar o índice de dependência na média complexidade ambulatorial, devido à falta de registros da residência do paciente, não há como se ter o retrato completo de toda a assistência nas regiões de saúde.

O Termo de Referência que balizou a construção das regiões de saúde no Estado de São Paulo, recomendava que as regiões pudessem garantir em seu território ao menos uma parte da média complexidade. Apesar da recomendação, a validação destes territórios regionais de saúde considerou outros fatores, inerentes ao processo de regionalização, em detrimento da oferta de serviços, e foi realizada de forma compartilhada entre municípios e a SES.

O estudo apontou que algumas regiões ainda apresentam grande dependência, de outras regiões, na busca do atendimento integral a seus residentes. É importante ressaltar que regiões mais dependentes, devem ter seus pactos inter-regionais fortalecidos, para que sua população adscrita tenha seu acesso aos serviços de saúde em outras regiões, de modo a garantir o cuidado integral.

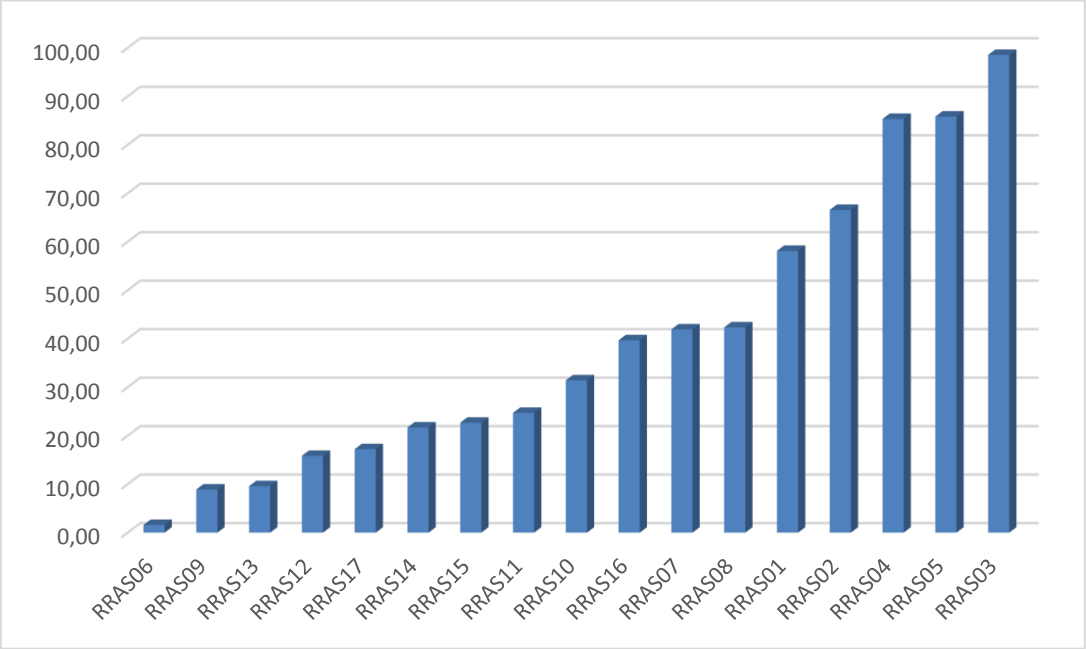
6.2.1.2 O Índice de Dependência na Assistência Hospitalar de Alta Complexidade

Na assistência de alta complexidade o índice de dependência foi analisado no seu componente total e nos componentes de clínica cirúrgica e pediátrica. As clínicas médica e obstétrica foram desprezadas pois não apresentaram produção suficiente para análise.

As RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo foram novamente os territórios que apresentaram os maiores índices, conforme se observa no Gráfico 19. A RRAS 03 (Franco da Rocha) apresentou o maior índice, em torno de 99%, seguida pela RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes) e RRAS 04 (Mananciais), com aproximadamente 85%; RRAS 02 (Alto do Tietê), com 67% e RRAS 01 (Grande ABC), com 58% de dependência de outras RRAS. As RRAS 08 (Sorocaba) e RRAS 07 (Baixada Santista e Vale do Ribeira) dependem em 42% de outras e a RRAS 16 (Bragança e Jundiaí) em 40%.

Na análise do índice de dependência da assistência hospitalar de alta complexidade, o cenário é bem distinto e os índices observados são bem mais elevados, em relação à média complexidade hospitalar. Novamente os maiores índices foram encontrados nas RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo, que variou entre 58% e 99%. Este cenário é bem preocupante, dado que são regiões muito populosas, e tem uma grande dependência do município de São Paulo na assistência de alta complexidade. As RRAS 08 (Sorocaba), RRAS 07 (Baixada Santista e Vale do Ribeira), que utilizam muitos serviços do Município de São Paulo, assim como a RRAS 16 (regiões de Bragança e Jundiaí), que utiliza, de forma significativa, os serviços da Região Metropolitana de Campinas, apresentaram índices em torno de 40%, ampliando ainda mais a utilização de serviços na Capital e no município de Campinas, principalmente.

Gráfico 19: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.

Importante salientar que algumas regiões/RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo, já apresentam grande dependência de outras regiões na assistência de média complexidade hospitalar. Esta dependência se amplia ainda mais na alta complexidade, evidenciando a fragilidade da rede de atenção à saúde nestas regiões, com baixa oferta a seus munícipes, que dependem, em grande parte da Capital, para resolver seus problemas de saúde.

A situação acaba por ficar ainda mais complexa, dado que há uma grande deficiência em pactuar referências e estabelecer processos regulatórios para procedimentos eletivos no Estado de São Paulo, dificultando assim o planejamento de ações para a efetivação do cuidado integral.

O maior destino das internações alta complexidade das RRAS da Região Metropolitana também é a Cidade de São Paulo. Uma das causas dos deslocamentos para a Capital é a busca pela concentração de tecnologias, que faz com que muitos usuários da RMGSP principalmente, de

outras regiões do estado, e até mesmo de outros estados procurem os estabelecimentos de saúde no município de São Paulo.

A concentração de tecnologias no município de São Paulo, perpetuadora de distorções, necessita de estratégias, que exigiria a desconcentração de equipamentos de saúde, com vistas à promoção da equidade e racionalização, evitando assim deslocamentos desnecessários com a ampliação de serviços de qualidade nos municípios da Região Metropolitana, que abrigam uma parte considerável da população do estado.

A curto prazo, há a necessidade de mecanismos efetivos de pactuação da assistência e regulação do acesso para a efetivação da integralidade da assistência, com equidade.

As RRAS 14 (Limeira, Piracicaba, Rio Claro e Araras), RRAS 15 (Regiões de Campinas e São João da Boa Vista), RRAS 11 (Regiões de Presidente Prudente) e RRAS 10 (Regiões de Marília) apresentaram índices de dependência entre 20% e 35%.

Somente 5 RRAS tiveram, em 2013 índices de dependência menores que 20%. São as RRAS 6 (São Paulo), RRAS 09 (Regiões de Bauru), RRAS 13 (Regiões de Barretos e Araraquara), RRAS 12 (Regiões de São José do Rio Preto e Araçatuba) e RRAS 17 (Regiões do Vale do Paraíba).

