



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Presidente Prudente

UMBERTO CATARINO PESSOTO

A REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS NO FIM DOS ANOS
1990: UM DISCURSO CONSERVADOR.

Presidente Prudente

2010

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Programa de Pós-graduação em Geografia

UMBERTO CATARINO PESSOTO.

A REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS NO FIM DOS ANOS
1990: UM DISCURSO CONSERVADOR.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Geografia na Faculdade de Ciência e
Tecnologia / Unesp, campus de Presidente
Prudente, para a obtenção do título de doutor.

Orientador: Prof. Dr. Raul Borges Guimarães.

PRESIDENTE PRUDENTE.

Maio de 2010.

P569r Pessoto, Umberto Catarino.
A regionalização do Sistema Único de Saúde – SUS no fim dos anos 1990 : um discurso conservador / Umberto Catarino Pessoto. - Presidente Prudente : [s.n.], 2010
190 f.

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Tecnologia
Orientador: Raul Borges Guimarães
Banca: José da Rocha Carneiro, Áurea Maria Zöllner Ianni, André Roberto Martin, Christovam Barcellos
Inclui bibliografia

1. Regionalização do SUS. 2. Descentralização. 3. Regiões de saúde. I. Autor. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Tecnologia. III. Título.

CDD(18.ed.)910

DEDICATÓRIA

Aos pais, Álvaro e Aida.

Aos amigos, todos.

**E às mulheres, Percília, Júlia e Fernanda, sem as quais essa
jornada seria sem sentido, senão insana.**

Agradecimentos

Ao Raul, lógico, que desde o início apostou nestas mal traçadas linhas. E mais, apoiou! Podemos dizer que é um otimista, mas dos bons. É daqueles que “puxam a água do poço”, caso raro.

Aos professores que ao longo do curso ofereceram sua paciência aos alunos. Mesmo que ainda de manhã o calor não se fizesse de rogado.

Aos funcionários da biblioteca e da secretaria da pós-graduação que sempre procuraram atender gentilmente os pedidos de cada aluno em particular.

Aos alunos da turma, e de outras também, que aos poucos foram se ajuntando em momentos importantes nessa trajetória acadêmica. Em especial ao Antonio Sobreira, ao Ademir Terra, ao Fernando Ávila, ao César, ao Loboda, Jânio, Flávia Ikuta, Xisto e Priscila.

Ao pessoal do CEMESPP: Lika, Ana, Renilton, Everaldo, Tita, Oséias, Rafael, Fernando Amorim, Gabriel, Raquel, Rosiane, Nice, Eduardo, Fábio.

Aos funcionários da SUCEN (Marisa, russa Nice, Benê, Nacir, Ricardo, Paulo, Rosana, Akemi, Américo, Silvana, Miguel) aos quais faltei com o tempo necessário para partilhar do serviço em razão das ausências ocorridas. À direção, na pessoa de Susy, e ao departamento de pessoal pela facilitação do ponto e por apoiar o pleito.

Aos amigos do Instituto de Saúde, pela ajuda e colaboração no desenvolvimento do projeto, em especial à Roberta e Iracema.

E às pessoas a quem dedico esta tese, sem as quais nada disso seria possível.

EPÍGRAFE

“Em dia de sol você olha de longe uma paisagem e vê onde passa a linha que separa a luz da sombra. Ela pode cortar um pasto ao meio, e você vê o risco divisório na cobertura verde, vê os animais e as árvores que estão na luz e os que estão na sombra. E na cidade você vê nas paredes e no chão o que está cinzento e o que está dourado. E dentro da casa também, com o sol entrando por uma janela, você vê no soalho o risco bem nítido, isso se você está sentado ou em pé. Agora experimente ajoelhar no chão e determinar com uma régua o traçado da linha. Você vai deslizando a régua para um lado, não acha, e quando vê está na sombra. Desliza a régua para o outro lado, e quando vê está no sol.

(José J. Veiga, Torvelinho dia e noite)

Resumo: A tese apresentada parte da premissa de que o processo de descentralização iniciado na política de saúde brasileira a partir da Constituição Federal de 1988, e que tinha como caminho a municipalização dos serviços de saúde, é uma estratégia de democratização das relações entre as unidades federadas do nosso país. Com o passar do tempo, principalmente os anos 1990, o desenvolvimento necessário do Sistema Único de Saúde houve de abordar um dos princípios organizativos ainda pouco desenvolvido até então: a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde. O dispositivo normativo que veio a ser construído para esse fim foram as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS, dos anos de 2001 e 2002. Porém, esse princípio, da forma como foi construído e sua proposta de operacionalização significou, nesse período estudado, um risco real de retrocesso nos avanços obtidos pelo aprofundamento do princípio da descentralização ocorrido anteriormente. Esse risco é manifestado na forma de um discurso pela recentralização de diversas atividades e prerrogativas, até então repassadas aos municípios, para o âmbito da esfera estadual e da federação. Na leitura dos documentos legais, o *corpus*, bem como nos discursos proferidos pelos principais atores da arena política de negociação é possível localizar quem profere o discurso da regionalização como forma de impedir e/ou retroceder a descentralização, os estados. Estes são representados pelo CONASS.

palavras-chave: Regionalização do SUS. Descentralização. Regiões de saúde.

Abstract: The process to decentralize public health in Brazil had a great result when the Federal constitution was published in 1988, because it was an opportunity to stress the principles of relationship between the federate units of our country. In 1990's later, the development of the Brazilian Unified Health System, named SUS, had to approach one of the central principles still little boarded until then: regionalization and hierarchical services. In order to construct this, the Operational Norms of the Healthcare was defined between 2001 and 2002. However, our research points up how a real risk of retrocession in the advances gotten for the deepening of the beginning of the occurred decentralization previously. This risk was revealed in the form of a speech for the recentralization of diverse activities and prerogatives, until then replaced to the municipalities, for the scope of the state sphere of the federacy. In the reading of official documents as well as in the speeches pronounced for the social actors of the enclosure for negotiation politics is possible to locate who pronounces the speech of the regionalization as form to hinder and/or to come down the decentralization these are represented by the CONASS.

Key words: Regionalization of SUS. Decentralization. Regions health

LISTA DE SIGLAS

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho do Nacional dos Secretários de Saúde

DAD – Departamento de Apoio à Descentralização

GASE – Gestão avançada do sistema estadual

GPABA – Gestão plena da atenção básica ampliada

GPSE – Gestão plena do sistema estadual

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma operacional da assistência à saúde

NOB – Norma operacional básica

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de agentes comunitários de saúde

PDI – Plano diretor de investimento

PDR – Plano diretor de regionalização

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPI – Programação pactuada e integrada

PSF – Programa da Saúde da Família

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SES – secretaria estadual da saúde

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SPS – Secretaria de Políticas de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

Sumário

Apresentação	11
Introdução	17
A regionalização no SUS como questão normativa	22
A regionalização no SUS como questão política.....	26
Delimitação do campo da pesquisa	30
Capítulo 1 - Diálogo dos saberes	32
A organização dos serviços do Brasil em fins do século XX.....	42
Capítulo 2 – Caminhos da pesquisa.....	46
A busca da bibliografia de referência analítica	52
Recursos analíticos	53
Uma breve descrição dos principais atores.....	55
Capítulo 3 – Análise do <i>corpus</i>	61
Constituição Federal de 1988 – Seção II - Da Saúde.	62
Lei 8080 – Lei orgânica da saúde.....	63
Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde.....	67
A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei	69
NOB 01/93.....	75
Relatório da X Conferência Nacional de Saúde	77
NOB 01/96.....	82
O consórcio e a gestão municipal em saúde.	89
SUS – Descentralização.....	95
Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde.....	99
NOAS 2001	104
Recomendações para a implantação da NOAS 01	113

NOAS 2002	116
Comentários gerais sobre as análises dos documentos oficiais	117
Capítulo 4 - Instituições e suas falas	122
Falas do Ministério da Saúde.....	132
Posição dos estados referentes ao processo de regionalização.....	135
Capítulo 5 – Rumos da regionalização e a Geografia	142
Considerações finais	168
Referências bibliográficas	176
Bibliografias	183
<i>Corpus</i>	188

Apresentação

Este trabalho que agora apresento para apreciação da banca e do público em geral é produto de uma já longa trajetória nos meandros da saúde coletiva de São Paulo e, por que não dizer, do Brasil.

Ainda em 1988, após a conclusão do curso superior em Ciências Sociais participei do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Fundação do Desenvolvimento Administrativo do estado de São Paulo, FUNDAP, no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Nesse aprimoramento fui inserido no campo teórico-prático da saúde coletiva, este entendido como local privilegiado da pesquisa empírica dos sistemas e serviços de saúde brasileiros.

Esse aprimoramento teórico-prático na pesquisa em saúde coletiva teve como primeiro objeto as oficinas de Sistemas Locais de Saúde que a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) estava desenvolvendo no Brasil e que tinha como campos de experimento o estado da Bahia. No estado de São Paulo a instituição parceira para a difusão da proposta foi o Instituto de Saúde, e nesta época, em 1988, havia uma nova turma de aprimoramento ingressando no PAP, da qual fazia parte. Uma das tarefas que nos foi apresentada como parte do aprendizado era o estudo de casos de alguns municípios do interior e da Grande São Paulo como primeira aproximação para a construção dos sistemas locais no estado.

Após a conclusão do aprimoramento, finquei raízes no núcleo de investigação em sistemas locais de saúde no próprio Instituto de Saúde. O núcleo ficou por algum tempo marcado com o nome de SILOS e que de certa forma projetou-o no cenário nacional de pesquisas no tema.

Desenvolvia aqui trabalho não remunerado, que dividia com as aulas na rede estadual pública de ensino na periferia do município de São Paulo e do Taboão da Serra, aulas de geografia, disciplina que muito se ressentia da falta de professores.

Foi nesse núcleo, sob liderança da médica Luisa Sterman Heimann e do professor José da Rocha Carneiro, que ainda no início dos anos 1990 pudemos realizar uma pesquisa abrangente no estado de São Paulo sobre a descentralização dos serviços, segundo a estratégia da municipalização. Dessa pesquisa derivou um livro, editado pela Hucitec ainda em 1992, denominado “O

Município e a Saúde”. Analisávamos a experiência da municipalização dos serviços ainda sob a sombra do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde - SUDS. Este foi um trabalho de âmbito estadual que já indicava as perspectivas favoráveis da gestão da saúde quando entregue à administração municipal.

Porém o projeto SILOS foi mais uma experiência que um programa de governo e ficou restrito a algumas “vitrines” concretas como, por exemplo, os casos da Bahia, especialmente no município de Pau de Lima.

Entre finais de 1991 e 1994 minha participação no núcleo se restringiu ao tempo disponível, em razão de minha inserção como sociólogo na secretaria municipal da saúde de São Paulo, onde participava das oficinas de territorialização das unidades básicas de saúde e na construção do sistema de informações gerenciais e epidemiológicas no Distrito de Saúde do M’Boi Mirim, na zona sul. Também o núcleo reduziu suas atividades em razão de grande parte dos seus técnicos estarem participando das gestões do médico Eduardo Jorge e depois Carlos Neder à frente da secretaria da saúde, no governo Luiza Erundina.

Porém, tão logo a experiência democrática de construção do SUS no município foi estrangulada pela gestão Paulo Maluf e sua proposta de privatização travestida de terceirização do Plano de Atenção à Saúde – PAS, muitos técnicos retornam ao Instituto e antigo núcleo, mas que agora altera seu nome para Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde – NISIS.

Após o renascimento do núcleo com essa nova roupagem, continuamos a desenvolver outras investigações sobre essa política de saúde generosa e inclusiva que hoje é motivo de comparação positiva entre os sistemas internacionais de saúde.

Uma dessas investigações em âmbito nacional nos permitiu comparar os municípios em gestão semiplena segundo os parâmetros da NOB 93 e que resultou no segundo livro do núcleo, editado pela SOBRAVIME em 2000, denominado “Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando autonomia municipal”. Como o próprio título evidencia, a aposta do núcleo continuou pela descentralização via municipalização do sistema. Foram

estudados doze municípios do Brasil, em sete estados, de norte a sul, das regiões Nordeste, Sudeste e Sul. As regiões Norte e Centro Oeste não apresentavam municípios que atendessem a condição fundamental para seleção, estarem a mais de dois anos na época em gestão semiplena do sistema.

Tanto no primeiro trabalho quanto nesse anteriormente citado, as mazelas são expostas, porém sem que elas fossem entendidas como impeditivas para o aprofundamento da municipalização.

Ainda tendo como foco o município foi estudada a administração de Belo Horizonte na perspectiva da busca da equidade em saúde por intermédio das políticas diferenciadas em cada bairro da cidade. Este trabalho foi publicado, juntamente com outros realizados na América Latina e financiados pela instituição canadense IDRC (International Development Research Centre), no número especial dos Cadernos de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, volume 18 número 4, de 2002 sob o tema comum da equidade e as reformas dos sistemas de saúde na América Latina e Caribe. O artigo foi nominado de “Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997”.

No início dos anos 2000 nossa preocupação volta-se para o tema do financiamento do SUS. Havia pouco tempo de implantado o Piso da Atenção Básica e pouco a pouco o pós-pagamento via faturamento dos procedimentos estava sendo substituído por mecanismos de repasses automáticos do Ministério da Saúde aos fundos de saúde dos estados e municípios, conforme planejamento prévio de metas e objetivos a serem atingidos pelas secretarias de saúde. Esse é um processo em andamento e ainda muito controverso. No entanto, em estudo de fontes secundárias fizemos uma radiografia do financiamento nos mais de 5.500 municípios que possuíam informações no SIOPS, o sistema de informações do orçamento da saúde para as três esferas de governo. A preocupação central foi analisar os critérios de alocação de recursos com vistas à equidade do sistema no Brasil como um todo. Desenvolvemos dois indicadores: um de condições de vida e saúde e outro de resposta do sistema de saúde aos problemas de saúde dos municípios, bem

como uma fórmula de partilha denominada de “fator de equidade no SUS”. Esse trabalho resultou no cd-rom “Quantos Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS”.

A última grande investigação da qual participei no núcleo foi um estudo sobre a região metropolitana de São Paulo e a relação entre o subsistema público de saúde e o subsistema privado. Também a tônica foi a equidade, somente que agora no acesso aos serviços pela população. O resultado desse trabalho foi a organização do livro “O público e o privado na saúde” lançado pela editora Hucitec em 2005.

Desde 2003 faço parte da equipe de pesquisadores da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN), na regional de Presidente Prudente. Nessa instituição tenho a possibilidade de participar do Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari, composto por cinco municípios, como representante institucional. Esta participação me permitiu compartilhar as dificuldades e conquistas da construção da proposta de regionalização solidária que o Pacto Pela Saúde tenta a duras penas consolidar. É uma experiência única vivenciar a luta de pequenos municípios para resolverem seus problemas de forma cooperativa.

Da SUCEN, também, pude me inserir no grupo de pesquisa sobre políticas públicas do departamento de Geografia da UNESP de Presidente Prudente (CEMESPP). É daqui que se origina a preocupação com o problema da regionalização da saúde, na perspectiva da geografia e da epidemiologia, como construção política. E é aqui que encontro o orientador e parceiro nessa caminhada que as páginas seguintes irão tentar descrever.