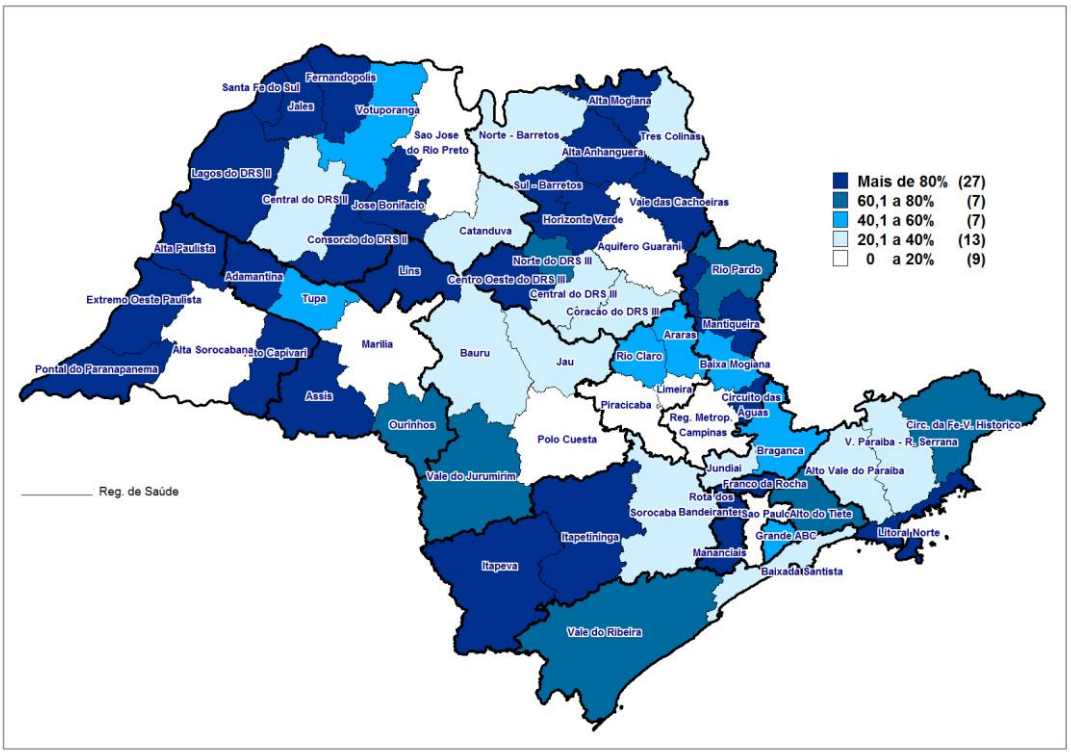
Nestas regiões há uma concentração de estabelecimentos hospitalares universitários e especializados, que acabam por atrair, inclusive pacientes de outros estados, em busca da tecnologia especializada.

Ao analisar o índice de dependência de alta complexidade hospitalar nas regiões de saúde, verificamos que apenas 14% (9) delas apresentam índices de dependência menores que 20% (Figura 24). São as regiões de São Paulo, Aquífero Guarani, São José do Rio Preto, Alta Sorocabana, Marília, Polo Cuesta, Região Metropolitana de Campinas, Piracicaba e Limeira. São regiões onde estão localizados importantes estabelecimentos universitários, que concentram atendimentos de alta complexidade.

No restante das regiões, 21% (13) delas apresentaram o índice de dependência entre 20,1 e 40%; 11% (7) entre 40,1 e 60%; 11% (7) entre 60,1 e 80% e 43% (27) das regiões apresentam mais de 80% de

dependência de outras regiões. Destas, 12 regiões apresentaram dependência de praticamente 100% nas internações de alta complexidade.

Figura 24: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

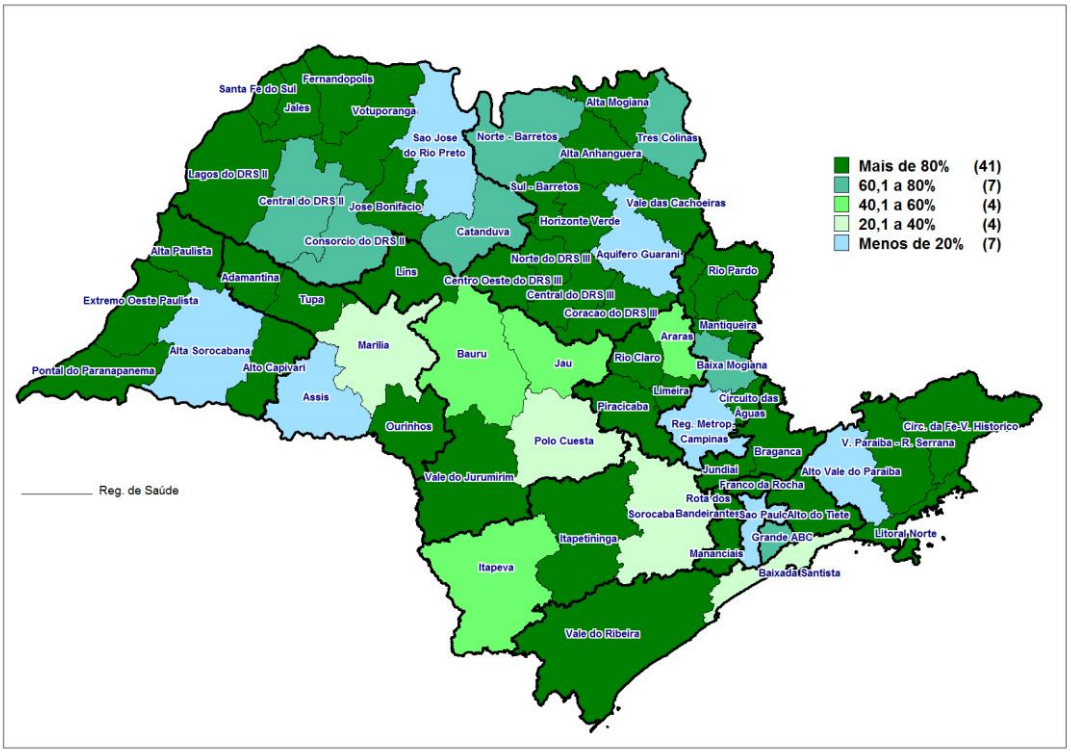
A Figura 25, apresenta o índice de dependência da clínica pediátrica na alta complexidade hospitalar. Verifica-se que nesta clínica, os índices de dependência são bem significativos.

De todas as regiões de saúde, somente 9 regiões (14%) apresentaram, em 2013, índices de dependência menores de 20%. São as regiões de São José do Rio Preto, São Paulo, Aquífero Guarani, Alta Sorocabana, Região Metropolitana de Campinas, Assis e Alto Vale do Paraíba. Como já dito anteriormente, são regiões que possuem concentração de tecnologias especializadas em seu território.

Na faixa entre 20,1% e 40% de dependência, 4 regiões (6%) estão compreendidas; na faixa entre 40,1 e 60%, também 4 regiões (6%) estão

compreendidas. Das regiões analisadas, 10% (6) delas apresentaram o índice de dependência entre 60,1 e 80%. A maioria das regiões (41), que representam 65% delas, apresentaram índices maiores que 80% nas internações de clínica pediátrica de alta complexidade.

Figura 25: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. Clínica pediátrica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013**.**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

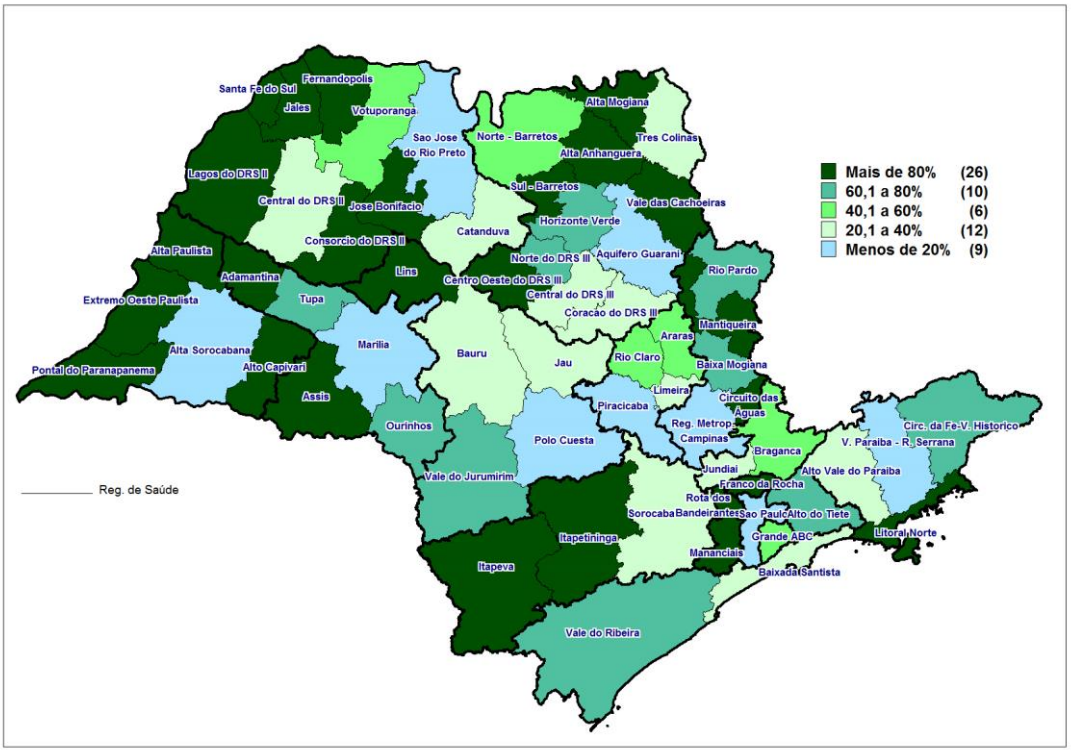
A assistência hospitalar pediátrica de alta complexidade, ainda convive com um grande vazio assistencial no país como um todo e necessita um olhar especial para a ampliação da capacidade instalada e de mecanismos rigorosos de regulação, dada a escassez da oferta no território.

Nas internações de clínica cirúrgica de alta complexidade, quando observamos o comportamento das regiões de saúde visualizamos uma grande heterogeneidade no estado, conforme Figura 26.

Das 63 regiões de saúde do estado, 14% (9), apresentaram índices de dependência menores que 20%; 19% das regiões (12), apresentaram índices entre 20,1 e 40%; 10% (6) das regiões apresentaram índices entre

40,1 e 60%; 16% (10) apresentaram índices entre 60,1 e 80%. A maioria das regiões (41%), que somam 26, apresentaram índices de dependência de mais de 80%, sendo que destas, 9 regiões apresentam 100% de dependência nas internações de clínica cirúrgica de alta complexidade.

Figura 26: Índice de dependência de alta complexidade hospitalar. Clínica cirúrgica. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

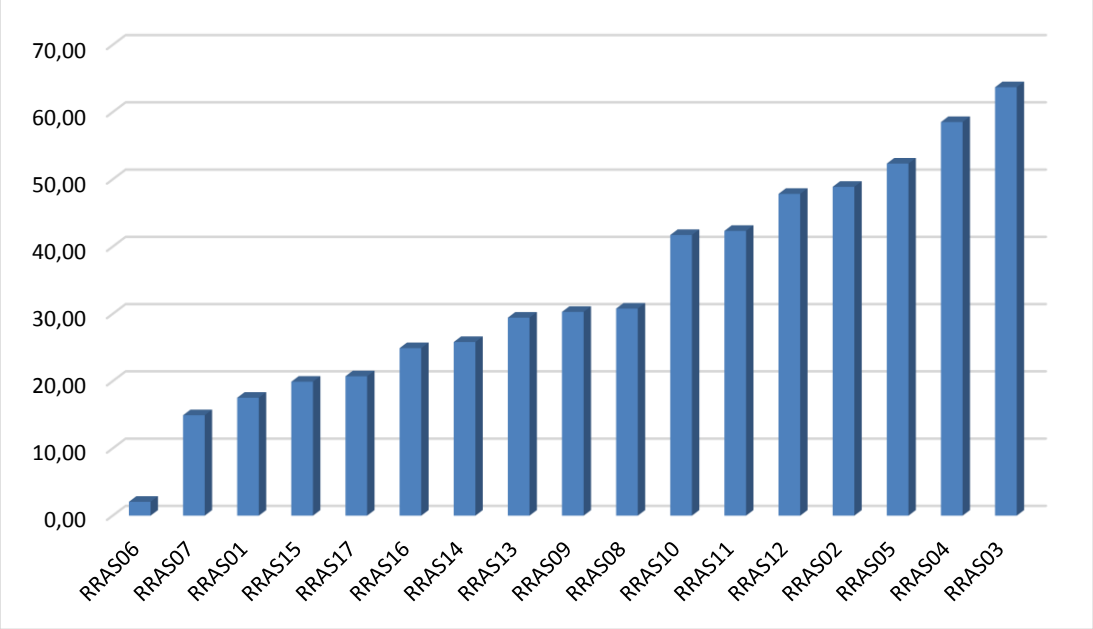
6.2.2 O Índice de Dependência na Assistência Ambulatorial

O índice de Dependência na assistência ambulatorial foi analisado somente na alta complexidade, pois a produção da grande maioria dos procedimentos de média complexidade ambulatorial não apresenta a procedência do paciente, inviabilizando o cálculo do índice.

Cabe salientar que o grupo de medicamentos foi excluído da análise por ser contabilizado por dose, podendo distorcer o estudo.

Na assistência ambulatorial de alta complexidade, as maiores dependências foram observadas nas RRAS 03 (Franco da Rocha), com 64%; RRAS 04 (Mananciais), com 58%; e RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes), com 53%. As RRAS 11 (regiões de Presidente Prudente), RRAS 10 (regiões de Marília), RRAS 12 (regiões de São José do Rio Preto) e RRAS 02 (Alto do Tietê) apresentaram índices de dependência entre 40% e 50% (Gráfico 20).

Gráfico 20: Índice de dependência de alta complexidade ambulatorial. RRAS do Estado de São Paulo, 2013.



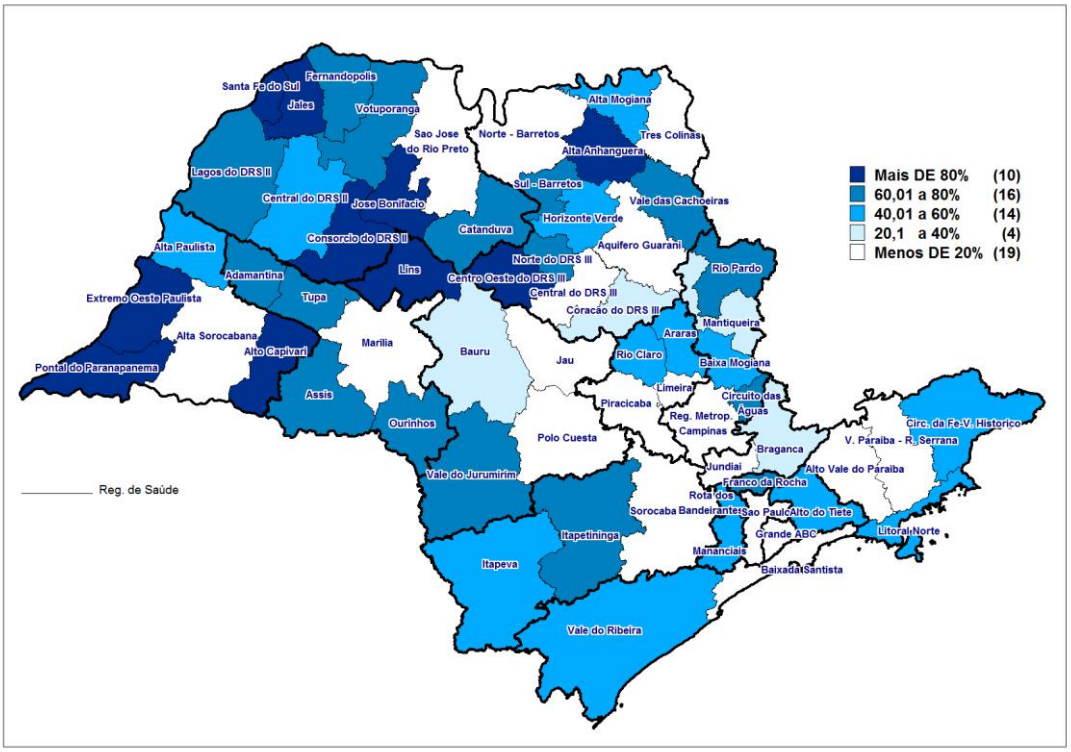
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.

Na alta complexidade ambulatorial, as RRAS que apresentaram, em 2013, menos dependência de outras foram as RRAS 06 (município de São

Paulo), com 2%, RRAS 07 (Baixada Santista e Vale do Ribeira), com 15% e a RRAS 01 (Grande ABC), com 18%.