A tese se organiza em cinco capítulos. No primeiro mostro a interface entre as duas ciências em diálogo, a geografia e a epidemiologia. Como nascem em momentos históricos simultâneos e se desenvolvem sob a égide da mesma racionalidade positiva e como suas trajetórias se divergem e convergem no século XX.

No segundo capítulo apresento os recursos metodológicos utilizados na pesquisa do material de análise e no procedimento analítico utilizado na leitura dos documentos oficiais que estruturam o sistema de saúde brasileiro,

buscando desvelar a lógica discursiva que sustenta a tese do movimento conservador de (re)centralização do sistema na esfera estadual após mais de 10 anos de municipalização do sistema.

No terceiro capítulo realizo propriamente a análise do material. Seguindo linearmente no tempo a construção das normas e leis que regem o SUS, mostrando de que forma o aparecimento e desaparecimento de temas atinentes à organização dos serviços no âmbito municipal e intermunicipal são indícios claros da tentativa de seqüestro das prerrogativas municipais na gestão SUS pelos estados, unidades da federação.

No quarto capítulo apresento as principais instituições e atores no cenário da construção do SUS, que participam dos fóruns institucionais gerenciais, a comissão tripartite e as comissões bipartites de saúde: o ministério da saúde, o CONASS e o CONASEMS. Por meio da explicitação de suas falas procuro ilustrar os resultados expressos anteriormente na legislação analisada.

No quinto capítulo faço uma singela incursão no campo da Geografia, mais fazendo provocações que propriamente colaborando no avanço conceitual do tema da regionalização e da região. Desenvolvo a idéia de que informam as propostas de regionalização na saúde duas formas de pensamento da geografia, a de Vidal de La Blache e de Christaller. Sendo verdadeira a provocação, é uma boa porta de entrada de futuras pesquisas.

Espero que esta apresentação tenha sinalizado o porquê um sociólogo, que enveredou pelas práticas e estudos da saúde coletiva há mais de 20 anos, veio a se embrenhar no campo da Geografia.

Introdução

No processo contemporâneo de redemocratização da sociedade brasileira, a Constituição promulgada em 1988 configura-se como um importante marco, uma vez que define garantias individuais e sociais e assegura a descentralização política e administrativa. Nela estabeleceu-se, pela primeira vez em nossa história, um abrangente sistema de Seguridade Social, incluindo o setor saúde. A saúde passou a constituir um direito de todos e um dever do Estado e as ações e serviços de saúde foram considerados de relevância pública. As diretrizes do Sistema Único de Saúde -SUS, segundo o artigo 198, são: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A implementação do SUS, de acordo com os princípios estabelecidos pelas Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), prevê a descentralização político-administrativa com comando único em cada esfera de governo, enfatizando a municipalização dos serviços. Prevê ainda a regionalização e hierarquização da rede de saúde em níveis de complexidade crescente e a integração de atividades e serviços nas regiões, sejam os serviços estatais ou privados contratados/conveniados.

O Poder Executivo, a partir da década de 1990, emitiu portarias que tinham como objetivo regular¹ e colocar em prática o SUS: as denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs), com versões em 1991, 1992, 1993 e 1996. Para melhor compreender o processo de implementação do SUS na última década, é importante resgatar o conteúdo das NOBs no que se refere ao princípio da regionalização, bem como as críticas trazidas por alguns autores.

A regionalização em sistemas de saúde tem sido estudada sob as mais variadas concepções e enfoques, constituindo-se em um processo complexo que se reveste de distintas formas de aplicação, dado a polissemia inerente ao conceito. São, pois, variadas as abordagens e perspectivas relativas à regionalização, encontráveis de maneira abrangente na literatura de muitas áreas do conhecimento que tratam o tema.

¹ Vale lembrar que este termo está sendo usado não no sentido de estabelecer regras de operação do mercado, mas de regulamentar a política de saúde brasileira, como aparece na Lei 8080 de 1990.

No caso do setor Saúde, Artmann e Rivera (2005), em levantamento sobre o tema da regionalização de sistemas de saúde, apontam que, segundo Dawson, na Inglaterra dos anos 1920, o modelo de organização do sistema de saúde era regionalizado e hierarquizado, estabelecendo como porta de entrada um “Centro de Saúde Primário”. Isto implicaria em uma concepção de implantação de sistema de caráter racionalizador dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica que possibilitaria a maximização da atenção nos centros primários, enquanto os demais serviços seriam usados de acordo com as necessidades individuais do paciente (Cf. ARTMANN e RIVERA, 2005, p. 1).

Para Somers & Somers (apud ARTMANN e RIVERA, 2005, p. 2), a regionalização é um sistema de alocação de recursos com distribuição geográfica adequada das instalações de saúde, recursos humanos e programas, visando uma cobertura integral da atenção e integração das ações, dentro de uma base populacional definida. Neste caso, a regionalização ofereceria o máximo da atenção à saúde no nível local do sistema, equilibrando “desejos e necessidades do público de ter serviços de saúde perto de suas casas, assim como instalações centralizadas de maior prestígio e complexidade”. O objetivo seria facilitar o acesso e oferecer alta qualidade dos serviços com baixo custo, com equidade e resposta rápida aos desejos e necessidades dos “consumidores”.

A regionalização pode também se referir aos serviços privados, como acontece no sistema de saúde norte-americano. Neste caso, os serviços de saúde se organizam pela lógica do mercado, uma distribuição segundo o tamanho das empresas, denominada “teoria do sítio central” (ARTMANN e RIVERA, 2005, p. 3), orientada pelo volume da demanda para cada unidade, pela economia de escala de produção e pelos custos de transporte. A proposta, neste caso, é equilibrar a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde. A distância é “o critério mais importante para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado” (idem, p. 4). Os autores observam que, no caso brasileiro, considerando a dimensão do país e sua heterogeneidade, o

principal critério deveria ser o acesso e não a distância, considerando e contextualizando parâmetros com adaptações viáveis e que afetassem positivamente a situação problema.

Ainda no caso do Brasil, Artmann e Rivera (2005) apontam Mendes como um autor que define adequadamente os princípios da regionalização, a saber: intersectorialidade, orientação por problemas, descentralização, planejamento e programação local, hierarquização, intercomplementaridade e integralidade.

Esses princípios são, resumidamente, definidos da seguinte forma pelo autor apontado.

Intersetorialidade: como os problemas de saúde são problemas complexos, obrigam que para seu enfrentamento tenha-se que se operar de maneira matricial, envolvendo vários setores do governo.

Orientação por problemas: como há comprovação empírica de que um pequeno número de causas é responsável por 70% dos problemas de saúde, deve-se identificar e descrever essas causas para atuar sobre elas. Dessa forma poder-se-ia causar impacto sobre as condições de saúde da população.

Descentralização: aproximar a autoridade sanitária da menor unidade territorial do sistema de saúde.

Planejamento e programação local: considera o espaço local como espaço político onde se reconhece os atores fundamentais para o levantamento de problemas a serem enfrentados. O planejamento estratégico substitui o planejamento normativo que não dá conta desse problema complexo que é o processo saúde doença.

Hierarquização: está fundamentada na lógica de que é possível resolver determinado conjunto de problemas de saúde, com certa eficácia, utilizando-se de “tecnologias adequadas” em função do nível de atenção exigido. Esses níveis de atenção podem ser classificados em primário, secundário e terciário.

Intercomplementaridade: se refere ao princípio de que cada unidade mínima do sistema, os distritos sanitários, não são entes autônomos e

dependem de planos hierárquicos superiores e estes só se justificam por aqueles.

Integralidade: “implica reconhecer a univocidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto das ações promocionais, curativas, preventivas e de reabilitação e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social.” (p. 4-6)

No entanto, em nosso país, observam-se alguns problemas para operacionalização desses princípios como, por exemplo, um fraco desenvolvimento das capacidades gestoras das Secretarias Estaduais da Saúde (SES) e de suas estruturas intermediárias (divisões regionais do estado), além de dificuldades na implementação efetiva de um sistema de referência e contra-referência de atenção dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro problema apontado é a “dificuldade de estabelecer uma estrutura de gestão e planejamento permanente no nível microrregional, de consolidar instâncias colegiadas de articulação dos municípios da área e de garantir a continuidade de uma política de suporte das SES” (ARTMANN e RIVERA, 2005, p. 29). Entretanto, não basta apenas definir a priori unidades territoriais de planejamento regionalizado, mas é necessário definir fluxos de referência e contra-referência e, principalmente, potencializar a disposição para o diálogo entre as três esferas de gestão, municipal, estadual e federal. (ARTMANN e RIVERA, 2005).

Assim, se se imagina avançar na discussão da regionalização faz-se necessário, ademais e concomitantemente ao modelo de atenção, balizar seu tratamento em termos legais, políticos, institucionais e operacionais.

A regionalização no SUS como questão normativa

Com a NOB 93 se pretendia disciplinar o processo de descentralização das ações e dos serviços e recuperar a autonomia do gestor municipal do sistema. A descentralização assumiu um caráter complexo e, dentre os pressupostos que a fundamentaram, estavam a redistribuição de poder, a pactuação e o financiamento compartilhado entre as três esferas de governo, sendo os conselhos de saúde um mecanismo privilegiado de participação e controle social.

Esta NOB visava reformular completamente o modelo assistencial dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemático e fragmentado, sem garantia de qualidade. A regionalização era entendida como uma articulação e uma mobilização municipal que considerava características geográficas, o fluxo de demanda, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços e a vontade política expressa pelos municípios para estabelecer consórcios ou outra relação de caráter cooperativo.

Posteriormente, foi formulada a NOB 94, que representava um aumento no aporte de recursos para a saúde e, por esse mesmo motivo, foi vetada pelo Ministério da Fazenda.

Com a NOB 01/96, segundo o texto da portaria, tinha-se por objetivo induzir a conformação de um novo modelo de atenção à saúde, disciplinando a organização da gestão e enfatizando a consolidação da direção única em cada esfera de governo, além da construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. O instrumento utilizado para tanto foi a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que explicitava o pacto estabelecido entre as três esferas de governo e traduzia responsabilidades dos municípios para garantir o acesso aos serviços de saúde. A PPI deveria ser um processo ascendente, com base municipal e cooperação técnica e financeira dos envolvidos.

Segundo Bueno e Merhy (1997), apesar da NOB 01/96 ser um instrumento importante na operacionalização do sistema, suas propostas eram contraditórias. Ao mesmo tempo em que apontava relações de autonomia do

município como gestor pleno, estabelecia incentivos de financiamento de modo verticalizado, desrespeitando diferentes realidades sociais e sanitárias de cada região, o que interferiria na diretriz da regionalização.

Para Carvalho (2001a) a NOB 01/96 enfatizou a regionalização e introduziu uma mudança no financiamento, que passou a ser estabelecido por tetos consensuados na PPI e, portanto, diferente do estabelecido na NOB 93. No entanto, o mesmo autor observa a existência de indefinições que impossibilitaram sua efetivação. Além disso, a divisão das formas de habilitação no sistema em Gestão Plena do Sistema e da Atenção Básica poderia ser entendida como uma segmentação em dois subsistemas paralelos e independentes e não um sistema único, regionalizado e hierarquizado como preconizam os princípios do SUS.

O Ministério da Saúde editou, a partir do ano 2001, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002. A regionalização, como princípio do SUS, também foi abordada nessas Normas Operacionais, por vezes como instrumento de gestão, o que indica a necessidade de aprofundamento.

A NOAS 01/2001 considerou a diversidade de porte dos municípios e estados brasileiros e as dificuldades de organização de um sistema funcional de saúde, que garantisse universalidade e integralidade, frente à complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988. Considerou-se também necessária a superação de entraves burocráticos ao acesso a serviços e evitar a desintegração organizacional, a competição entre órgãos gestores e a atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos. A partir destas constatações propôs o aprofundamento do processo de descentralização, enfatizando a regionalização e o aumento da equidade, para a organização de “sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da Secretaria de Estado da Saúde - SES” (NOAS 01/2001).

Diante disso, a definição do papel das secretarias estaduais e

municipais no sistema envolve, além de noções como a de território - para a identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes assistenciais regionalizadas e resolutivas - capacidades técnico-operacionais, para as funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

Para Mendes (apud ARTMANN e RIVERA, 2005, p. 11) a divisão em microrregiões dos serviços de saúde justifica-se na NOAS pela criação de uma possibilidade de cooperação mais próxima e concreta entre a secretaria estadual e as municipais, bem como de uma instância permanente de negociação, além de viabilizar a transição de uma regionalização político-administrativa para uma regionalização funcional-assistencial. Esta divisão também permitiria criar uma base territorial permanente para a Programação Pactuada e Integrada-PPI e desta forma ajustar a oferta de serviços de saúde, eliminando a sobre-oferta e reduzindo a sub-oferta; diminuiria a pressão da demanda por serviços localizados nos pólos, especialmente nas regiões metropolitanas; poderia superar a fragmentação dos serviços e instituir um sistema integrado de saúde; favoreceria a cooperação intermunicipal e com a SES e, finalmente, melhoraria o controle público. Segundo Artmann e Rivera (2005), a importância desta proposta está na ênfase do planejamento pactuado de natureza estratégica, o que seria fundamental na conformação de sistemas integrados de saúde.

De acordo com Carvalho (2001b), observa-se equívocos quanto à concepção, ao processo e ao conteúdo da NOAS 01/2001. Os erros de concepção estariam na defesa da descentralização e regionalização verticalizada, com decisões prioritariamente tomadas pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais. Isso provocaria uma distância entre a gestão e as necessidades da população. Dentre os erros de processo da NOAS, ressalta a negociação como um ganho apenas do poder central, que passaria a tomar decisões unilaterais sem interlocução com as Comissões Intergestores

Bipartite²-CIB. Este autor aponta como erro de conteúdo da NOAS a criação unilateral e sobreposição de novos instrumentos de planejamento, as agendas de saúde nacional e estadual antecedendo a municipal, caracterizando uma hierarquização inversa.

A NOAS 01/2002, que entrou em vigor por meio da portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, refere que sua edição foi resultado das críticas dos gestores estaduais e municipais, que encontraram dificuldades na implementação da NOAS 01/2001, especialmente para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS, para assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais e para explicitar os mecanismos de gestão estadual necessários à efetivação das referências intermunicipais. Assim, a NOAS 01/2002 manteve as diretrizes organizativas definidas pela NOAS 01/2001 e procurou oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

² Essa comissão é parte da estrutura de poder do SUS no âmbito estadual. Reúne representantes das secretarias municipais e da secretaria estadual da saúde

A regionalização no SUS como questão política

No ano de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o Plano Nacional de Saúde – PNS, cujo objetivo foi constituir um instrumento de planejamento, incluindo em seu conteúdo o processo de regionalização. No âmbito federal do SUS, o PNS foi considerado pelo Ministério uma iniciativa inédita, ou seja, este seria o primeiro plano nacional de saúde elaborado, embora, desde 1990, distintos dispositivos legais já tratassem de forma específica este instrumento de gestão. Desde a NOB 93, os planos de saúde foram exigidos para a habilitação de estados e municípios a uma das formas de gestão.