Quando se analisa o índice de dependência dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial nas regiões de saúde, verifica-se um cenário bem diverso. Na Figura 27, observa-se que 19 regiões de saúde (30%) apresentaram, em 2013, um índice de dependência menor que 20%. Somadas a estas, 4 regiões (6%) apresentaram um índice entre 20% e 40%. Cerca de 22% das regiões (14) apresentaram índices de dependência entre 40% e 60%. Muitas regiões (26) apresentaram, em 2013, dependência maior que 60%, e representam 41% do total das regiões. As regiões do Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista, José Bonifácio, Pontal do Paranapanema e Jales apresentam uma dependência de praticamente 100% nos procedimentos de alta complexidade ambulatorial.

Figura 27: Índice de dependência de alta complexidade ambulatorial. Regiões de Saúde do Estado de São Paulo, 2013.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS/DATASUS.
Elaboração Própria: Guerra, D.M.

A grande dependência das regiões nos procedimentos ambulatoriais, mesmo de alta complexidade, traz grande preocupação, no sentido de efetivação da integralidade do cuidado, na medida em que a necessidade de utilização da assistência ambulatorial, em algumas situações, se dá de forma mais contínua por parte da população, demandando assim muitos deslocamentos, acarretando custos adicionais ao sistema de saúde, e muitas vezes dificuldades no acesso integral, caso haja fragilidade nas pactuações entre as regiões de saúde e no mecanismo de regulação do acesso.

6.2.3 – O Índice de Dependência e o Percentual de Gestão Municipal

6.2.3.1. Média Complexidade Hospitalar

Na assistência de média complexidade hospitalar, as regiões de saúde foram agrupadas de acordo com o porte populacional e divididas em blocos de regiões com menos de 100 mil habitantes, regiões com 100 a 299 mil habitantes, regiões com 300 a 499 mil habitantes, regiões com 500 mil a 1 milhão de habitantes e regiões com mais de 1 milhão de habitantes.

A necessidade de operar sistemas de serviços de saúde, com eficiência, efetividade e qualidade tem levado alguns estudiosos a propor uma escala mínima populacional para se organizar racionalmente esses sistemas. Só a partir de uma determinada base populacional, os sistemas de serviços de saúde poderiam operar com eficiência e qualidade e ratear adequadamente os riscos. Nesse sentido, BENGOA (2001) fala de uma escala mínima de 100.000 a 150.000 pessoas. Os sistemas de serviços de saúde, devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão (MENDES, 2001).

Na Tabela 04, podemos observar que nas regiões com menos de 100 mil habitantes (20), o índice de dependência é menor em 30%, quando o percentual de gestão municipal acima de 50% e a média do índice de dependência das regiões ficou em 27,95%.

Nas regiões com porte populacional entre 100 e 299 mil habitantes, a lógica se inverte. As regiões que tem mais de 50% de gestão municipal, apresentaram um índice de dependência maior em 17% em relação às regiões que tem menos de 50% de gestão municipal. A média observada nas regiões de porte entre 100 e 299 mil habitantes foi de 13,29%.

Também observamos uma lógica diferente nas regiões com porte ´populacional entre 300 e 499 mil habitantes. O índice de dependência

apresenta-se maior nas regiões com mais de 50% de gestão municipal em cerca de 100%. O valor resultante da média do índice de dependência destas regiões foi de 8,65

Nas regiões com porte populacional entre 500 mil e 1 milhão de habitantes, a relação volta a se inverter. As regiões com mais de 50% de gestão municipal apresentam um índice de dependência 170% menor, em relação às regiões com menos de 50% de gestão municipal. A média das regiões foi de 6,83.

Já nas regiões com mais de 1 milhão de mil habitantes, na menor faixa de gestão municipal, ou seja, menor que 50%, o índice de dependência é maior em cerca de 125%, quando comparado com as regiões com mais de 50% de gestão municipal, e a média observada foi de 8,25%.

Tabela 04: Índice de dependência nas internações de média complexidade, segundo percentual de gestão municipal e porte populacional. Regiões de Saúde. Estado de São Paulo, 2013.

Porte da Região	% de Gestão Municipal		Média
	Entre 0 e 50 %	Entre 51 e 100 %	
Menos de 100 mil	30,78	23,69	**27,95**
Entre 100 e 299 mil	11,87	13,88	**13,29**
Entre 300 e 499 mil	5,08	10,43	**8,65**
Entre 500 mil e 1 milhão	9,32	3,50	**6,83**
Mais de 1 milhão	13,18	5,78	**8,25**
	12,59	**11,52**	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) / DATASUS-MS; IBGE.

Podemos também observar que, na faixa das regiões com mais de 50% de gestão municipal, na medida em que ampliamos o porte populacional das regiões, há uma diminuição do índice de dependência, com exceção do porte populacional maior que 1 milhão de habitantes.

Já nas regiões com menos de 50% de gestão municipal, o índice de dependência diminui quando ampliamos o porte populacional até 499 mil habitantes. A partir de 500 mil habitantes, o índice se amplia até atingir mais de 1 milhão de habitantes.

Independente do percentual de gestão municipal, conforme observado na Tabela 04, na medida em que se amplia o porte populacional das regiões, diminui-se a o valor médio do índice de dependência. Esta lógica se mantém somente até se atingir o porte populacional de 1 milhão de habitantes, onde há uma ampliação da média do índice de dependência observado, em 21% em relação às regiões com porte populacional entre 500 mil e 1 milhão de habitantes.

Também pudemos visualizar que, independente do porte populacional, a média do índice de dependência das regiões com mais de 50% de gestão municipal, é apenas 10% menor que a média das regiões com mais de 50% de gestão municipal.

6.2.3.2 Alta Complexidade Hospitalar

Na análise da alta complexidade hospitalar, verificamos na Tabela 05 que, conforme já vimos anteriormente, as RRAS da Região Metropolitana apresentam altos índices de dependência em relação às RRAS do Interior.

Tabela 05: Índice de Dependência na Alta complexidade Hospitalar, segundo percentual de gestão municipal. RRAS. Estado de São Paulo, 2013.

Índice de Dependência		
RRAS	**% de Gestão Municipal**	
	Entre 0 e 50 %	Entre 50,1 e 100 %
RRAS01	58,13	
RRAS02	66,57	
RRAS03	98,55	
RRAS04	85,34	
RRAS06	1,58	
RRAS05		85,83
Região Metropolitana da Grande SP - Com o mun de SP	**62,03**	**85,83**
Região Metropolitana da Grande SP - Excluindo o mun de SP	**77,15**	**85,83**
RRAS09	8,90	
RRAS11	24,71	
RRAS12	15,84	
RRAS13	9,58	
RRAS15	22,67	
RRAS07		41,92
RRAS08		42,34
RRAS10		31,42
RRAS14		21,69
RRAS16		39,68
RRAS17		17,21
Interior	**16,34**	**32,38**
Média	**39,53**	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) / DATASUS-MS; IBGE;

As RRAS 01 a 04 apresentam menos de 50% dos procedimentos de alta complexidade hospitalar realizados sob gestão municipal e apresentam índices de dependência entre 58,13% e 98,55%. A RRAS 06, que compreende o município de São Paulo apresenta o menor índice de dependência na alta complexidade hospitalar do estado (1,58%). A RRAS 05 (Rota dos Bandeirantes) tem mais de 50% dos seus procedimentos de alta complexidade hospitalar realizados sob gestão municipal, mas apresenta um índice de dependência bem alto, 85,83. A média do índice de dependência na alta complexidade hospitalar na Região Metropolitana da Grande São Paulo nas regiões que tem menos de 50% de gestão municipal ficou em 62,03. Mas quando excluímos o Município de São Paulo, sobe para 77,15.

No interior, o índice de dependência da alta complexidade hospitalar apresentado é bem menor que na Região Metropolitana da Grande São Paulo. Entre as regiões de saúde com menos de 50% de gestão municipal o índice ficou entre 8,90 % na RRAS 09 (regiões de Bauru) e 24,71 % na RRAS 11 (regiões de Presidente Prudente), sendo que a média ficou em 16,34%.

Nas regiões onde a gestão municipal é maior que 50%, os índices de dependência são bem maiores e ficam entre 17,21% na RRAS 17 (regiões do Vale do Paraíba) e 42,34% na RRAS 08 (Regiões de Sorocaba), e a média das regiões ficou em 32,38%.