É necessário considerar que o plano de saúde é a base das atividades e das programações das diferentes esferas de governo, cumprindo papel central no processo de implementação e de regionalização do SUS.

A regionalização é abordada no PNS juntamente com o aperfeiçoamento da gestão descentralizada, devendo contar com medidas de apoio às esferas estadual e municipal. Para qualificar a política de regionalização do SUS ficou estabelecida uma articulação do Ministério da Saúde com a política nacional de desenvolvimento, favorecendo o desenvolvimento de políticas intersetoriais.

Dentre as metas de regionalização do PNS para o período de 2004 a 2007, estavam a regionalização e a hierarquização de ações e serviços de saúde do SUS, implementando 200 regiões de saúde; a criação de 120 instâncias de planejamento e co-gestão das ações e serviços regionalizados do SUS; e o desenvolvimento de um projeto de fortalecimento da gestão em todos os estados e em 400 municípios.

O PNS não explicita os critérios usados para estabelecer estas metas. Apesar de o Plano contemplar uma proposta de regionalização, o que evidencia a importância do tema, não há referências a uma forma de operacionalização concreta de ações para atingir as metas enunciadas.

Porém, em agosto de 2004 o Ministério da Saúde realizou a oficina ‘Agenda do Pacto de Gestão’, cujos objetivos eram iniciar a discussão da

revisão do processo normativo do SUS e estabelecer as diretrizes, eixos temáticos e metodologia de trabalho, visando elaborar propostas para pactuação de questões fundamentais do processo de Gestão do SUS. Participaram dessa oficina os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS e do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Nessa oficina ficou decidido que os trabalhos dos Grupos Temáticos da Comissão Intergestores Tripartite³-CIT, no desenvolvimento dos temas e propostas para a revisão do processo normativo do SUS e formulação de propostas de inovação para a gestão do sistema, seriam coordenados pela Câmara Técnica da CIT.

Foram reconhecidas as limitações da configuração normativa vigente no SUS, com vistas às “possibilidades de superação de impasses e dificuldades característicos ao campo da gestão pública em Saúde”, que se inserem em um “contexto diverso, plural e heterogêneo das situações e serviços de saúde no Brasil”, sendo necessário também considerar as inúmeras contingências de ordem econômica e organizacional. Reconhecer essas restrições “implica compartilhar responsabilidades quanto aos desafios de inovação numa conjuntura política oportuna, quando se alinham e se conjugam os interesses e esforços de governo para a consolidação do SUS”. Como decorrência coloca-se como objetivo imediato a “qualificação dos processos de gestão do SUS, tanto no âmbito de cada esfera de governo como nas relações intergovernamentais”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 8)

Foi proposta a constituição de uma “agenda de decisões tripartite”, visando a “efetivação de acordos entre os entes federados para a reforma de alguns aspectos da institucionalidade vigente que promova inovações em alguns processos e instrumentos de gestão”. Esperava-se obter, como resultado dessa pactuação, a qualificação da gestão pública do SUS, a melhoria da efetividade, da eficiência e da qualidade das respostas do sistema.

³ Essa comissão é parte da estrutura de poder do SUS no âmbito federal. Reúne representantes das secretarias municipais, das estaduais e do Ministério da Saúde.

Para tanto, seria imperativo definir e explicitar as “responsabilidades sanitárias de cada ente governamental, de cada sistema e serviço, de modo a se produzir ações integrais de saúde em função das necessidades populacionais e em razão da equidade social”

Os eixos temáticos deste Pacto de Gestão devem contemplar uma redefinição consensual sobre: 1) Financiamento; 2) Responsabilidade sanitária de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde; 3) Planejamento, programação e avaliação; 4) Organização da atenção; 5) Regionalização; 6) Regulação e normalização do Sistema; 7) Participação social e controle público do Sistema; 8) 0. Gestão do trabalho em Saúde.

Foram sugeridos alguns temas indicativos e específicos sobre a regionalização, a cargo dos Grupos de Trabalho “Gestão do SUS e Atenção à Saúde”:

- Instituir sistemas regionais de saúde como espaços de gestão, pactuação e orçamentação;
- Constituir espaços deliberativos regionais,
- Reavaliar os instrumentos e mecanismos da regionalização,
- Definir estruturas para atender a lógica de planejamento e programação regional.

Em outubro de 2004, o Ministério apresentou o documento “Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde: Proposta do Ministério da Saúde para a definição de compromissos com ações de curto prazo”, um conjunto de proposições referentes a responsabilidades com resultados, responsabilidades na oferta de ações e responsabilidades no processo de gestão, que expressam compromissos a serem assumidos no curto prazo, com o intuito de contribuir para orientar a discussão com os gestores e o processo de pactuação.

No que diz respeito às responsabilidades dos gestores no processo de gestão, foram alinhadas 17 propostas, entre as quais destacamos aquelas que abordam diretamente a regionalização:

1. Incremento do processo de regionalização do sistema de saúde, implantando e implementando as Comissões Bipartites Regionais, com a participação de todos os municípios, sob a coordenação das SES e apoio do MS;

2. Implantação e qualificação de espaços e formas de participação social e controle público no âmbito regional, tais como as plenárias regionais de saúde;

3. Orientação dos investimentos para correção das iniquidades e desigualdades através do fortalecimento dos sistemas regionais de saúde;

4. Instituição de mecanismos de transferência de recursos financeiros para o custeio das ações e serviços de saúde, dos estados para os municípios, alocados fundo-a fundo.

Pode-se afirmar que, a partir da aprovação do Plano Nacional de Saúde pelo CNS, o debate em torno do Pacto de Gestão estabeleceu uma agenda para a tentativa de solução negociada dos vários problemas do SUS. Particularmente em relação à regionalização, pode-se prever dificuldade maior nas negociações, na medida em que se torna cada vez mais clara a natureza política dos obstáculos, que extrapolam a área específica da saúde.

Posto o problema nos termos até agora relacionados e discutidos cumpre fazer a pergunta fundamental: e a geografia nisso tudo? Qual a contribuição do conhecimento geográfico, especificamente acerca do conceito de região, para esse processo de regionalização que ora se processa no Brasil a fim de se estruturar o Sistema Único de Saúde?

Delimitação do campo da pesquisa

Da apresentação do problema da perspectiva dos autores críticos do campo da saúde, bem como dos gestores federais que formulam as novas propostas de regionalização do SUS como uma estratégia de distribuição e organização do sistema de cuidados da saúde das populações dos diversos municípios e unidades da federação, podemos afirmar que a noção de regionalização é tributária do que Guimarães (2005) denomina de visão “ibegeana”, que mantém a tradição tecnocrática de pensar a região como uma unidade geométrica e hierárquica. Ainda segundo o mesmo autor, essa seria uma influência da escola americana denominada ‘New Geography’ ou geografia teórica, que se acentuou no staff do IBGE nos anos 1960, e que teria como consequência a primazia da intervenção estatal no planejamento territorial.

A necessidade do debate sobre regionalização, ou seja: “[...] questões referentes ao como regionalizar, ao como elaborar a divisão regional, ao como proceder à análise regional (LENCIONI, 2003: p. 22)” além de remeter ao desenvolvimento interno da Geografia, como quer a autora, tem caráter eminentemente operativo no campo das práticas sociais da saúde. No entanto, esse caráter prático se apresenta como um problema dado o lócus de definição da própria regionalização, ou seja, o Estado.

Nesta perspectiva ganha relevância a contribuição da escola marxista de pensamento na teorização acerca da regionalização. Esta entendida como prática social (LENCIONI, 2003: p. 165) é produto direto da intervenção do Estado em um espaço político delimitado, portanto território. No entanto, o problema dessa perspectiva, em verdade, seria o conceito de Estado utilizado. Problema, claro, para o objeto especificado nesse pré-projeto. O Estado entendido como unidade mínima de circunscrição espacial, inserido num sistema internacional e mundial de produção de mercadorias, não seria permeável a injunções internas para (re)configurações regionais conforme

tensões entre os entes subnacionais. Certamente aqui se coloca mais uma hipótese a ser verificada que uma tese.

Os impasses apresentados pela política de regionalização do SUS justamente se inserem nas relações que se estabelecem entre os entes federados da União e as unidades municipais. Essas são relações que no campo da geografia podem-se denominar de escalares, ou seja, objetivação da política de hierarquização que argamassa o sistema. Fatalmente essa orientação desaguaria naquilo que Guimarães (2005) coloca em suspeição: seria o nível regional um 4º nível de gestão?

Portanto, tão pertinente quanto a necessidade de análise da natureza do Estado, de seu papel, de suas relações com a sociedade, entre seus componentes e entre estados, como quer Andrade (1995), é a necessidade de se estudar e analisar de que forma essa categoria é entendida pelas correntes teóricas da geografia brasileira que informam os formuladores da política de saúde. Essa análise é crucial para se pensar a regionalização como fenômeno dinâmico e processual, em que os atores políticos em cena, para além do Estado, sejam todos considerados sujeitos na apropriação do espaço.

Capítulo 1 - Diálogo dos saberes

A epidemiologia e a geografia são ciências coetâneas, ambas iniciam sua estruturação epistemológica e teórica a partir do século XIX. Ambas serão influenciadas pelo espírito da época, que tinha como eixo estruturante o predomínio da razão, que foi a marca preponderante do longo movimento de ‘desencantamento do mundo’⁴ desde a renascença até a consolidação da ciência como forma de pensar o mundo tão legítima quanto a religião. Mas ambas também têm suas origens datada de antes da era cristã, repousando na tradição ocidental do conhecimento greco-romano.

As relações entre o homem e seu entorno, seja em sua expressão natural ou humanizada e social, é uma preocupação central da epidemiologia desde Hipócrates de *Dos Ares, Águas e Lugares* até a teoria da eco-epidemiologia de Susser (BARATA, 2005). Será também essa preocupação que irá se constituir na interface entre as incipientes geografia e epidemiologia do século XIX.

O início da epidemiologia como raciocínio científico é considerado o estudo de John Snow, publicado em 1855, sobre a epidemia da cólera entre os anos de 1849 e 1854 em Londres (*Sobre a Maneira de Transmissão da Cólera*) (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1990). Nesse estudo o epidemiologista inglês descreve e analisa cada caso da moléstia e o que vai diferenciar seus achados sobre a epidemia e o que será crucial para sua explicação decorrerá do mapeamento dos casos a partir da descoberta dos locais de moradia e trabalho das pessoas adoecidas e os deslocamentos que estes faziam no decorrer dos dias. Ou seja, o estudo dos lugares irá determinar a descoberta da causa daquela persistente moléstia que acompanhava a civilização inglesa principalmente após a intensa urbanização que ocorreria na segunda revolução industrial.

O raciocínio epidemiológico se assenta na interpretação dos fenômenos de morte e de morbidade decorrente das perguntas: quando (tempo), onde

⁴ Termo cunhado por Max Weber em referência ao processo de racionalização da vida cotidiana..

(espaço) e quem (pessoas). Esse raciocínio é anterior à instituição da epidemiologia como conhecimento científico. Através do desenvolvimento dessa ciência particular o foco principal da preocupação em explicar aqueles fenômenos vai se deslocando conforme a corrente filosófica a que se filie o corpo teórico epidemiológico.

A Epidemiologia clássica tem como eixo explicativo a tríade agente etiológico – hospedeiro (homem) – meio. Portanto seu foco será centralizado na pergunta “onde?”, ou seja, terá como principal fator explicativo a influência do meio (onde, espaço) na causalidade das patologias. A descoberta dos microorganismos realizada no final do século XIX será a pedra de toque em todo arcabouço teórico dessa nova ciência que ganharia maturidade no decorrer da primeira metade do século XX.

Aquela descoberta permitiu aos pesquisadores realizarem suas pesquisas tendo como perguntas a responder ‘onde’ e em ‘quem’, pois a categoria tempo seria fundamental somente na explicação da resposta do organismo humano à terapia medicamentosa indicada para o tipo específico de agente etiológico.

A chamada epidemiologia crítica, que se assenta na absorção das categorias de análise da teoria social marxista, terá como foco central a resposta à pergunta ‘quem?’, uma vez que sua busca da explicação da distribuição das patologias nos seres humanos estará sujeita à identificação de qual classe social pertence tal ou qual indivíduo ou grupo de indivíduos que manifestou ou manifestaram tais patologias. Também faz parte da resposta saber de que forma esses indivíduos se inserem nas relações de produção da sociedade em estudo, não tendo a mesma relevância onde (espaço) isso ocorre. Mais importante ainda será o tempo histórico em que ocorrem os fenômenos, a distribuição das patologias e causas de mortes.

Está se fazendo aqui esse breviário de algumas idéias explicativas da epidemiologia como forma de mostrar a enorme afinidade de problemas que aproximam as duas ciências de mesma idade e forjada nas mesmas tentativas

angustiadas de entender as relações entre o homem e seu meio de existência, e de como este pode ou não determinar suas condições de vida e saúde.

O espaço sempre foi elemento importante na composição do corpo teórico da epidemiologia. E, na tentativa de compor os quadros causais das diversas doenças que apareciam, desapareciam e reapareciam no transcorrer da história do homem, os estudiosos do campo da medicina, *latu sensu*, procuraram categorizá-lo como um fator explicativo dos fenômenos. Inicialmente sua composição de atributos físicos é o que sobressai: clima, relevo, vegetação, topografia. Esses atributos são estudados como determinantes da distribuição das doenças (SILVA, 1997). É assim na teoria dos miasmas, e também é assim na teoria ecológica das doenças, principalmente infecto-contagiosas e parasitárias. Depois como espaço de acontecimento de relações sociais, e de produção de relações sociais. Ou seja, os percursos teóricos em relação a essa categoria analítica tanto da Epidemiologia quanto da Geografia são muito similares no estabelecimento de suas bases científicas.

É relevante lembrar que na história da epidemiologia e das ciências médicas tem-se que o tratamento mais sistematizado do espaço como fator explicativo das causas de doenças ocorreu ainda no século XVIII, mais precisamente em 1792 com o aparecimento da obra de Ludwig Finke, *An attempt at general medical practical geography*. Essa obra é 'considerada o marco da geografia médica'(BOUSQUAT & COHN, 2004). Notável sobre isso é que antes mesmo da Geografia se estabelecer como ciência autônoma se localiza uma obra que funda uma ciência mista, a geografia médica. A interpenetração e a troca de categorias analíticas entre esses dois campos de conhecimento é mais longa e intensa do que entre a epidemiologia e outras ciências humanas. Evidentemente que aqui ocorre uma questão de perspectiva, a da epidemiologia, que é o campo de onde se está a historiar o uso do conceito de espaço.

Apesar dessa aparente precedência do campo médico no tratamento da relação entre espaço e saúde, a Epidemiologia em muito seguiu as discussões

e desenvolvimento do aparato conceitual da Geografia, principalmente no decorrer do século XX. A teoria de Vidal de La Blache, principalmente o conceito de gênero de vida iria exercer forte influência na geografia médica até a década de 1970 (BOUSQUAT & COHN, 2004). O conceito de complexo patogênico de Max Sorre foi considerado em vários trabalhos dentro desse temário. Em meio a esses dois geógrafos um parasitologista russo constrói uma explicação para as doenças parasitárias denominado de teoria dos focos naturais:

Um foco natural de doença existe quando há um clima, vegetação, solo específicos e micro-clima favorável nos lugares onde vivem vetores, doadores e recipientes de infecção. Em outras palavras, um foco natural de doenças é relacionado a uma paisagem geográfica específica, tais como a taiga com certa composição botânica, um quente deserto de areia, uma estepe, etc., isto é, uma biogeocoenosis. O homem torna-se vítima de uma doença animal com foco natural somente quando permanece no território destes focos naturais em uma estação do ano definida e é atacado como uma presa por vetores que lhe sugam o sangue. (PAVLOVSKY, s/d:19 apud, CZERESNIA & RIBEIRO, 2000, p. 598).