6.2.4 – O Índice de Dependência e a Ampliação da Gestão Municipal

Para analisar a relação da ampliação da gestão municipal na assistência de média complexidade hospitalar e o índice de dependência das regiões de saúde foi realizada uma análise de painel, com dados colhidos nos anos de 1998, 2006 e 2013.

Buscou-se articular outras dimensões que têm potencial impacto sobre o índice de dependência das regiões de saúde.

Na análise bruta, a principal variável em análise, gestão municipal dentro da região, mostrou-se altamente associada com o índice de dependência, com valores de “p” menores que 0,05 em todas as faixas de percentual de gestão municipal. No modelo onde foram incorporadas todas as variáveis do modelo teórico, as variáveis: gasto próprio com saúde, leitos SUS, internação no próprio município e proporção de saúde suplementar não mostraram associação significativa com a variável desfecho, sendo retiradas do modelo.

No modelo final, a variável porte populacional regional mostrou força de associação de grande magnitude em todas as faixas de porte populacional analisadas, sendo que nas menores faixas populacionais o índice de dependência é, aproximadamente, seis vezes maior em relação à maior faixa populacional. Esta relação decresce, respectivamente, para 5,4 e 2,7 para os portes entre 300 mil e 499 mil e entre 500 mil e um milhão de habitantes. Quanto ao IPRS, a sua associação com o índice de dependência mostrou-se inversa, ou seja, comparando-se com o pior nível de IPRS, o índice de dependência diminui nos demais níveis, sendo que somente para o melhor IPRS a associação foi significativa. Os resultados dos modelos de regressão estão apresentados na Tabela 06.

Tabela 06: Modelos de regressão sobre a relação entre índice de dependência da região e gestão municipal. Estado de São Paulo.1998, 2006 e 2013.

Índice de Dependência da Região

	RR Bruto (IC 95%)	RR ajustado (IC 95%)
Gestão municipal da região (%)		
> 80	1	1
60 a 79,9	1,086 (1,012-1,164)	0,967 (0,904-1,034)
40 a 59;9	1,084 (1,000-1,174)	0,919 (0,846-0,998)
20 a 39,9	1,169 (1,070-1,277)	0,925 (0,849-1,009)
< 20	1,130 (1,054-1,211)	0,992 (0,926-1,062)
Porte Populacional da Região		
> 1 milhão		1
500 mil a 1 milhão		2,720 (2,264-3,267)
300 mil a 499 mil		5,395 (4,381-6,644)
100 a 299 mil		6,306 (5,104-7,791)
< 99,99 mil		6,541 (5,227-8,184)
Índice de Responsabilidade Social (IPRS)		
5		1
4		0,973 (0,918-1,032)
3		0,951 (0,889-1,018)
2		0,950 (0,860-1,050)
1		0,841 (0,758-0,934)
Ano		
2013		1
2006		0,720 (0,691-0,751)
1998		0,817 (0,781-0,855)

Fonte: Elaboração Própria. Guerra, D.M.

No tocante à principal variável em análise, percentual de gestão municipal dentro da região, verificou-se que a associação, observada na análise bruta foi enfraquecida por influência das outras variáveis, perdendo a significância. Isso significa que a gestão municipal tem influência sobre o índice de dependência, mas não de forma independente das demais variáveis, principalmente com relação ao porte populacional da região e do IPRS.

Para VIANA, et al (2015), o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade das ações e dos serviços de saúde no contexto regional podem ser considerados condicionantes estruturais para o êxito do atual processo de regionalização no Brasil. A caracterização das regiões de saúde brasileiras, a partir da tipologia apresentada pela autora demonstra heterogeneidade do território nacional e a complexidade de organizar sistemas regionais de saúde.

Estudos mais aprofundados poderão promover uma melhor compreensão dos territórios regionais estabelecidos no Estado de São Paulo, de modo a apoiar o desenvolvimento de políticas públicas regionais integradas, que envolvam desenvolvimento econômico e social e outros fatores determinantes que envolvam as regiões de saúde, de modo a promover a organização de sistemas regionais, balizados na gestão compartilhada e solidária, em busca do cuidado integral da população.

7 - CONCLUSÃO

O presente estudo analisou o processo de descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo.

Desde o início do processo de municipalização, até o momento atual, o Estado de São Paulo, apresentou movimentos de avanços e retrocessos no processo de descentralização da assistência.

Apesar da ampliação da assistência pelos municípios a área hospitalar de média complexidade, ainda tem sua gestão dividida entre os municípios e a Secretaria Estadual. Além disso, ainda é predominantemente gerenciada por instituições de natureza privada, de forma direta, em sua maioria sem fins lucrativos ou de forma “indireta”, por Organizações Sociais de Saúde.

A assistência de alta complexidade hospitalar é ainda fortemente realizada pelo estado, apesar de algumas regiões terem demonstrado avanço no processo de municipalização. Também é marcada por um grande percentual de procedimentos realizados por estabelecimentos de natureza privada, em sua maioria sem fins lucrativos.

Na assistência ambulatorial, ocorreu uma grande evolução na municipalização, nos últimos anos, com grande parte dos procedimentos realizados sob gestão municipal, em 2013. Nesta área, se observou o maior percentual de procedimentos realizados por estabelecimentos públicos, sobretudo em estabelecimentos públicos municipais.

O maior percentual de procedimentos realizados sob gestão municipal foi encontrado na assistência de média complexidade ambulatorial. Também foi a área da assistência, onde se observou mais homogeneidade dos percentuais, entre as regiões de saúde, e o maior percentual de procedimentos realizados por estabelecimentos públicos.

A assistência de alta complexidade ambulatorial (exceto medicamentos) também tem sua gestão dividida entre o estado e os municípios, apesar da gestão municipal estar mais concentrada em algumas

regiões. Entretanto, ainda é fortemente realizada por estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos.

Há que se considerar, que a ampliação da rede estadual, em São Paulo, contribuiu para a melhoria do acesso às ações de saúde. Entretanto, a falta de articulação no planejamento e execução da assistência nas regiões de saúde ainda é um problema a ser enfrentado na busca do aprimoramento da integralidade da assistência. A SES de São Paulo ainda se pauta na execução da assistência, deixando de lado funções essenciais, como a coordenação do processo de regionalização.

A regionalização é primordial para a consolidação do SUS, pois os municípios não são autossuficientes e há uma grande diversidade e importantes desigualdades nas regiões. A identificação de cada necessidade é primordial para que se organize a oferta de serviços de saúde, na busca da integralidade do cuidado e a equidade no acesso, de modo a efetivar os princípios delineados pela Constituição Brasileira.

Na assistência hospitalar, a dependência da assistência entre regiões de saúde é bem mais elevada na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP) do que no interior do estado. Esta dependência pode ter como causas a baixa oferta de procedimentos nestas regiões, a grande concentração de tecnologia na Capital e a conurbação de pessoas entre os municípios da RMGSP e a Capital.

A dependência entre as regiões apresentou-se mais significativa na assistência de alta complexidade hospitalar e a oferta de serviços mais concentrada em grandes centros urbanos, quando comparada com a dependência na assistência hospitalar de média complexidade, onde se observou maior homogeneidade dos índices de dependência entre as regiões de saúde.

As internações de clínica pediátrica e cirúrgica, tanto de média, quanto de alta complexidade foram as que apresentaram maior dependência entre as regiões de saúde.

Na assistência ambulatorial de alta complexidade, ainda se verifica grandes dependências entre as regiões, sobretudo em algumas regiões/RRAS da Região Metropolitana da Grande São Paulo.

O porte populacional das regiões pode estar relacionado com a dependência, na assistência de média complexidade hospitalar, pois na medida em que se amplia o porte populacional, diminui a média do índice de dependência entre as regiões de saúde. Entretanto, esta relação acorre até o porte populacional entre 500 mil e um milhão de habitantes, onde a lógica se inverte, pois, na medida em que se amplia o porte populacional, amplia-se também o índice de dependência.

Na assistência de alta complexidade hospitalar, a Região Metropolitana da Grande São Paulo apresentou uma grande dependência do município de São Paulo. No interior do estado a dependência entre as RRAS é bem menor e não se observou relação com o percentual de gestão municipal.

Cabe salientar que o índice de dependência das regiões pode estar relacionado com alguma especialidade ou patologia específica e pode também estar concentrado em um ou mais municípios, dentro da região de saúde. Novos estudos poderão aprofundar a análise, trazendo mais especificidade, de modo a contribuir com a organização da assistência no estado.