Max Sorre irá humanizar esse espaço natural assim entendido por Pavlovsky, inserindo a ação humana como modificadora desse espaço, produzindo assim espaço transformado, o espaço geográfico. Esse espaço é entendido como o meio natural e o meio produzido pelo homem ou meio culturalmente transformado como preferem alguns autores. Como derivada lógica, o foco natural, como tal, deixa de existir e o complexo patogênico é construído como categoria explicativa das relações entre homem e meio e suas casuais manifestações mórbidas no ser humano. No entanto, não escapa da teoria da causalidade das doenças a partir da teoria dos germes (CZERESNIA & RIBEIRO, 2000), mesmo inserindo na explicação da manifestação da morbidade o gênero de vida de cada grupo de indivíduos ou indivíduo.

A teoria do germe associada à crescente matematização e ao desenvolvimento da estatística irá definir fortemente o paradigma explicativo da epidemiologia. Nesse campo esse processo ocorre já no início do século XX,

sendo que esse mesmo fenômeno irá ocorrer na Geografia apenas em meados do mesmo século.

Na Epidemiologia, tal qual na Geografia, também o problema da determinação das causas dos fenômenos é assunto controverso e apresenta movimentos de aparecimento, supressão e reaparecimento. No caso da epidemiologia é importante ressaltar que sua gênese pode ser considerada como o que hoje poderia se chamar de “epidemiologia social”. Guardada as distâncias que se obrigam à comparação com a alcunha da corrente que apareceu nas décadas de 60 e 70 do século passado com a introdução dos conceitos marxistas de classe social, relações de classe e modos de produção na tentativa de explicação da morbi-mortalidade das populações dos países em estudo.

Essa proto-epidemiologia que estudava as condições de moradia, de renda e habitação dos trabalhadores da Europa, bem com o seu consumo de serviços médicos surgiu já em fins do século 18. “Os trabalhos de Virchow e Snow, além de tantos outros autores, também associam condições de vida e processos de adoecimento, fortalecendo a idéia de que as intervenções para terem eficácia, devem estar baseadas no conhecimento das tendências de distribuição dos casos, características dos indivíduos acometidos, espacialização e ocorrência em períodos anteriores”. (BARATA, 2005, p.9)

No entanto esse entendimento não acontecia da mesma maneira em todos lugares, assim como a ações que derivavam desse entendimento também não. O momento histórico e político que cada nação se encontrava parece ser fundamental na conformação do conjunto de procedimentos a serem adotados.

O momento da nação francesa, por exemplo, fundando a nova filosofia política do mundo contemporâneo, cujo escopo estava baseado no lema da liberdade, fraternidade e igualdade, organiza suas respostas ou tentativas de resposta aos problemas de saúde e de mendicância de seus povos, principalmente dos moradores das cidades, de maneira distinta da incipiente nação alemã.

A forma de pensar as soluções no caso francês estava diretamente relacionada a sua situação histórica: a tentativa de organizar os serviços de assistência social e médicos tinha como premissa que era obrigação do estado e da sociedade garantir aos seus enfermos pobres a atenção necessária. O cidadão trabalhador era o bem mais precioso para o país e a sociedade, e para ele sua saúde era esse bem.

Na Inglaterra da segunda revolução industrial, do Estado sem constituição escrita e do liberalismo econômico o Estado tinha aquela obrigação também, mas a solução para todos os males deveria ser o esforço individual como mola mestra da vida em sociedade.

Na Alemanha havia a preeminência do estado sobre o indivíduo e sobre a sociedade⁵, aqui também a preocupação com a saúde das pessoas era discutida pela administração pública, mas a saúde da Sociedade era vista como a saúde do Estado. A saúde era uma questão de estado. Nesse aspecto havia diferenças de intervenção dos estados alemães no atendimento das necessidades de saúde. É diante desse papel assumido pelo estado que surge a idéia de polícia médica que tanto teve influência em alguns países da Europa central e mesmo fora deles. A diferença fundamental é que a intervenção era organizada a partir de preceitos legislativos e administrativos, cuja principal orientação era garantir ao estado e ao soberano uma massa de homens saudáveis para a guerra e a produção. A preocupação com a saúde pública e os fatores sociais de causalidade das doenças (se assim podemos chamar) que acometiam os trabalhadores e cidadãos em geral eram aspectos subsumidos à lógica da razão de estado. A ação no ambiente das cidades era também a de maior envergadura, tendo a oferta de cuidados médicos importância derivada. Essa orientação teve maior repercussão nos países centrais e do norte. Também teve suas repercussões na Inglaterra, França e EUA, mas sem maiores significações. (ROSEN, 1979)

Embutido nessa concepção existe outra de maior amplitude e conseqüências, a da incapacidade do indivíduo em poder, por si, cuidar de sua

⁵Foi um dos últimos a se livrar do absolutismo

saúde. Essa não é uma polêmica estranha aos debates que orientaram a formação da Geografia em todo século XIX e início do século XX: os deterministas versus os possibilistas. A Geografia política de Ratzel, que entendia o Estado como “organismo vivo” (COSTA, 1988, p. 22) e que portanto devia expandir seus domínios conforme suas necessidades vitais, tinha como uma das funções manter seus homens sãos. Ou então, a classificação dos dois tipos de povos que conforme seu desenvolvimento técnico menor tem que se adaptar para viver às condições naturais ou aqueles com maior desenvolvimento técnico tendem a “neutralizar o meio natural na sua organização social e política” (LENCIONI, 2003, p. 85) são bastante coerente com o pensamento da polícia médica que vigorou desde o fins do século XVII.

No desenvolvimento da epidemiologia no século XX, foram mais relevantes as descobertas da microbiologia. As teorias e a efervescência dos debates que ocorreram em todo século XIX e fins do XVIII, foram eclipsadas pelo fenômeno microscópico. Tornaram-se residuais a centralidade e capacidade explicativa a relação causal entre condições sociais de existência e doenças. A força da relação causal entre o agente etiológico e as doenças infecciosas (que de fato eram as maiores preocupações nos ambientes urbanos do início do século XX) associado ao desenvolvimento da farmacologia era mais apropriada ao paradigma positivista da época. O sonho do progresso contínuo no controle da natureza e sua subordinação aos processos da razão ainda mantinha o homem alheio ao ambiente de onde provinham aqueles agentes. Os estudos dos problemas sociais deveriam ser deixados às outras ciências sociais. No entanto, agora era possível cada vez mais controlar a natureza, embora epidemias e outros fenômenos naturais devastadores demonstrem sempre o quão frágil é essa capacidade de controle da ciência.

Essa forma de enxergar os problemas de saúde foi associada à corrente da geografia mais próxima do possibilismo. No entanto, conforme Lencioni afirma, não há:

[...] um divórcio teórico entre Vidal de La Blache e Friedrich Ratzel, muito embora seja freqüente dizer que em Ratzel se situe a raiz do

determinismo geográfico, que se contrapõe ao possibilismo de Vidal de La Blache. Cabe dizer que eles compartilham da mesma visão de homem e de natureza como constituintes de uma unidade, não como opostos. (2003, 103)

Porém o divórcio entre o homem e o meio continua a ocorrer no desenvolvimento da geografia desenvolvida nos trabalhos iniciais de Ratzel e parte da interpretação dos propósitos elaborados por La Blache, mesmo considerando a incorporação, por este último, do conceito de gênero de vida, “que se define como o resultado das influências físicas, históricas e sociais, presentes na relação do homem com o meio” (Idem, ibidem). Segundo Mendonça (1993, p. 25), Vidal de La Blache acentua a separação do homem da natureza na medida em que separa os elementos físico-naturais dos humano-sociais na paisagem.

Segundo Milton Santos (1978, p 19), Max Sorre – o geógrafo mais próximo da epidemiologia da primeira metade do século XX – haveria objetado que o conceito de gênero de vida somente seria aplicável às sociedades subdesenvolvidas, pois nas sociedades modernas os grupos sociais agiriam por impulsos externos às suas relações com o mundo natural.

Essa visão ecológica que se consolidaria na primeira metade do século XX somente reforçava a prática da epidemiologia do final do século XIX. Entretanto a epidemiologia do século XX daria uma guinada ao modelo de explicação causal, fortemente matematizado, e que tinha como objeto de estudo privilegiado o indivíduo. A intensa urbanização da Europa e Estados Unidos relegará a preocupação com a natureza apenas quando referida aos trópicos, remanescendo as idéias do século XIX. O paradigma de modelo de atenção médica que iria se estabelecer e proliferar seria o modelo flexneriano de formação e atenção médicas voltadas para o desenvolvimento de tecnologias. Esse movimento levou à segmentação maior dessa especialização do saber e seu afastamento da produção intelectual multidisciplinar que marcou seu nascimento.

A vertente geográfica mais próxima de Ratzel, que primava pelo planejamento da ação estatal na organização do território, seria a mais

funcional nesse período de organização dos serviços de atenção médica. O planejamento passa a ser a ferramenta fundamental da saúde pública.

Porém, ao mesmo tempo em que na saúde pública o planejamento começa a ser instrumento de conhecimento e intervenção a separação entre saúde pública e a atenção médica individual também se acentua. A separação entre a saúde individual e a saúde das populações, entendidas como coletivo, irá imprimir lógicas diferentes em ambos os campos da atuação das práticas de saúde. No Brasil, as caixas de pensões que se estruturam nos anos 1920 irão pouco ou nada se ater às condições sociais de vida de seus segurados, os próprios trabalhadores. A intervenção nas grandes endemias transmissíveis, por sua vez, será preocupação da saúde pública assim como a atenção à mulher-mãe e à criança, principalmente no que se refere ao momento de promoção e proteção à saúde dessas duas categorias sociais chaves da saúde pública em todo século XX.

Dito de outra forma, duas lógicas se instauram na estruturação da atenção à saúde: uma lógica epidemiológica que permanece fiel à vertente sócio-ecológica que informou a ciência desde sua fundação e outra que será proeminente nos consultórios médicos de atenção às doenças das pessoas. Esse modelo de entendimento sobre os problemas nosológicos dos cidadãos brasileiros, ambivalente na abordagem do objeto, reflete na forma fragmentada de ação de controle. A epidemiologia clínica se estabelece nos consultórios médicos, sejam privados ou dos estabelecimentos públicos, enquanto a epidemiologia clássica informa os serviços de saúde pública.

Mais adiante iremos associar essa ambivalência cognitiva⁶ às formas distintas de se pensar a regionalização dos serviços de saúde, seja quando se foca na regionalização dos equipamentos de saúde, seja na tentativa de criar regiões tendo como ponto de partida o quadro mórbido da população.

⁶ Cf. Robert K. Merton. A ambivalência sociológica e outros ensaios.

A organização dos serviços do Brasil em fins do século XX

O modelo organizado de atenção médica que iria vigorar e ganhar proeminência seria o da organização centralizada no estabelecimento hospitalar. Essa forma de organização é pertinente à envergadura que o setor de atenção ganhou com a expansão do complexo médico industrial. A indústria de medicamentos, de equipamentos de apoio diagnóstico (aparelhos de raio x, tomografia, ressonância magnética, etc.), de insumos (sangue e derivados, vacinas, etc) e de instrumentos cirúrgicos (pinças, bisturis, tesouras, etc.) e de medição (termômetros, medidores de pressão arterial e intra-ocular, etc.) é sinérgica ao modelo de centralidade hospital (hospitalocêntrico, no jargão da área da saúde coletiva) em virtude da localização intensiva de capitais que ele representa. É o lugar do processo de assistência médica onde se concentram os problemas de maior gravidade e de ineditismo fenomênico (problemas desconhecidos e que exigem equipes multidisciplinares e equipamentos sofisticados de exames). Como todo setor de produção de mercadorias no sistema capitalista, o setor de equipamentos e insumos médicos também exige a mesma racionalidade de centralização/concentração de capitais e de escala de produção. É extremamente inviável a dispersão de aparelhos de alto custo em unidades pequenas e com mão de obra pouco qualificada para seu manuseio e manutenção.

Foram esses processos de produção no setor saúde que determinaram a evolução desse tipo de organização que vigorou e floresceu principalmente no pós 2ª Guerra Mundial. A atenção em centros de saúde ou postos de saúde tornou-se residual e de pouca significância no cômputo geral das atividades de cura.

No Brasil, após o auge da saúde pública no início dos 1900 com Oswaldo Cruz e sua polícia médica, também irá ocorrer o mesmo fenômeno que se sucede no restante do mundo. Principalmente com o advento do Estado Novo, e a industrialização planejada com o financiamento advindo do dinheiro

do café, estrutura-se uma camada urbana operária que irá organizar seu sistema previdenciário social em caixas de pensões, pecúlios e assistência médica. A história da atenção médica ofertada aos trabalhadores urbanos e seus familiares, desde a década de 30 até meados dos anos 60 do século XX será marcada pela criação das Caixas de Pensões especificadas por categorias profissionais (ferroviários, construção civil, metalúrgicos, etc.).

Somente em 1967 (BRAGA & PAULA, p. 66, 1981) o governo militar recém ocupante do poder político da União iria fundir todas as caixas previdenciárias em um único instituto público, centralizado sob coordenação de um Ministério. A atenção médica da massa trabalhadora passa a ser controlada federalmente e inicia-se um processo de expansão dos equipamentos de saúde do formato hospitalar ao qual estava associado um ambulatório médico para consultas de rotina.

Esta situação somente irá apresentar significativa alteração nos anos 1980, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1986 e posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 com a promulgação da 6ª Constituição Federal.

A trajetória desse movimento ganha força e massa crítica a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1980. Convocada em conjunto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, tinha como eixo a extensão da cobertura da atenção básica de saúde que seria atingida pela implantação de um programa nacional de serviços básicos de saúde sob coordenação do setor público (PREV-SAUDE), sem prejuízo do setor privado. A égide do programa era implementar as diretrizes da Conferência de Alma Ata, de 1978, de se atingir a Saúde para Todos no ano 2000 (HEIMANN et al, 1992).

Dado esse primeiro passo, ainda no início dessa década serão formulados e implementados um plano de racionalização e controle da assistência médica previdenciária bem como para assegurar fontes permanentes de financiamento para o setor em 1982 (Plano do CONASP), a formulação do programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983, cujo

principal mérito foi a integração das ações dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Previdência, em associação aos estados e municípios. Também se cria institucionalmente o embrião dos conselhos de saúde atuais (com poder de deliberação) os conselhos consultivos denominados de “comissões interinstitucionais saúde’ no âmbito estadual (CIS), regional (CRIS), municipal (CIMS) e local (CLIS)” (PAIM, 1996: 8).⁷

O ponto alto da década é considerado a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, ano da eleição do Congresso Nacional Constituinte. Nessa conferência se organiza o principal fórum do país para formular a proposta de implantação do Sistema Único de Saúde tal qual impresso no Título VII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social e Seção II – Da Saúde da Constituição de 88.

Nesse ínterim, ocorre uma segunda eleição para governadores e assume o governo da Nova República. Foi um período de transição em que cresce a luta pela definição de papéis institucionais entre as esferas de governo federadas. Tanto os governadores quanto os prefeitos, estes organizados na Frente Municipalista, irão pleitear maior participação na distribuição de recursos do orçamento nacional. Um dos produtos dessa correlação de forças é o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que foi chamado de estadualização da saúde (HEIMANN, et al, 1992). Inicia-se intenso processo prático de definição de atribuições e prerrogativas que cada ente federado teria na conformação do sistema de saúde que estava em gestação no congresso constituinte. A municipalização era entendida como o ponto de chegada desse processo, e o Estado deveria ter papel organizador dessa transferência de atribuições e recursos da esfera federal. A contrapartida à descentralização, como face da mesma moeda, deveria ser a hierarquização

⁷ Obviamente que as coisas não acontecem de uma hora para outra, o movimento de pensar a saúde pública e o atendimento médico às populações não cobertas pela Previdência Social era fato corrente também na década de 70. Já na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, foi discutida a criação de um Sistema Nacional de Saúde, mas cuja proposta não se efetivou. Também a extensão da cobertura foi fortalecida com o PIASS –Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que tinha por objetivo dotar de postos e centros de saúde e rede de água municípios com menos de 20.000 habitantes, situados na região Nordeste brasileiro (PAIM, 1996). Assim como as propostas de municipalização e descentralização dos serviços já eram discutidos desde 1963. No entanto, no âmbito dessa tese o recorte temporal a partir da década de 80, e principalmente após 1988, é suficiente para os propósitos que se quer atingir.

e regionalização dos serviços de saúde como forma de impedir a pulverização do sistema em unidades autárquicas assentadas nos municípios.

Essa tensão entre as três esferas de poder será pedra corrente da estruturação do sistema aprovado no congresso constituinte, e em toda década de 90 será objeto de normalizações via decretos, leis infraconstitucionais, normas operacionais, portarias.

Capítulo 2 – Caminhos da pesquisa

Para a consecução dos objetivos da pesquisa do doutoramento, um dos passos iniciais foi a necessária seleção da documentação oficial base de análise. Este procedimento é denominado de seleção do *corpus textual* sobre o qual é realizada a leitura e posteriormente a construção analítica do percurso do sentido que o tema estudado assume no interior do discurso em foco.

O recorte temporal de análise da documentação, o denominado *corpus legal*, foi estabelecido de 1988, em razão da promulgação da Constituição Federal de 1988 - produto final da Assembléia Constituinte instalada em 1º de fevereiro de 1987 - até 2002 com a publicação da NOAS 2002. É no escopo da constituição que a atual organização do sistema de saúde nacional ganha estatuto de direito e da qual deriva a legislação infraconstitucional, decretos, atos normativos e normas operativas para sua implementação na realidade concreta dos 26 estados da federação, o Distrito Federal e mais os 5564 municípios atuais. Porém, para fim de situar o contexto histórico bem como para acompanhar o processo de desenvolvimento do SUS, avançamos a análise dos discursos dos atores até a publicação do último Plano Nacional de Saúde em 2006. No qual se reafirma a descentralização e regionalização como diretrizes prioritárias do SUS. Até esse momento o tema da regionalização havia sido congelado pelo novo governo federal que assumira em 2003.

Os locais de pesquisa da documentação foram as bibliotecas da Faculdade de Saúde Pública e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e biblioteca do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Essas bibliotecas foram procuradas em razão de serem locais associados a lugares institucionais de intensa produção bibliográfica sobre as políticas de saúde no Brasil, de outros países e estudos comparados das organizações internacionais de cooperação técnica em saúde.

Entretanto, muito da documentação, dos textos de apoio, dos documentos provisórios de discussão sobre o tema da regionalização estão franqueados ao público nos sítios de Internet que o Ministério da Saúde possui.

Entre os meses de agosto de 2006 e julho de 2007 realizei busca de documentos também naqueles sítios, em complementação das buscas nas bibliotecas citadas acima.

O caminho a ser percorrido no sítio “Portal do Ministério da Saúde do Brasil” para acesso às publicações oficial sobre o SUS e as políticas de saúde em geral ou particulares (mulher, criança, negro etc.) deve ser: digitar www.saude.gov.br e será levado para o sítio_portal:

<http://portal.saude.gov.br/saude/>. O passo acima deve ser digitado pois o acesso direto ao portal, pelo menos na época, estava interditado.

Dentro desse sitio procura-se Biblioteca Virtual em Saúde, acionando se o Link ir-se-á para o sítio: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=969

Neste espaço havia a possibilidade de se procurar documentos e textos conforme a sua natureza: abaixo segue a pagina espelho do link

Biblioteca Virtual em Saúde

[A Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde \(BVS MS\) organiza e dissemina as coleções de publicações, folhetos, cartazes, vídeos e legislação produzidas pelo MS e entidades vinculadas.](#)

Políticas e Diretrizes para o SUS

[Divulgação das políticas brasileiras em saúde, encontros e conferências de saúde, tratados, convenções e outras decisões nacionais e internacionais.](#)

Base de dados institucionais

[Conjunto de informações organizado que permite localizar as publicações, cartazes e vídeos produzidos pelo Ministério da Saúde e demais instituições federais do SUS.](#)

Estação BVS

[A Estação Biblioteca Virtual em Saúde \(Estação BVS\) é local com computadores, impressoras e móveis que permite aos usuários acesso livre e gratuito a informações técnico-científicas de Saúde.](#)

Rede BiblioSUS

[A Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde Brasil \(Rede BiblioSUS\) amplia e democratiza o acesso às informações em saúde pública e distribui a produção editorial do Ministério da Saúde.](#)

Áreas Temáticas

As áreas temáticas resgatam a produção técnico-científica, normativa, educativa e cultural referente aos temas:

- [Ciência e Tecnologia;](#)
- [DST e Aids;](#)
- [Humanização;](#)
- [Participação e Controle Social](#)
- [Saúde da População Negra;](#)
- [Saúde do Trabalhador;](#)
- [Saúde Mental;](#)
- [Saúde Suplementar;](#)
- [Vigilância em Saúde.](#)

 Voltar

Os dois principais links a serem visitados são “Políticas e diretrizes para o SUS” e “Bases de dados institucionais”. Caso se queira entrar na página principal da biblioteca virtual aciona-se o link “Biblioteca Virtual em Saúde”

Acionando-se o link “Bases de dados institucionais” chega-se a seguinte página:

- [Coleção de Publicações - Biblioteca MS](#)

Catálogo que contém mais de 6.000 referências de publicações do acervo técnico e histórico da Biblioteca do Ministério da Saúde, geradas pelas instituições federais do Sistema Único de Saúde, destacando-se o próprio Ministério da Saúde.

- [Coleção de Vídeos - Biblioteca MS](#)

Base de dados que contempla o acervo de vídeos da Biblioteca do MS.

- [Coleção de Cartazes - Biblioteca MS](#)

Base de dados que contempla o acervo de cartazes da Biblioteca do MS, possibilitando o acesso da imagem dos cartazes.

- [Coleção de Fôlderes - Biblioteca MS](#)

Base de dados que contempla o acervo de fôlderes da Biblioteca do MS

- [Coleções de Periódicos - Biblioteca MS](#)

Catálogo que contém os títulos das publicações periódicas disponíveis no acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde.

- [Publicações Institucionais em Texto Completo](#)

Catálogo de publicações das instituições federais do Sistema Único de Saúde, destacando-se o Ministério da Saúde e que possibilita a avaliação temporal do avanço da Saúde Pública no Brasil. Textos disponíveis em PDF (*Portable Document Format*).

- [Glossário Eletrônico do MS](#)

Reúne as principais conceituações, palavras, siglas e expressões técnicas e científicas utilizadas por órgãos subordinados e entidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

- [Sistema de Legislação - Saúde Legis](#)

Pesquisa completa na base de dados de legislação da esfera federal do SUS.

- [Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS \(Coleciona SUS\)](#)

Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS. Catálogo que compreende a produção bibliográfica e institucional do Ministério da Saúde, entidades vinculadas e/ou descentralizadas e demais organizações do Sistema Único de Saúde.

Nesta página os links mais significativos e utilizados nesta pesquisa foram “Publicações institucionais em texto completo”, “Sistema de legislação - Saúde Legis” e Coleção Nacional das fontes de Informação do SUS (colecciona SUS)

Após esses links abre-se uma página de busca interna às páginas escolhidas. As duas palavras chaves de busca foram: **descentralização e regionalização**. Todos os textos de interesse e que estavam disponíveis em formato eletrônico pdf foram baixados lidos e impressos ou não (se não de interesse para a pesquisa). A disponibilidade dos textos em formato eletrônico fica sinalizada no canto esquerdo da referência juntamente com o número de ordem em que se situa no total de documentos encontrados.

No link “Políticas Públicas e Diretrizes do SUS” encontram-se todos os documentos referentes às conferências nacionais de saúde, cartas e tratados derivados de encontros de secretários estaduais e municipais em que se tinha a presença do Ministério. Também de encontros internacionais do qual o Ministério é signatário. Todos os textos legais das políticas setoriais do ministério se encontram neste link (de alimentação, saúde indígena, política farmacêutica, etc.)

Muitos dos textos de apoio e as próprias legislações encontram-se em dois ou mais links dentro da página principal da Biblioteca Virtual em Saúde devido a seu caráter de diretriz genérica do sistema, ou seja, podem estar no link “Políticas Públicas e Diretrizes do SUS” bem como no link “Publicações institucionais em texto completo”.

Interessante também saber que o sítio da Secretaria Executiva (SE) do ministério é uma fonte importante de informações, pois é nesta secretaria que se coordena os trabalhos das diversas secretarias, principalmente quando a atividade a ser desenvolvida é de envergadura de todo ministério. Esse foi o caso específico da descentralização e regionalização do SUS como definido no Pacto Pela Saúde 2006: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Os seminários de discussão e apresentação de propostas, oficinas de trabalho, grupos de estudos de textos de convidados externos e outros tipos de atividades correlatas foram organizados pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD). Os Planos Diretores de Descentralização-PDR de 2002 foram levados a cabo pela antiga Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) que acabou sendo reformulada e cujas funções de coordenação das atividades da descentralização e da regionalização passaram diretamente à alçada da Secretaria Executiva/DAD.

As páginas de Internet são muito dinâmicas e de tempos em tempos são atualizadas e ganham novo layout, mas os temas e caminhos sinalizados, via de regra, se mantêm, o que possibilita o pesquisador encontrar os mesmos documentos que serão objetos de análise nesta investigação.

A busca da bibliografia de referência analítica

A revisão bibliográfica teórica das duas disciplinas que estão em estreita aproximação por força da delimitação do objeto foi possível a partir de dois tipos de pesquisa, tanto quanto como ocorreu no caso do *corpus*.

Os artigos e livros referentes à discussão sobre região e regionalização foram buscados nas bibliotecas das faculdades Geografia da USP e da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Unesp, *in lócus*. Quanto ao mecanismo eletrônico de busca, foram pesquisados no Portal de Periódicos da Capes e do sítio de revista científicas denominado SciELO – *Scientific eletronic library online*. (www.scielo.br).

Os descritores utilizados foram os vocábulos região, regionalização, geografia, saúde e geografia da saúde. Foram realizadas várias filtrações com ordens diferentes dos vocábulos (p.ex, região/saúde; geografia/região/regionalização; geografia da saúde/regiões/regionalização, etc..) Os textos foram selecionados, feito o download (baixar o arquivo) e depois lido. Conforme a pertinência do artigo para a pesquisa o mesmo foi impresso.

O mesmo ocorreu para os artigos do campo disciplinar da epidemiologia e políticas públicas de saúde, no que se refere às buscas por meio eletrônico. Os principais descritores foram os vocábulos espaço, saúde, organização dos serviços, hierarquização, regionalização, regiões de saúde, geografia da saúde. A modalidade de filtração utilizada no caso do campo da Geografia foi utilizada na epidemiologia e políticas públicas de saúde.

Outro eixo de procura foram os temas do federalismo, pacto federativo e políticas territoriais. Nesse campo as buscas foram mais genéricas e o sítio do IPEA também foi visitado em virtude de apresentar uma vasta biblioteca acerca do tema da organização econômico territorial do Brasil. Os textos selecionados foram os relacionados a metodologias de regionalização a partir do campo da economia.

Recursos analíticos

A natureza da análise foi hermenêutica, uma vez que o objeto concreto de verificação foram os documentos oficiais de proposição de políticas de regionalização e criação de regiões de saúde a partir dos princípios e diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde.

A orientação metodológica foi pautada pela escola de análise do discurso da vertente soviética, especificamente das obras do teórico russo Mikhail Bakhtin. O conceito nuclear considerado é o conceito de dialogismo. Bakhtin parte desse conceito para abordar os discursos manifestos nos textos, e que assumem sentidos diferenciados conforme as técnicas de acolhimento que o discurso citado é inserido no enunciado analisado. No caso do discurso científico o estilo predominante é o linear, que via de regra assume o discurso citado em sua integridade. A variante associada a esse estilo é chamada de variante analisadora de conteúdo (BAKHTIN, 1997: cap. 10; GRIGOLETO, 2005: p. 121). A forma como os conceitos de região e regionalização são assumidos no interior dos discursos dos documentos oficiais do Ministério da Saúde é que serão objeto de acompanhamento desde a instituição do SUS. Esses discursos foram enunciados em determinado tempo e condição política da federação brasileira, e que de uma maneira ou de outra respondiam a determinadas situações e composição de forças no interior do campo político em que se situavam os sujeitos que estavam em litígio na construção do arcabouço institucional-operativo do sistema de saúde.

Em verdade, tomamos o que se pode chamar de condições histórico-sociais de produção do discurso o principal aspecto a ser analisado para entender o sentido que os conceitos emprestados da geografia assumem no interior das políticas de saúde.

As formas que o Estado brasileiro assume no pós 1988, os novos atores que ganham importância no cenário da política com o processo de reestruturação do aparato institucional federativo são consideradas variáveis de contexto na análise da pesquisa. Neste sentido é necessário situar e descrever esse novo cenário para entender como a política de saúde se organiza e de

que maneira o conceito de região e o processo de regionalização podem ser entendidos. A literatura utilizada aqui é a que versa sobre a estrutura e história da federação brasileira, com acentuação temporal no período pós-constituente.

A reconstrução da interface teórica que existiu entre as duas disciplinas básicas que informam os problemas abordados nessa investigação, a história da estruturação dos serviços de saúde e sua organização ao longo das duas últimas décadas do século XX e do primeiro quinquênio do XXI oferecem os elementos subjacentes da análise da tentativa de operacionalização dos processos de regionalização e da criação de regiões no território nacional a partir da ótica da esfera da União.

Uma breve descrição dos principais atores.

Na análise do processo de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde no Brasil devem ser levados em conta os três atores principais do sistema: governo federal, estadual e o municipal. Porém, esses atores são representados por parte da sua burocracia.