Por fim, na relação do índice de dependência de média complexidade hospitalar com a ampliação da gestão municipal, conclui-se que a gestão municipal tem influência sobre o índice de dependência, mas depende das variáveis de contexto demográfico (porte populacional) e socioeconômico (IPRS).

Alguns índices de dependência observados nas regiões de saúde, apontam para a necessidade de pactuações efetivas e institucionalizadas entre os territórios, assim como mecanismos eficientes de regulação da assistência, de modo a garantir equidade no acesso e integralidade do cuidado em saúde.

A regionalização no Estado de São Paulo, apesar de considerada de institucionalidade avançada e governança coordenada e cooperativa, conforme descrito por Vianna et al, em 2011, ainda apresenta avanços e/ou retrocessos, em decorrência do cenário político vigente, apontando para uma fragilidade da institucionalidade deste processo no estado. Neste sentido, algumas dificuldades ainda precisam ser vencidas:

- As grandes dependências de algumas regiões na assistência hospitalar e ambulatorial, que demandam pactuações de referências institucionalizadas, investimentos ou uma revisão do desenho regional, de modo a garantir a integralidade do cuidado;
- Efetivação da Secretaria Estadual de Saúde como coordenadora e articuladora do Sistema Estadual de Saúde, no sentido de superar a fragmentação da assistência, que gera dificuldades na efetivação do cuidado integral;
- Ampliação do protagonismo de alguns municípios e da governabilidade das estruturas regionais da SES nas regiões de saúde;
- Avanço do processo de descentralização, em contraponto à manutenção da Secretaria Estadual de Saúde na execução da assistência;
- Disputa do público – privado, mantendo o desafio de não transferir a responsabilidade da gestão do sistema para Organizações Sociais de Saúde e Consórcios Regionais;
- Aprimoramento da discussão de regionalização no estado, de modo a agregar elementos relacionados ao desenvolvimento econômico e social e saúde suplementar nas regiões de saúde, com maior envolvimento de prefeitos e parlamentares;
- Fortalecimento dos instrumentos de gestão interfederativa, em busca do planejamento regional integrado, de modo a efetivar a responsabilidade sanitária de forma sistêmica, diminuindo assim a fragmentação do cuidado;

- Fortalecimento e integração dos processos regulatórios nas regiões de saúde, de modo a otimizar os recursos e efetivar o cuidado integral, em tempo oportuno.

▪ 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.ABRUCIO, F.L. **Os Barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira.** São Paulo. Hucitec/Departamento de Ciência Política da USP, 1998.

2.ABRUCIO, F. L. **Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação intergovernamental**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

3.ABRUCIO, F.L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: as lições dos anos FHC. In: ABRUCIO FL, LOUREIRO MR. **O estado na era das reformas: os Anos FHC – parte 2.** Brasília: MP, SEGES. 2002.

4.ABRUCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia Política**. 2005

5.ABRUCIO, F.L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (org). **Democracia, descentralização e desenvolvimento.** São Paulo. FGV, 2005.

6.ABRUCIO, F.L.& FRANZESE, C. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: o caso dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In HOCHMAN G. (ORG). **Federalismo e políticas públicas no Brasil.** Rio De janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2013.

7.AFONSO, R. & SILVA, P.L.B. **Descentralização e Políticas Sociais. São Pulo**. FUNDAP, 1999.

8. AGUIAR, F. Lógia de la cooperación. **Zona Abierta,** 54/55, 1990.

9. ALBUQUERQUE, M.V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013.** (Tese de doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

10. ALMEIDA, E.S. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Básica 01/93**. 1996 (Tese de Livre-Docência). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

11. ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo. Edusp, 2001. p. 13-49.

12. ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais** – BIB. 2001.

13. ARRETCHE, M. – Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Rev. Bras. Ciências Sociais**, 11: 44-46, 1996

14. ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? In: Dossiê Federalismo. **Revista de Sociologia e Política** (24). Universidade Federal do Paraná, 2005.

15. ARRETCHE, M. & MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (3), 2002.

16. ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva** (Vol. 18, n. 2, pp. 17-26). São Paulo, 2004.

17. ARRETCHE, M. & SCHLEGEL, R. Os Estados nas Federações: Tendências gerais e o caso brasileiro. Documento para discussão. **Banco Interamericano de Desenvolvimento**. Instituições para o desenvolvimento. Divisão de Gestão Fiscal e Municipal. 2014.

18. ARTMANN, E; RIVERA, F.J.U. **Regionalização em saúde: mix público e privado,** 2003. Acesso em www.ans.gov.br.

19. BARATA, L.R.B; TANAKA, O.Y.& MENDES, J.D. 20. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.13 n.1 Brasília mar. 2004.

20. BENGOA, R. – Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: **Ministério da Saúde/Banco Mundial** – Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001, p. 23-37.

21. BOMBARDA, F; YATSUDA, N; TANAKA, P; GUERRA, D.M. A construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo. In: BITTAR, O (Org.). **Rede Hospitalar no estado de São Paulo: mapear para regular.** Secretaria Estadual de Saúde. São Paulo, 2011.

22. BONAVIDES, P. **Teoria Geral do estado**. 6ª. Edição. São Paulo. Malheiros, 2007.

23. BRAGA, J. C. & GÓES DE PAULA, S. **Saúde e previdência**. Estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1986.

24. BRASIL. Lei nº. 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 1975.

25. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988.

26. BRASIL. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-9.

27. BRASIL. Lei n° 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dez. 1990. Seção 1, p. 25694-5.

28. BRASIL. Resolução INAMPS/MS n° 273, de 17 de julho de 1991. Reedita com alterações a Norma Operacional Básica - SUS 01/91. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 18 jul. 1991. Seção 1, p.14216-19.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/93, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e

ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e aponta diretrizes para o investimento no setor. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 24 mai. 1993. Seção 1, p. 6961-5.

30. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção 1, p.22932-40.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa MS nº. 01 de 02 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação dos municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 01/96. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 06 jan. 1998, Seção 1, p. 13.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOASSUS 01/01** e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Apoio à Descentralização,** 2001. Disponível em <<dtr2001.saude.gov.br/dad/Cgal.IP/regionalização.htm>>.

34. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02** e Portaria MS/GM nº 373 de 28 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003.

37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as suas diretrizes operacionais do **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 23 de fev. 2006. Seção 1.

38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais**. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

39. BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS.** Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

40. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Sistema Único de Saúde** - CONASS. Coleção Progestores. Brasília, 2007.

41. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº.161, de 21 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o art. 3º. Da Portaria GM Nº. 699, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 de janeiro de 2010.

42. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 de dezembro de 2010.

43. BRASIL. Decreto nº. 7508, de 26 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 União**. Brasília, 27 de junho de 2011.

44. CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Inf. Epidem. SUS**, v. 4, p. 7-46, 1997.

45. CARVALHO, G. C. M. **Financiamento federal para a saúde 1988-2001**. São Paulo: Papercrom, 2002a.

46. CARVALHO, G. L. Região: a evolução de uma categoria de análise da geografia. **Boletim Goiano de Geografia** 22(1). p 135-53, 2002b.

47. CASTRO, M. H. G. Descentralização e Política Social no Brasil: as perspectivas dos anos 90. In: **Revista Espaço & Debate**, São Paulo, n. 32, 1991.

48. CECILIO, LCO. **Inventando a mudança na saúde**. Hucitec. São Paulo, 1994.

49. CHIORO, A. & SCAFF, **A. Saúde e Cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**, 1996. Disponível em: http://www.consaúde.com.br/dowloads/saúde.doc".

50. COHN, A. O Sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração? **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, 1987.

51. COHN, A. e ELIAS P. E (orgs) **Saúde No Brasil: políticas e organização dos serviços.** São Paulo: Cortez Editora. 1996.

52. CONTEL, F.B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**. 24(2), abr/jun, 2015.

53. CORDEIRO, H.A. **As empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1982.

54. COSEMS/SP. **Cadernos da regionalização: o olhar municipal**. Desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo, 2009.

55. COSEMS/SP. **Cadernos COSEMS/SP. Regionalização é o caminho!** Reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo. 2015.

56. COSTA, N. R. A descentralização do sistema público no Brasil: balanço e perspectiva. In NEGRI, B. & GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde.** UNICAMP. p. 307-321. Campinas, 2001.

57. DANIEL, C. 2001. Autonomia municipal e as relações com os estados e a União. In: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil.** São Paulo: Fundação Konrad Adenauer.

58. DE PAULA, D. G. ET AL (orgs). **Alocação de recursos com equidade**. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde: Convênio de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Agence de La Santé et Services Sociaux de Outaouais Quebec- Canadá, 2007.

59. DOBASHI BF, BRETAS JR N, FERNADES DA SILVA, S. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In: Santos, N.R. & AMARANTE, P.D.C. (Orgs). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro. CEBES, 2010.

60. DOURADO, D.A.& ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública** 45(1): 204-211, 2011.

61. ELAZAR, D. **Exploring Federalism.** Alabama: The University of Alabama Press, 1987.

62. ELSTER, J. **Marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos**. Lua Nova (17), 1989.

63. FERNANDES DA SILVA, S. (org). **Redes de Atenção à Saúde no SUS.** Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

64. FLEURY, S. & OLIVEIRA, J.A. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Editora Vozes. Rio de Janeiro, 1985.

65. FLEURY, S. & OUVERNEY, A.M. O Sistema Único de Saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Rev. Port Bras Gestão**. Edição especial 10 anos. 2006.

66. FLEURY S; OUVERNEY, A.M; KROBEMBERGER, T.S; ZANIF.B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publ**. 2010.

67. FLEURY, S. & OUVERNEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2012.

68. FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local de saúde.** Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

69. GIL, A. C. & LICHT, R. H. G. & YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. In: **Hygeia**, 2(3): 35-46, dez 2006.

70. GUIMARÃES, F. Divisão regional do Brasil. **Revista Brasileira de Geografia**. V.3, 1941.

71. GUIMARÃES, R.B. Regiões de Saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Púbica**. V.21(4), 2005.

72. GUIMARÃES, L. & GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública.** 2004, Vol.16(4), pp.283-8.

73. GOMES, G. M. & MacDOWELL, M. C. – **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social**. Brasília, IPEA, Texto para discussão nº 706, 2000.

74. HEIMANN, L. S. (et.al) **Gestão Regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão**. São Paulo. Instituto de Saúde, 2007.

75. IBANEZ ET AL. O Pacto pela saúde e a gestão regional em São Paulo: estudos de caso do mix público e privado. In VIANA ET AL. (Orgs). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. Editora Hucitec, 2009.

76. JELLINEK G. **Teoria general del estado**. Buenos Aires. Albatroz, 1970.

77. JUNQUEIRA, L.A.; INOJOSA, R.M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: situação e mudança. Descentralização do modelo de prestação dos serviços de saúde de São Paulo. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, n.4, v.24, ago/out. 1990.

78. LEVCOVITZ, E. & LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):269-291, 2001.

79. LIMA, D.L. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político – institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17 (11): 2881-2892, 2012.

80. LIMA, D.L. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** 17(7):1903-1914, 2012.

81. LOBO, T. Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. **Cad. Pesq.** (74):5-10, 1990.

82. MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência & Saúde Coletiva,** 15 (5):2367-2382, 2010.

83. MACHADO, J.A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma 'regionalização solidária e cooperativa'? In: HOCHMAN & FARIA (orgs). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2013.

84. MACINKO, J. et al. – Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 60: 13-19, 2006.

85. MARQUES, R; MENDES, A. Os (Des) caminhos do financiamento do SUS. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de saúde. Rio de Janeiro: v. 27, n.65, set/dez, 2003.

86. MARTINELLI N.L. **A regionalização da saúde no Estado do Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato-grossense** (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina. Programa de Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

87. MELLO, G.A.; IBANEZ, N. & VIANA, A.L.D. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. vol.20 no.4 São Paulo, 2011.

88. MEDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**.

Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994. 216 p. (Ad. Saúde - Série Temática).

89. MEDICI A. C. Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil. In: Velloso J.R.P. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade**. Rio de Janeiro: Fórum Nacional/INAE/ILDES/Fundação F. Elbert; 1995. p. 91-147.

90. MÉDICI, A. **Da Atenção Primária às Redes de Saúde: Novos Caminhos para a Regionalização do SUS.** Disponível em http://www.monitordesaude.blogspot.com.br/2010/06/da-atencao-primaria-as-redes-de-saude_19.html.

91. MENDES, A. & MARQUES, R. M. A Saúde Pública sob a Batuta da Nova Ordem. In: MARQUES, R M. & FERREIRA, M.R.J. (orgs). In: **O Brasil sob a Nova Ordem. São Paulo:** Saraiva, 2010.

92. MENDES, **A. Financiamento e gasto no Sistema Único de Saúde: a gestão semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo**. 2005 (Tese de Doutorado em Ciências Econômicas). Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

93. MENDES et al. O processo de construção regional da saúde no Estado de São Paulo: subsídios para análise. **Saúde e Sociedade.** Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo 24(2). 2015.

94. MENDES et al. **Estudo sobre Metodologia de Alocação Equitativa dos Recursos Federais.** Contrato de Serviços: BRA/CNT/0600686.001. Organização Pan-americana, 2007.

95. MENDES et al. **Apuração do gasto regional em saúde no Estado de São Paulo**. Instituto de Saúde. São Paulo, 2008.

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

97. MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS.** Brasília. CONASS, 2004. P: 28-61.

98. MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Belo Horizonte: ESP – MG, 2009.

99. MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

100. MENIUCCI, T.M.G. **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**. Relatório Final. Belo Horizonte, 2008.

101. MERCADANTE, O.A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, (org). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Fiocruz. Rio de Janeiro, 2002. P.

102. MORA, M. **Federalismo e dívida estadual no Brasil**. Texto para discussão nº 866. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2002.

103. MULLER NETO, J.S. Descentralização e democracia: tópicos de um debate. **Saúde em Debate**, (33):33-39, 1991.

104. OLIVEIRA, R.P. & SANTANA, W. (Orgs). **Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade.** Brasília: UNESCO, 2010.

105. OLSON, M. **The Logic of Colletive Action.** Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1971.

106. OLSON, M. **The Rise and Decline of Nations.** New Haven. Yale University Press, 1982.

107. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los serviços médicos e afines**, 1964.

108. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Delineamentos metodológicos para realização de análises funcionais da rede de serviços de saúde.** Organização e Gestão de Sistemas de Saúde. Série 3. Washington, 1998.

109. OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, nº 7, 2005, pp. 91-106.

110. OUVERNEY, A.M. A Construção da Municipalização da Saúde: estratégias normativas. In: FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local de saúde.** Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

111. PESTANA, M. & MENDES, E. V. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

112. PINTO, I.C.M; TEIXEIRA, C.F.; SOLA, JJSP; REIS AAC. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento de serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM,

J.S. &ALMEDIA FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 720p. MedBook. Rio de Janeiro, 2014.

113. PORTO, S. M. et al. **Alocação eqüitativa de recursos**. Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

114. POSSAS, C. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social.** Rio de Janeiro: Graal, 1981.

115. PZEWORSKI, **A. Democracia e Mercado no Leste Europeu e Na América Latina.** Relume-Dumará, 1994.

116. RAVANELLI, P. Consórcios públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre os entes federados. **III Congresso Consad de Gestão Públic**, 2008.

117. REIS, F W. **Política e Racionalidade**. Belo Horizonte. UFMG, 1984.

118. REZENDE, C.A.P. & PEIXOTO, M.P.B. (Orgs). **Metodologia para análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil.** Série Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (7). Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2003.

119. RIBEIRO, P.T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Revista Saúde e Sociedade.** Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. V 24 (20), 2015.

120. ROCHA, C.V. Significados e Tendências do Federalismo e das Relações Intergovernamentais no Brasil e Espanha. In: HOCHMAM, G. (Org). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2013.

121. SALVIANI, D. Plano nacional de educação, a questão federativa e os municípios: o regime de colaboração e as perspectivas da educação brasileira. **Fundação Mauricio Grabois**. São Paulo, 2011.