Na esfera nacional a representação se dá pelo Ministério da Saúde, nas figuras do Ministro e da Secretaria Executiva (esta às vezes por intermédio do Departamento de Apoio à Descentralização - DAD). Também ocorre pelas duas principais secretarias que organizavam e normalizavam o SUS: a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS e a Secretaria de Políticas de Saúde – SPS. Com a reforma de 2003 a SPS foi extinta e foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS que incorporou a maior parte das atividades da SPS. Porém, em razão do recorte do período de análise dos documentos essas mudanças administrativas após 2003 não refletiram nos resultados.

Apenas para ilustração, abaixo relacionamos os nomes dos ministros da saúde desde a promulgação da Constituição de 88 até o a presente data, conforme período de gestão. Esses dados são constantes do portal da saúde do ministério acionando-se o ícone Ministros.

<u>Nome</u>	<u>Período de gestão</u>
Luiz Carlos Borges da Silveira:	23/10/87 a 16/01/89
Seigo Tsuzuki:	17/01/89 a 14/03/90
Alceni Ângelo Guerra:	15/03/90 a 23/01/92
José Goldemberg:	24/01/92 a 12/02/92
Adib Domingos Jatene:	13/02/92 a 01/10/92
Jamil Haddad:	08/10/92 a 18/08/93
Saulo Pinto Moreira:	19/08/93 a 29/08/93
Henrique Antônio Santillo:	30/08/93 a 31/12/94

Adib Domingos Jatene: 01/01/95 a 06/11/96

José Carlos Seixas: 07/11/96 a 12/12/96

Carlos César de Albuquerque: 13/12/96 a 30/03/98

José Serra: 31/03/98 a 20/02/02

Barjas Negri: 21/02/02 a 31/12/02

Humberto Sérgio Costa Lima: 01/01/03 a 08/07/05

José Saraiva Felipe: 08/07/05 a 31/03/06

José Agenor Álvares da Silva: 31/03/06 a 16/03/07

José Gomes Temporão: Desde 16/03/07

Os principais ministros, em razão do tempo de permanência no cargo e em função dos acontecimentos em sua gestão foram, no período de 90 a 94, Alcení Guerra, Adib Jatene, Jamil Haddad, no período de negociação e implantação da NOB 93; no período de 95 a 98, Adib Jatene novamente com a implantação, em 1996, da CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira que seria uma fonte importante de financiamento do SUS após o fracionamento do caixa da seguridade social e também juntamente com Carlos César Albuquerque e José Serra pela negociação e implantação da NOB 96, e após essa data até 2002, José Serra e Barjas Negri com a implantação das NOAS 2001 e 2002.

Os documentos analisados como elementos normativos do processo de regionalização foram editados e publicados nos períodos de gestão dos principais ministros arrolados acima.

Outros atores fundamentais que também formulam políticas e no processo de negociação com a esfera da União imprime seu ponto de vista na redação das normas gerais de organização do sistema são os estados, a esfera intermediária da federação. Somente que esta negociação se dá por intermédio do Conselho de Secretários de Saúde, o CONASS.

Esse órgão foi construído no início dos anos 1980 no mesmo processo de democratização do estado brasileiro após a abertura “lenta, gradual e segura” do penúltimo presidente militar, general Ernesto Geisel. Em fevereiro de 1982, antes das eleições para governadores de estados, procedimento suspenso desde 1966 pela ditadura militar, os secretários se reúnem e criam o CONASS. A criação foi realizada pelos secretários de saúde da última leva de governadores indicados pela ditadura militar, pois em novembro de 1982 haveria a primeira eleição para governadores depois do golpe militar.

Os secretários, dos então governadores indicados pelo governo militar, pressionados pelas mudanças demográficas ocorridas ao longo dos vinte anos, crescimento acelerado das grandes e médias cidades do Brasil em função do êxodo rural, se reúnem em Curitiba e sob a liderança do secretário de São Paulo, Adib Jatene, propõe a criação de um colegiado para lutar pela partilha dos recursos federais em prol das secretarias estaduais de saúde. O marco regulatório era a Conferência Mundial de Alma Ata de 1978, que havia redirecionado o discurso da atenção médico individual para o atendimento coletivo, via atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde.

Como cabia às secretarias estaduais a atenção preventiva da mulher e da criança, a imunização e o controle de endemias, os secretários se reúnem para solicitar aos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social parte dos recursos centralizados pela esfera central além de parte dos impostos recolhidos pela União. (CONASS, 2007: 46). A idéia era ampliar o atendimento a toda a população, seguindo aquele novo marco regulatório, e principalmente atingir a população não beneficiária da Previdência. A saúde para todos no ano 2000 entrava na agenda da saúde pública brasileira. Nos anos 1980, essa instituição criada nos estertores do regime militar, irá participar, de forma organizada, dos grandes movimentos administrativos e políticos do setor saúde no Brasil: Plano CONASP, Ações Integradas de Saúde – AIS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, até a criação do SUS em 1988.

O CONASEMS, o terceiro ator institucional na perspectiva da federação, foi o último a ser organizado oficialmente, apesar de ser o lócus privilegiado da atenção política ainda nos idos da 3ª CNS em 1963, e também ser o berço dos primeiros movimentos pela formulação de um sistema nacional de saúde por intermédio do movimento municipalista ainda em meados dos anos 1970.

Mas já na década de 70 alguma coisa começava a mudar, aqui e ali, embora de forma tímida. Eram municípios que procuravam abrir um novo caminho na verdadeira “selva de irrationalidades” do sistema antigo, organizando seus próprios sistemas de saúde, com recursos próprios, sem maior apoio técnico ou financeiro externo. Niterói, Londrina, Lajes, Montes Claros, Piracicaba, Campinas, Teresina, São José dos Campos serão sempre lembrados como pioneiros nesse campo, e é justa a homenagem que se faz a eles. Entretanto, muitos outros municípios do País, alguns pequenos e remotos, já vinham trilhando a mesma senda. (GOULART, 2003, p. 5)

Segundo o mesmo autor, ainda nos fins dos 1970 várias reuniões foram realizadas, todas de caráter nacional a fim de trocar experiências e fortalecer as suas demandas junto aos governos estaduais e federal. Campinas em 1978, Teresina e Niterói em 1979 foram algumas delas. Esse foi o embrião do movimento municipalista que seria institucionalizado nos anos 1980.

Por ser a base da federação, circunscritos territorialmente à unidade escalar intermediária que é a esfera estadual, possuem representação também intermediária. Essa representação se dá nos chamados COSEMS - Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde. Porém as histórias das duas instituições não são sequencialmente lineares uma vez que muito dos COSEMS foram criados antes do próprio conselho nacional. Segundo Pimenta (2007):

Os COSEMS constituíram-se na base de sustentação política do CONASEMS, particularmente na segunda metade da década de 80 e primeira metade da década de 90, quando ocorre a criação da maioria dos Conselhos de Secretários Municipais nos Estados, alguns ainda com nome de Associações.

Treze COSEMS foram criados entre 1986 e 1990: Pernambuco, Mato Grosso e Rio Grande do Sul em 1986; Pará e Paraná em 1987; São Paulo e Paraíba em 1988; Ceará,

Sergipe, Rio Grande do Norte, Alagoas e Goiás em 1989; e Espírito Santo em 1990.

Outros oito COSEMS foram criados no período de 1991 a 1995: Minas Gerais e Bahia em 1991; Amazonas, Amapá, Roraima, Piauí e Rio de Janeiro em 1993; e Santa Catarina em 1994.

Apenas o COSEMS de Tocantins foi criado entre 1996 e 2000; e três COSEMS foram criados a partir do ano 2000: Roraima em 2003; Acre e Mato Grosso do Sul em 2004. (p. 10).

A organização nacional da representação dos secretários municipais, que deveria atender a mais de 4 mil municípios em fins dos 80, recebeu apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e de setores do Ministério da Saúde e do próprio Inamps, então sob gerência de Hésio Cordeiro. A data é entre 11 e 14 abril de 1988, no V Encontro de Secretários Municipais de Saúde do país, ocorrido em Olinda, em Pernambuco. (GOULART, 2003).

O CONASEMS é coetâneo do SUS, nasce meses antes da promulgação da Constituição de 1988, mas já participava enquanto proto-instituição ainda nas reuniões da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e nos corredores da constituinte. É uma instituição que espelha melhor a diversidade do país, com a representação dos municípios de todos estados e todas as regiões.

Outro momento importante na análise da construção dos documentos oficiais e normativos são as conferências nacionais de saúde. Após esses encontros, nos quais participam representantes das três esferas de governo, dos trabalhadores dos serviços, dos prestadores de serviços contratados e conveniados e da população usuária organizada, são acordados, redigidos e votados os relatórios das conferências onde, teoricamente, se projeta o caminho a ser percorrido por todos os gestores do SUS nos próximos anos. Porém, por não se tratar de um ator institucional e sim de um momento político-normativo, foram analisados alguns relatórios como contraponto aos documentos normativos emitidos pelo Ministério da Saúde. Os relatórios expressam as vozes dos envolvidos no processo de implantação e desenvolvimento do SUS no período imediatamente anterior à convocação da conferência. Por ser um evento de participação ampla nem sempre conserva unidade discursiva na sua construção, emergindo assim os antagonismos e conflitos de interesses presentes no processo histórico-político do SUS.

Representa uma radiografia do momento, ao mesmo tempo em que permite analisar a memória acumulada das etapas anteriores.

Importante ressaltar aqui, inclusive para se ter um panorama mais preciso da correlação de forças entre os atores das conferências, o diferencial de informações que cada um é depositário para a formulação geral dos relatórios finais. Segundo Escorel e Bloch (2005) a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde houve expressivo aumento na participação da representação municipal e de setores da população, porém em função mesmo dessa nova dinâmica dos encontros ocorre o que Madel Luz denominou de “fosso cultural” entre os participantes. Analisando a participação dos diversos segmentos a autora detecta uma estratificação na representação o que se expressaria na própria linguagem da conferência:

A linguagem, por vezes excessivamente técnica dos painéis, conferências [...] não contribuiu em nada para diminuir o verdadeiro fosso cultural existente entre tecnocratas, dos quais alguns foram organizadores do evento, profissionais qualificados que a ele compareceram na condição de relatores, convidados ou delegados, e a grande massa de delegados eleitos. Estes representavam, em sua maioria, os usuários dos municípios maiores ou menores, mais próximos ou mais recônditos do Brasil, com um nível de desconhecimento sócio-cultural profundamente heterogêneo [...]. Esse fosso cultural materializou-se nas discussões dos grupos...” (LUZ apud ESCOREL & BLOCH, 2005: 103)

Esse fosso não ocorria antes em virtude da natureza da participação, pois até à 8ª CNS participavam basicamente aqueles mesmos tecnocratas do nível ministerial e a inteligência epidemiológica dos estados que, inclusive, havia realizado a aliança estratégica com a tecnocracia federal à época do SUDS. (LEVCOVITZ et al. 2001)

Portanto, são esses atores, com seu patamar de conhecimentos e vivências no âmbito da gestão e práticas de saúde em suas respectivas esferas de governo que ajudaram a formular e desenvolver o escopo normativo e operacional do SUS.

Constituição Federal de 1988 – Seção II - Da Saúde.

O primeiro texto a ser analisado é o trecho da Constituição Federal de 1988 que legisla sobre a organização dos serviços de saúde.

É assim que aparece o tema da regionalização nesse documento:

Constituição Federal de 1988

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

Capítulo II – Da Seguridade Social

Seção II - Da Saúde

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.” [grifos meus]

Como se vê, é sumário, mas de importância vital, pois define que a rede é regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, e que se organiza pelas diretrizes da descentralização e integralidade. Ou seja, a regionalização dos serviços é que se orienta pela diretriz da descentralização e da integralidade. Após a conquista da universalidade já iniciada na época da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde – SUDS, o princípio da integralidade será um dos principais problemas da oferta dos serviços e do próprio modelo de atenção. Organizar-se para atender o princípio da integralidade e não para fragmentar a atenção. Para efeitos desse trabalho esse texto e a lei analisada a seguir são considerados o discurso fundador do sistema e sobre o qual todos os demais se remetem de alguma forma ou de outra. São a eles que todos os demais dispositivos organizativos (portarias, decretos, normas, etc.) devem se ajustar.

Lei 8080 – Lei orgânica da saúde

Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990.

O texto a seguir é considerado, após a seção da constituição, o principal instrumento de organização do SUS. Essa lei, associada à Lei 8.142 que legisla sobre a participação popular no controle da gestão do SUS, são consideradas as “Lei Orgânica da Saúde”. Isso implica que, todo e qualquer decreto, portaria, norma deve se submeter à sua letra. Uma das principais críticas às Normas Operacionais que foram publicadas no decorrer dos anos 1990 foi que não respeitaram suas diretrizes e a principal delas se refere à forma de financiamento. Em seu artigo 35, a lei dispunha que o financiamento, no caso as transferências intergovernamentais da esfera federal para a estadual e municipal, deveria ser realizado, em 50% do total, segundo a população e os outros 50% por critérios epidemiológicos. Esse artigo jamais foi implantado.

“LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências,

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Capítulo IV - Da Competência e das Atribuições

Seção II - Da Competência

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

- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

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

- I - **promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;**
- II - **acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);**

- III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

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

- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

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

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

- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;"

O artigo 7º da lei, inciso II, a integralidade da atenção se manifesta com grande clareza no respeito à amplitude do conceito de saúde inscrito na Constituição. Após a história da dualidade das ações de saúde, expressas pelas ações de saúde pública executadas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais e pelas ações de assistência médica executadas pelo INAMPS, procura-se compreender todas as ações que levam ao “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade” num único sistema. E os serviços desse sistema devem ser descentralizados aos municípios e a sua rede deve ser regionalizada e hierarquizada conforme níveis de complexidade tecnológica.

A direção única é dos serviços, sejam preventivos, de promoção de cura ou reabilitação dos sujeitos. Procura-se, na letra da lei, impedir a fragmentação das ações que produzem saúde no entendimento da Organização Mundial da Saúde. Ou seja, quem dirige os serviços de assistência médica e os serviços e ações de promoção e prevenção da saúde no âmbito do governo federal é o Ministro e nos âmbitos do estado do município são os secretários da saúde correspondentes. Era a subordinação do INAMPS ao Ministro da Saúde. E dos escritórios regionais aos secretários estaduais. E os serviços, sejam estaduais ou federais que estivessem municipalizados, no âmbito dos municípios serão geridos pelo secretário municipal.

A rede é hierarquizada e regionalizada, porque em geral não se encerra em um só município, à exceção de algumas capitais, e que o usuário percorre para ser atendido em sua necessidade, conforme os diversos níveis de complexidade exigidos. Quem percorre a trama da rede é o usuário, e os gestores devem proporcionar as condições desse trânsito, não rompendo nem dificultando as tramas. Por isso, conforme artigos 17º e 18º, à direção estadual cabe “acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS”, irá gerir apenas os sistemas de alta complexidade que são de abrangência

estadual e regional. Somente ira executar supletivamente ações e serviços de saúde. Aos municípios caberá a execução dos serviços da rede, excetuando os que ainda estiverem sob gerência do estado, mas que devem ser descentralizadas conforme inciso I do artigo 17º.

Os embates que se deram ao longo da década dos 1990 foram decorrentes da dubiedade com que esses artigos da lei 8.080 de 1990 são entendidos. Até o presente, muitos estados ainda não municipalizaram os serviços hospitalares e os ambulatorios de média e alta complexidade, o que vai gerar as discussões acerca do comando único dos serviços e o papel que caberia à esfera estadual caso não tivesse mais nenhum serviço sob sua gerencia e gestão. Mas a letra é clara, ao estado cabe coordenar a rede, não o serviço.

A figura jurídica do consórcio de saúde é muito presente na lei. A eles, municípios, cabem se reunir para suprir os serviços necessários e que suplantem a escala municipal de possibilidades financeiras. A regionalização aqui aparece em seu sentido de síntese ou movimento ascendente. E o consórcio deveria ser efetivado para a execução de serviços que lhes correspondam, ou seja, não podem se associar para gerir e coordenar rede de laboratórios públicos e hemocentros, bem como sistemas de alta complexidade.

Residualmente aparece na lei a figura do distrito de saúde, porém com uma direção muito clara de análise, ou seja, de esquadramento do espaço intramunicipal de cidades grandes e metrópoles para melhor conhecimento e controle do território.⁸

⁸ N o entanto, esse sentido não é único, pois também se teoriza e propõe-se a distritalização como método de formação de um sistema local de saúde (silos) onde se associam vários municípios. Mas essa concepção é mais abrangente e nela se agrega todo um histórico de discussão do modelo de atenção à saúde levada a cabo pela Organização Pan-Americana da Saúde para América Latina no final da década dos 1980 (Cf. ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 1998)

Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde

“IX Conferência Nacional da Saúde – Relatório Final Brasília 14/08/1992

Fazia a crítica da política nacional do governo Collor de Melo por não respeitar as diretrizes constitucionais na implantação do SUS. Inclusive no plano político o lema da conferência que ficou estabelecido foi o “Fora Collor”. No plano da política de saúde foi o “cumpra-se a lei” em referência as leis orgânicas da saúde e à Constituição de 1988 e propunha no item:

“5 - Implementação do Sistema Único de Saúde”

5.1 Diante disso, propõe:

- realizar as transferências das responsabilidades gestoras e dos recursos correspondentes às esferas descentralizadas, inclusive criando condições para a elaboração de parâmetros assistenciais, acompanhada da implantação de um sistema de custos nas unidades públicas para servir de referência para elaboração de tabelas e controles do setor privado contratado
 - garantir apoio aos municípios para a solução de problemas em áreas cuja resolução está em grande parte fora de seu alcance – medicamento, equipamento, tecnologia e recursos humanos – por meio de formulação de políticas e estratégias para estas áreas coerentes com a Constituição e com a Lei 8080
 - **respeitar o papel coordenador das esferas estaduais do SUS, assegurando um planejamento racional da rede de serviços nos Estados, evitando-se duplicidade e cumprindo funções estratégicas para assegurar a cobertura assistencial adequada.”**
- (p. 23)

A crítica acima se referia ainda ao papel centralizador do Inamps no SUS, que mediante a tabela SIA/SUS e AIH/SUS repassava mediante convênio o dinheiro para pagamento da produção dos serviços públicos e privados conveniados. Somente em caso de não existência de conselhos de saúde e do fundo municipal de saúde o Inamps repassava aos estados os recursos referentes ao município em questão. Os estados, depois do processo de estadualização dos serviços ocorridos com o SUDS, haviam sido alijados do processo de coordenação das transferências de recursos aos municípios e esse problema também estava expresso no trecho acima. Aqui há uma rara confluência de interesses dos entes subnacionais em conflito com os interesses do ministério da saúde, mais precisamente contra a burocracia do Inamps, que ainda comandava o processo de normatização da organização dos serviços da assistência médica, inclusive seu pagamento.

5.2 Com relação à Descentralização e Municipalização:

Impõe-se o reconhecimento de que a descentralização e a municipalização ainda são processos incipientes. Este fato não deve ser atribuído à lei que cria o SUS, mas sim à política contrária do Governo Federal e de muitos governos estaduais e municipais que desrespeitam a Constituição e as leis específicas e não criam os mecanismos operacionais indispensáveis para sua implementação, não assumindo suas responsabilidades com relação ao SUS.

Da análise do atual estágio da descentralização resulta a convicção de que, não obstante alguns exemplos bem sucedidos, ainda a muito por fazer.

A municipalização não pode significar apenas a transferência de unidades e serviços de saúde para os municípios. Essa transferência deve ser acompanhada dos recursos correspondentes que permitam seu pleno e adequado funcionamento. A municipalização ultrapassa, no entanto, o simples repasse direto de recursos implicando na gestão efetiva e no controle social, devendo ser um instrumento de democratização [...].

Com o objetivo de assegurar a descentralização e principalmente a municipalização a IX CNS propõe:

- descentralizar o SUS respeitando as diversidades regionais e assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor único, especialmente em nível municipal;
- efetivar o comando único em cada esfera de governo, respeitando-se a autonomia municipal e estadual; [...].
- garantir a manutenção do artigo 10 da lei 8080 que trata da criação de consórcios intermunicipais a partir da iniciativa dos municípios; [...].
- definir políticas, estratégias, programas de cooperação técnica e de apoio à descentralização que contemplem e respeitem as diversas realidades considerando também as diferenças regionais e estaduais

5.3. Com relação ao Modelo Assistencial

Faz-se necessária profunda mudança do modelo assistencial de Saúde.

O modelo assistencial deve ser construído sobre saber epidemiológico, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção, num sistema de complexidade crescente. [...] (p. 26).

E para tanto a Conferência propunha entre outras coisas que “O modelo assistencial deve garantir à população o acesso aos serviços e recursos de saúde, implantando e operando distritos sanitários, quando necessário. Estes distritos devem ser implantados como espaço de integração e execução de diversas modalidades de ações de saúde.” (p. 27)

A IX Conferência de Saúde foi, como o próprio lema denuncia, um momento de resistência e de garantia de que o movimento da reforma sanitária, que havia conquistado vários avanços contra a centralização do poder na esfera federal, não teria reveses definitivos com o desrespeito à legislação fundamental do SUS. O governo Collor sofreu impedimento logo

após o termino da Conferência, em 28 de agosto de 1992. Assume o vice-presidente Itamar Franco e com ele também se altera a direção do Ministério da Saúde, saiu Adib Jatene e entra Jamil Haddad.

A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei

“Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei./ Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. - [Brasília], 1993.

Esse documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde. Após a realização da IX CNS, a Secretaria Executiva, em 21 de janeiro de 1993 apresenta ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde documento prévio onde explanava as medidas a serem tomadas para que se efetivassem as propostas da IX CNS. O documento foi amplamente discutido pelo Conselho Nacional de Saúde e por diversos outros atores do campo da saúde (gestores estaduais, municipais, sindicatos de trabalhadores e patronais, grupos da academia e outros). No âmbito do Ministério foi criado o GED – Grupo Especial para a Descentralização. Iniciava-se no Ministério da Saúde um processo de transferência dos poderes do Inamps para estados e municípios. Esse texto é síntese do processo de realização da IX CNS, que segundo Gilson Carvalho, notório municipalista como se autodenomina, foi a primeira que teve paridade entre população/usuário e gestores/prestadores (INSTITUTO DE SAÚDE, 1992). É um texto polifônico, porque foi fruto de consultas aos diversos atores cujas proposições que não contrastavam com as resoluções do relatório final da conferência foram aceitas e absorvidas no corpo do texto.

“I - Introdução

O compromisso assumido, de cumprir as deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde, particularmente no que respeita às medidas necessárias para a implantação do Sistema Único de Saúde, tem orientado as ações do Ministério da Saúde nesta gestão.

A prioridade atribuída à formulação de uma proposta de operacionalização dos dispositivos legais que determinam a descentralização do Sistema de Saúde, manifestada ante o Conselho Nacional de Saúde, se concretizou em documento apresentado ao Plenário daquele Colegiado em reunião extraordinária realizada no dia 21 de janeiro de 1993.

A partir daí iniciou-se um longo processo de discussão e negociação com o conjunto dos atores da área, que em maior ou menor grau já se encontravam integrados ao debate dessas questões. Gestores estaduais e municipais, setor privado, entidades de representação popular e sindical, instituições públicas federais, entidades científicas se dedicaram a analisar, questionar e oferecer sugestões para o aperfeiçoamento da proposta. O que se buscava - e se obteve - foi a superação de divergências capazes de inviabilizar a implementação das medidas propostas.

Por recomendação do Conselho Nacional de Saúde, todas as contribuições e críticas foram analisadas e geraram nova versão do documento que ora se entrega à sua consideração final.

O tratamento dado às contribuições partiu da sistematização das mesmas, separando-as por sua natureza. Algumas apontaram aspectos que necessitavam maior explicitação ou esclarecimento, sem alterar, em essência, a linha do documento. Estas foram integralmente incorporadas na atual versão revisada. Outras se voltaram aos aspectos operacionais, tendo sido em sua maior parte incorporadas e algumas delas, por carecerem de maior aprofundamento serão objeto de estudo para posterior normatização e adoção. Num terceiro e último conjunto foram listadas proposições que sugeriram alterações de profundidade no projeto, inclusive algumas que propunham reforma na Constituição Federal, com destaque para o capítulo da Saúde. Estas sugestões, conseqüentemente, deverão ser encaminhadas a outro fórum de discussão.

A questão da “regionalização”, como alternativa à “municipalização”, tal como apareceu em várias críticas, foi exaustivamente discutida. Prevaleceu o entendimento de que significava uma distorção dos termos da legislação vigente, uma vez que a regionalização não pode ser entendida como a criação de uma instância intermediária com autonomia e relacionamento direto com as esferas estadual e federal e sim como uma articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Sendo assim, também não pode ser um pré-requisito para a descentralização. (p. 5-6) (grifo meu)

Os parágrafos da introdução mostrados acima são importantes por demonstrarem que em 1993 a discussão acerca da regionalização versus descentralização já estava em pauta nos grandes coletivos. A assertiva, como foi colocada, é muito acentuada para que se tenha outra interpretação que não a resistência as tentativas de se reverter o processo municipalização em curso. No caso, é bom lembrar que as NOBs 91 e 92, ainda que não sejam objeto de análise nesta tese, instaurou o pagamento direto do Ministério da Saúde aos municípios prestadores de serviços. Apesar desse movimento não significar ganho de autonomia municipal em razão de serem considerados meros prestadores de serviços, pós-pagos por produção, retirou da esfera estadual parcela de autonomia e importância que tinha à época do SUDS. Nesta época

os estados passaram a gerenciar a rede de serviços do INAMPS e através da programação orçamentária integrada (POI) tinham controle sobre os recursos, tanto para as ações coletivas quanto para a atenção médica. Quando o INAMPS é transferido para o Ministério da Saúde, leva consigo sua estrutura burocrática especializada nas contas médicas e passa a gerenciar todo o setor de financiamento do Ministério, imprimindo sua lógica ao SUS. Essa situação só é alterada com a extinção da autarquia em 1993⁹. Para o sistema de saúde como pensado e projetado na Constituição de 1988, em que as ações de saúde não devem ser parceladas em atenção individual e coletiva, mas sim pensadas em ações de atenção à saúde, a lógica de pagamento do INAMPS por ações de assistência médica contraria a busca da integralidade da atenção, um dos princípios mais caros e de difícil aplicação do SUS. Uma vasta literatura se refere a esse fenômeno, e nenhum autor protagonista da reforma sanitária se propõe a defender expressamente essa lógica de pagamento e fracionamento da atenção à saúde, esta entendida como um bem comum e assegurada por políticas sociais e econômicas amplas.

Entretanto, indo além da questão do peso do INAMPS no Ministério, o texto acima indica que se estava travando uma luta pelo controle do desenvolvimento do SUS. O princípio da universalização de uma maneira ou de outra, pensando-se no contexto histórico, estava se operacionalizando por força da própria carta constitucional. A idéia de que alguém não fosse atendido nos serviços de saúde públicos, conveniados e contratados por não ser contribuinte da previdência ou por qualquer outro critério discriminatório não se aplicava mais. A mesma coisa se aplicava ao princípio da integralidade. O problema estava justamente no que se passou a denominar por princípios organizativos dos SUS, pelo menos em dois: a hierarquização e regionalização dos serviços. A descentralização também já estava assegurada no ideário do processo, dado que foi o primeiro a ser engendrado pelo próprio processo de democratização dos fins dos anos 1980.

⁹

Lei 8.689 de 27 de julho de 1993.

Mais adiante o texto em análise faz uma assertiva sobre “as raízes e razões” que levam à proposição de mudança em todo o sistema de saúde ainda em vigência no país, mesmo após a Constituição e as Leis da saúde:

- b) concentração espacial das atividades produtivas mais dinâmicas, provocando enormes desigualdades regionais; [...].
- e) perda, pelos governos estaduais e municipais, de receita e autonomia de gestão, em consequência da forte dependência das transferências federais.” (p. 7)

Acerca dos princípios norteadores do SUS, mais a frente o texto fará uma defesa enfática da descentralização, via municipalização, como forma de racionalidade sistêmica da gestão do sistema:

Ao dispor sobre a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”, o texto constitucional reforça o disposto em seu artigo primeiro, no qual é atribuída ao Município a condição de ente federado, e se alinha com as mais modernas tendências de organização do Estado, de reconhecimento e revalorização do papel dos governos locais na provisão de serviços públicos essenciais. Ao longo do processo de transição democrática a questão da descentralização ganhou força, pela oportunidade que oferece de maior racionalidade e de maior controle social sobre as ações estatais, consolidando-se na Constituição de 1988 com um perfil nitidamente federativo e municipalista. (p. 9)

A idéia de municipalização autárquica que se desenvolverá mais adiante, já nos fins dos anos 90 está francamente em oposição a esse texto seminal da reforma. Aqui a municipalização é racionalidade e não entropia. O sistema torna-se mais funcional conforme avança a descentralização, esta não significando perda de sintonia entre os gestores federados dos SUS.

Mais adiante tratando do novo modelo no texto discute-se a dialética sobre o conceito de unicidade e a própria descentralização e as diversas formas de organização que o sistema poderia adquirir conforme a própria diversidade regional:

“A perspectiva de alcance de um novo modelo assistencial, conforme preconiza a Constituição Federal e as Leis 8.080 e 8.142, necessariamente deverá passar por uma transformação profunda na organização e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde-

SUS e, conseqüentemente, pela efetiva descentralização do sistema com comando único em cada esfera de governo.

O conceito de unicidade do sistema de saúde, preconizado na legislação, não deve ser entendido como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país, sejam elas de natureza cultural, econômica ou social. A interpretação equivocada de unicidade como mesma forma de organização deve ser rejeitada.

A expressão Único, de que falam a Constituição e a Lei 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional a descentralização, a regionalização e o controle social.

O modelo assistencial, portanto, será construído através de:

[...].

- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implantação de um sistema de referência e contra-referência municipal, regional, estadual e interestadual;
- hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde a nível municipal, estadual e nacional;

[...]. (p. 12).