122. SANTOS, M.H.C. **Governabilidade, governança e capacidade governativa: algumas notas.** (Texto para discussão, 11). Mare/ Enap. Brasília, 1996.

123. SANTOS, M.H.C. **Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituinte**. Brasília, 1997.

124. SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia**. São Paulo. Hucitec, 1988.

125. SANTOS, M.O.O papel ativo da geografia: um manifesto. **Revista território** (9) p .103-109, 2000.

126. SANTOS, R.G.C. Nota. O espaço em Kant e suas influências na definição do conceito de região em Alfred Hettner e Richard Harstshorne. **Estudos Geográficos 7 (1).** P 183-190, 2009.

127. SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: desafios da gestão interfederativa**. Editora Saberes. Campinas, 2013.

128. SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado.** Decreto Lei nº 17.339, de 28 de junho de 1947. Dispõe sobre criação da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública e da Assistência Social e dá outras providências. São Paulo, 1947.

129. SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado.** Decreto nº. 27.140, de 01 de julho de 1987. Autoriza a

celebração de convênios e termos aditivos com os Municípios, objetivando implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no Município, e dá providências correlatas. São Paulo, 1987.

130. SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado.** Decreto nº 25.519, de 17 de julho de 1986. Define a organização básica, a nível regional dos serviços de assistência à saúde, e cria 57 Escritórios Regionais de Saúde e dá providências correlatas. São Paulo,1986.

131. SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado.** Decreto nº 25.608, de 30 de julho de 1986. Cria Escritórios Regionais de Saúde e dá nova redação à ementa e aos artigos 6.º do Decreto nº. 25.519. São Paulo, 1986.

132. SÃO PAULO. **Diário Oficial do Estado.** Lei Complementar Nº 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. São Paulo, 1998.

133. SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado.** Decreto nº. 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo, 2006.

134. SÃO PAULO. Secretaria Estadual da Saúde. **Diário Oficial do Estado.** Decreto nº. 51. 307, de 27 de novembro de 2006. Transfere os Grupos de Vigilância Epidemiológica e os Grupos de Vigilância Sanitária para a Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria da Saúde. São Paulo, 2006ª.

135. SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. **Diário Oficial do Estado**. Deliberação CIB nº. 153, de 20 de setembro de 2007. Referenda o reconhecimento das regiões de saúde, com respectivos Colegiados de Gestão Regional. São Paulo, 2007.

136. SÃO PAULO. Fundação SEADE. Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS. 2010. Disponível em *http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view.*

137. SÃO PAULO. **Secretaria Estadual da Saúde.** 2015. *Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/organizacoes-sociais-de-saude-oss.*

138. SCATENA, João Henrique Gurtler**. Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado de Mato Grosso**. Tese de Doutorado em Saúde Pública, 2001. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

139. SILVEIRA, M.L. O Brasil: território e sociedade no início do século 21 – a história de um livro. **ACTA Geográfica.** Edição Especial Cidades na Amazônia Brasileira, 2011.

140. SIMIONI, A.M.C. & ATIQUE, N. Recursos humanos e municipalização: notas sobre o panorama legal. **Saúde e Sociedade**. Nº 2 (1). 1993.

141. SOLLA, J. J. S. P. Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V, 30 n. 2, p. 332-348 jul/dez. 2006.

142. SOUZA, R. R. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 451- 455, 2001.

143. TASCA, R. (coord). **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção à saúde no SUS: contribuições para o debate. Brasília:** Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

144. TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública** 18 (Supl), 2002.

145. TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. **Plan. Pol. Públicas**, (5):31-51, 1991

146. UGA, M.A.D. Descentralização e Democracia: o outro lado da moeda. **Plan. Pol. Públicas** (5):87-104, 1991.

147. VIANA, A.L.D. **Sistema e descentralização. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões**. Tese de Doutorado em Economia. Instituto de Economia. Universidade de Campinas, 1994.

148. VIANA, A.L.D; LIMA, L.D; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: apolítica de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva.** 7(3). Rio De Janeiro, 2002.

149. VIANA, A.L.D. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva**. 22(1). P.92-106, 2008.

150. VIANA, A.L.D. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 18 (4). Rio de Janeiro, 2008.

151. VIANA ET AL. (Orgs). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. Editora Hucitec, 2009.

152. VIANA, A.L.D; LIMA, L.D; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(5): 2317-2326, 2010.

153. VIANA, A.L.D. & LIMA, L.D. (orgs) **Regionalização e relações interfederativas na política de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro, 2011.

154. VIANA, A.L.D. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização**. 1ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

155. VIANA et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**. 24(2), abr/jun, 2015.

156. WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, World Health Organization, 2000.

157. WRIGHT, D. S. **Understanding Inetrgovernamental Relations**. Pacific Grove. Califórnia: Books/Cole Publishing Company, 1988.

9 APÊNDICES

Apêndice A)

Tabela 07: Regiões de Saúde com menos de 100 mil habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Código Região de Saúde	Região de Saúde	População
35152	Santa Fe do Sul	46.371
35113	Alto Capivari	58.465
35115	Pontal do Paranapanema	69.129
35114	Extremo Oeste Paulista	96.754
35156	Jose Bonifacio	98.182

Fonte: IBGE – Estimativa populacional. 2013

Tabela 08: Regiões de Saúde entre 100 e 299 mil habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Código Região de Saúde	Região de Saúde	População
35153	Jales	103.948
35154	Fernandopolis	115.210
35083	Alta Mogiana	121.816
35095	Tupa	128.564
35074	Circuito das ƒguas	130.167
35111	Alta Paulista	131.756
35091	Adamantina	134.370
35133	Vale das Cachoeiras	134.728
35032	Centro Oeste do DRS III	139.484
35052	Sul - Barretos	146.248
35033	Norte do DRS III	153.632
35082	Alta Anhanguera	155.843
35065	Lins	163.283
35157	Votuporanga	193.727
35022	Lagos do DRS II	199.484
35143	Rio Pardo	216.033
35094	Ourinhos	228.648
35092	Assis	247.507
35104	Rio Claro	252.591
35023	Consorcio do DRS II	265.783
35142	Mantiqueira	276.178
35162	Itapeva	281.702
35051	Norte - Barretos	282.200
35121	Vale do Ribeira	283.133
35061	Vale do Jurumirim	291.989
35021	Central do DRS II	292.974
35063	Polo Cuesta	297.493

Fonte: IBGE – Estimativa populacional. 2013

Tabela 09: Regiões de Saúde entre 300 e 499 mil habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Código Região de Saúde	Região de Saúde	População
35031	Central do DRS III	303.742
35173	Litoral Norte	305.417
35151	Catanduva	307.310
35141	Baixa Mogiana	318.238
35101	Araras	328.492
35064	Jau	338.210
35102	Limeira	353.892
35034	Coracao do DRS III	377.552
35093	Marilia	378.790
35112	Alta Sorocabana	399.170
35081	Tres Colinas	408.385
35131	Horizonte Verde	419.426
35071	Braganca	457.346
35172	Circ. da Fe-V. Historico	471.787
35161	Itapetininga	480.236

Fonte: IBGE – Estimativa populacional. 2013

Tabela 10: Regiões de Saúde entre 500 mil e 1 milhão de habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Código Região de Saúde	Região de Saúde	População
35012	Franco da Rocha	558.224
35103	Piracicaba	564.460
35174	V. Paraiba - R. Serrana	591.609
35062	Bauru	625.898
35155	Sao Jose do Rio Preto	690.701
35073	Jundiai	751.428
35132	Aquifero Guarani	865.737

Fonte: IBGE – Estimativa populacional. 2013

Tabela 11: Regiões de Saúde com mais de 1 milhão de habitantes. Estado de São Paulo, 2013.

Código Região de Saúde	Região de Saúde	População
35171	Alto Vale do Paraiba	1.037.922
35013	Mananciais	1.063.302
35163	Sorocaba	1.623.736
35041	Baixada Santista	1.765.277
35014	Rota dos Bandeirantes	1.807.331
35015	Grande ABC	2.684.066
35011	Alto do Tiete	2.840.318
35072	Reg. Metrop. Campinas	2.986.402
35016	Sao Paulo	11.821.876

Fonte: IBGE – Estimativa populacional. 2013