A organização do sistema é que deve garantir a não entropia do cuidado do modelo. A idéia de força centrífuga não era fonte de preocupação dos atores nesse tempo da construção do SUS.

Mais adiante na discussão sobre os papéis ou competências a “Ousadia de Cumprir a Lei” afirma que:

O desenho de uma estratégia de descentralização impõe a explicitação das funções de cada nível de governo e a delimitação dos papéis em relação ao conjunto de competências concorrentes, tornando mais precisas as determinações da Lei 8.080/90.

Da análise dos dispositivos legais, pode-se estabelecer, em termos gerais, que:

- **à esfera federal** cabem as funções típicas de Estado Nacional: formulação de políticas nacionais, planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito, apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde; regulação do Sistema Único de Saúde de abrangência nacional; a cooperação técnica e financeira com estados e municípios; a regulação das relações público-privado; a regulação da atividade privada; a acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional; a regulação dos padrões éticos de pesquisa; a regulação e o registro” (p. 17)

(cont.) “de processos e produtos; a coordenação em nível nacional do Sistema de Informações em Saúde; a articulação intersetorial na esfera federal;

- **à esfera estadual** cabem a formulação da política estadual de saúde, a coordenação e planejamento, incluindo a regionalização e

hierarquização da rede de serviços, formulação e coordenação da política de investimentos setoriais em seu âmbito; a coordenação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade; a coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; o estabelecimento de padrões de atenção à saúde no seu âmbito, bem como a supervisão e cooperação técnica e financeira a municípios e, supletivamente, a execução, controle e avaliação de alguns serviços; formulação e coordenação das políticas relativas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e órteses e próteses ambulatoriais.

- **à esfera municipal** cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.

Estabelecidos esses parâmetros gerais, a configuração final da distribuição de tarefas sob encargo de cada nível de governo será resultado do amplo processo de negociação que permeará a transição, ao longo do qual se buscará suprimir as desigualdades hoje existentes e adequar as estruturas e práticas institucionais para o exercício dos novos papéis." (p. 18)

Assim o ministério assume a convicção da necessidade de medidas irreversíveis na municipalização e que essa é uma tarefa essencialmente negociada:

Convicto da necessidade de empreender medidas claras e irreversíveis no sentido de dar materialidade aos avanços propugnados na lei, o Ministério da Saúde toma a iniciativa de formular um projeto de operacionalização da municipalização de ações e serviços de saúde, conclamando a imprescindível participação de seus parceiros, aí incluída a sociedade organizada. Caminhos para descentralização existem e dependem de uma ação pactuada. Não será possível atingir os objetivos constitucionais sem o prévio entendimento entre os gestores das três esferas, o que deverá ser obtido através da Comissão Tripartite, subsidiada por seus grupos técnicos, e sem o apoio decisivo dos diversos segmentos sociais interessados na questão. (p. 20).

NOB 01/93

“PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Publicada no D.O.U de 24 de maio de 1993

“Anexo único Norma Operacional Básica –SUS 01/1993

1-Introdução

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

[...].

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastantes complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos:

a) descentralização deve ser entendida como um processo implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

[...].

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo de assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

g) a regionalização deve ser entendida como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos **municípios de se consorciar** ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação a descentralização do sistema, esta forma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.”[grifos meus]

No que se refere ao gerenciamento do processo de descentralização a norma iria afirmar:

“2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde expletivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir

[...].

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.”

Ou seja, estava aberta a possibilidade real de acertos nas negociações entre gestores estaduais e municipais, mas desde que não ferisse o disposto no texto gestado na IX Conferência de Saúde.

Após as descrições sobre as formas de gestão incipiente, parcial e semiplena (formas de assunção de gestão do sistema municipal de saúde pelos municípios que esta norma previa) faz-se a seguinte afirmação:

4.1.4. Os municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

Novamente aqui a possibilidade de consórcio estava prevista sempre na perspectiva de que o objetivo ou imagem espelho era a assunção total pelos municípios dos sistemas de saúde, inclusive o regional.

Porém, aos estados estavam definidos prerrogativas e responsabilidade bem definidas, principalmente nos estados em gestão semi-plena: respeitadas as responsabilidade e prerrogativas dos municípios em alguma das três formas

de gestão à Secretaria Estadual da Saúde caberia a “completa responsabilidade sobre a gestão e da prestação de serviços; coordenação da rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade” bem como “os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública”.

Estas são as principais referências tanto na questão da descentralização e regionalização quanto nas relações estabelecidas entre os municípios e o estado na gestão do sistema nesta NOB.

Relatório da X Conferência Nacional de Saúde

RELATÓRIO FINAL DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUS - CONSTRUINDO UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A QUALIDADE DE VIDA”

Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996

Conferência Nacional de Saúde on line: www.datasus.gov.br/cns/cns.htm

4. CARTA DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde e da regionalização dos serviços, o SUS vem permitindo, nas cidades que avançaram na aplicação de seus princípios e diretrizes, a reversão de indicadores, a resolução dos problemas de saúde e a satisfação da população, provando sua viabilidade.”

“A construção de um novo modelo de atenção à saúde passa, necessariamente, pela maior autonomia dos municípios, das regiões e pela reafirmação da participação popular e o controle social com conselhos paritários, tripartites e deliberativos para que o SUS, cada vez mais, dê certo.” (p. 8)

Continua-se a centrar sobre a autonomia e capacidade dos municípios em poder ofertarem serviços e ações de saúde a seus cidadãos e onde se avançou na descentralização isso foi possível. É um discurso de auto-reforço das próprias capacidades municipais como protagonistas do avanço do SUS, o “SUS que dá certo” um dos motes dessa conferência.

6.2. DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

31 O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, e os Conselhos de Saúde devem promover uma nova estratégia para ampliar e qualificar o processo de municipalização da saúde. Tal estratégia deverá ser discutida e acompanhada pelos Conselhos de

Saúde, suas Comissões Técnicas e outras instâncias de controle social. [...](p. 18)

Associado à necessidade de se ampliar o processo de municipalização e qualificação do processo, tornando-a menos burocratizada como se processava desde a Nob 93, a partir de uma infinidade de comprovações formais por intermédio de uma série de formulários, o texto da confêrencia acentua a necessidade de se submeter o processo às instancias máximas do SUS, quais sejam, os conselhos de saúde

Esse movimento de qualificação deveria “promover e incentivar”:

31.1 O aprofundamento e aceleração do processo de descentralização e municipalização, simplificando a tramitação dos processos de transferência das ações e serviços, garantindo a permanência dos trabalhadores e a adequação das condições físicas e materiais no ato da transferência e respeitando a autonomia local;

31.2 o enquadramento dos Municípios na gestão plena, conforme a NOB nº 01/96, para agilizar o repasse integral de recursos financeiros Fundo a Fundo de Saúde, aumentar a autonomia no planejamento das ações e no estabelecimento de metas de acordo com as necessidades e os problemas da população de cada Município;

31.3 o repasse urgente, aos Municípios que estão em processo de municipalização, das Unidades e dos Serviços de Saúde Federais e Estaduais, com recursos e equipamentos, garantindo a hierarquização e ampliação da rede;

31.4 os investimentos financeiros e materiais na descentralização progressiva e na organização dos serviços de referência especializada e de maior complexidade em Municípios pólo, descongestionando os serviços nas grandes cidades e facilitando o acesso ao atendimento da população de pequenos Municípios e regiões pouco povoadas;

31.5 a descentralização da Atenção Integral à Saúde para os Distritos, Unidades e Serviços de Saúde nos grandes Municípios, para reforçar a vigilância e a assistência à saúde mais particularizada à população e para facilitar o controle social;

31.6 a integração e o aprimoramento das parcerias entre as instituições componentes do SUS, como forma de evitar a duplicidade de ações;

31.7 a reestruturação administrativa e gerencial de todos os hospitais públicos, vinculando-os ao processo de municipalização e regionalização.

32 Os Gestores do SUS devem reforçar o princípio de gestão local do SUS, com responsabilidade e autoridade sobre as questões de saúde, inclusive da gestão dos recursos financeiros através do Fundo Municipal de Saúde, mediante controle social. Deve ser garantida a autonomia do gestor local na construção do modelo assistencial e na condução das ações de saúde, aprovados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde, considerando a diversidade e a

heterogeneidade brasileira e a eficácia das ações e serviços oferecidos.

33 Os Gestores do SUS devem fortalecer a territorialização, de tal forma que:

33.1 as Secretarias Estaduais de Saúde invistam na sua regionalização, descentralizando suas decisões e ações;

33.2 as Secretarias Estaduais de Saúde invistam em Centros de Referência Regional, tornando-os resolutivos, para que os usuários sejam atendidos nas suas regiões, descongestionando os serviços das Capitais e grandes cidades. Para isso deve discutir projetos e estratégias de implantação com os Municípios, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores Bipartite;" (p. 18)

Continua na página 19

33.3 as Secretarias Estaduais de Saúde estimulem o agrupamento de diversos Municípios ou áreas, conformando os Consórcios Intermunicipais, para atendimento de necessidades mais complexas;

33.4 as Secretarias Municipais de Saúde implantem a distritalização nos Municípios médios e grandes, **facilitando a atuação de acordo com o perfil epidemiológico de cada área;**

33.5 cada Unidade ou Serviço de Saúde seja responsável pelas ações de Atenção Integral à Saúde **em áreas geográficas delimitadas.**

34 O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde devem garantir a municipalização da Vigilância à Saúde, mediante a articulação, a cooperação, o desenvolvimento e a transferência de conhecimentos científicos, tecnologias e recursos financeiros." (p. 19).

Importante atentar para algumas idéias expostas nesse longo trecho do relatório, mas que deve ser visto como central para a discussão dessa tese. Primeiro, o reforço constante da necessidade de se acelerar o processo de descentralização e municipalização dos serviços e pessoal, respeitando a autonomia local. Essa necessidade se manifesta mais intensamente nos relatórios das conferências 9ª e 10ª do que propriamente nas normas. No final desse relatório a conferência reporta à primeira versão da NOB 96 e exige que se reescreva que as comissões bipartite e tripartite sejam subordinadas aos respectivos conselhos de saúde. Manifestava-se aqui uma preocupação crescente desde a 9ª CNS com a autonomia dos entes federados e das instâncias máximas de deliberação do SUS conforme disposto na Lei 8080 e 8142. O processo de tecnificação crescente e o aumento expressivo de decretos, portarias viriam no decorrer dos anos seguintes, principalmente na

gestão do Ministro José Serra, a ser motivo de intensos embates entre os entes federados, constituindo-se em uma recentralização via normalização abundante¹⁰. Esse processo dificultava a gestão dos serviços no nível local uma vez que demandava tempo em demasia na sua leitura, entendimento e ajuste para a esfera municipal de uma normativa que emanava para o Brasil todo.

Em segundo lugar temos uma diferenciação entre a idéia de distrito e região. O distrito é fundamentalmente uma forma de organização espacial intramunicipal, via definição de áreas menores, por esquadrinhamento territorial para um melhor conhecimento e controle do espaço pela gestão municipal de municípios grandes e de áreas metropolitanas. É uma descentralização intramunicipal ou de aglomerados urbanos. Em verdade, essa idéia contrasta com a formulada pela Organização Pan-Americana da Saúde que via nos distritos uma forma de organização espacial também com sentido centrípeto, de aglutinação de municípios menores, inclusive para ganhar escala de serviços de maior complexidade tecnológica (ALMEIDA et al. 1998).

Um terceiro aspecto é a estratégia de desconcentração dos serviços das grandes cidades para outras a serem definidas como municípios pólo. Esta é mais uma estratégia de desconcentração de serviços e equipamentos que necessariamente de descentralização. Mas aqui já estava em proto-formulação o que viria a ser o eixo mestre da Norma da Assistência à Saúde de 2001 e 2002.

O item 33, e seus subitens, desse excerto são particularmente emblemáticos da discussão acerca da regionalização e descentralização no SUS. Nele transparece claramente a cisão do que se pensa em termos de regionalização pelos diversos entes federados.

As secretarias estaduais deveriam investir “na sua regionalização, descentralizando suas decisões e ações” (item 33.1). Ou seja, o processo de regionalização da secretaria estadual em seu território é sinônimo de distritalização como sugerido para as grandes cidades, conforme visto acima. E

¹⁰ Segundo Santos e Andrade (2007), “essa foi uma época de intensa normatização infralegal, com o Ministério da Saúde editando quase cem portarias por mês” (p. 78)

também, nesta concepção, a regionalização dever ter a função de organizar e descentralizar os serviços e não encontrar função para a esfera estadual. Porém esse é um problema mais conceitual que propriamente político, o que não se pode dizer do exposto no item 33.3. Neste item explicitamente se propõe a regionalização dos serviços via a construção de consórcios intermunicipais.

Mas será melhor desenvolvida a idéia no subtítulo Consórcios, conforme vemos abaixo:

“6.2.2. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

- 36** Os Gestores do SUS devem apoiar técnica e financeiramente a criação e a manutenção de Consórcios Intermunicipais para regionalizar a Atenção Integral à Saúde, facilitar a formação e a capacitação dos Trabalhadores em Saúde, reduzir custos e racionalizar a utilização de recursos, realizar concursos, executar licitações para compra de insumos e facilitar o acesso da população às ações de saúde, particularmente às de maior complexidade.
- 37** A formação dos Consórcios deve preservar a autonomia e a responsabilidade dos Municípios, principalmente na oferta de serviços básicos, com colaboração técnica e financeira dos demais níveis. A União, os Estados e os Municípios envolvidos devem investir recursos para implantar os sistemas de referência e contra-referência na área de abrangência dos Consórcios.” (p. 19)

Evidentemente a função do consórcio expressa acima é a mesma da regionalização e hierarquização dos serviços.

Continuando na página seguinte do relatório:

- “38** Os Consórcios Intermunicipais devem ser acordados entre Municípios, como uma opção de gestão e estratégia de avançar na descentralização e na municipalização, nunca uma imposição dos Estados.
- 39** Os Consórcios Intermunicipais devem se submeter, obrigatoriamente, ao controle dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, devendo os Gestores do SUS criar Conselhos Regionais de Saúde para coordenação e o acompanhamento desses Consórcios.” (p. 20)

Nitidamente a forma consórcio é a preferida pela maioria dos conferencistas da 10ª CNS. A função desse mecanismo associativo no caso específico da saúde seria o de regionalizar a atenção integral à saúde e ao

mesmo tempo manteria a autonomia dos municípios que por vontade política expressa se agrupariam, é essa a manifestação impressa no item 38 do subtítulo consórcios. A escrita do relatório indica claramente um embate entre entes federados, cada um tentando não subsumir à hierarquia do outro.

Porém, quanto seja o consórcio a forma ou não da organização regionalizada dos serviços, este espaço entre os municípios e o estado continua sendo como o 4º nível da administração federada.

NOB 01/96

PORTARIA Nº 2.203 , DE 5 NOVEMBRO DE 1996, D.O 216, DE 6/11/96
NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NOB-
SUS 1/96 “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”
 (legislação do SUS CONASS)

“2. Finalidade

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.” (p. 50)

O município é o foco novamente, mas está presente explicitamente a função de redefinição dos papéis das esferas estadual e federal também.

“Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. **Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal** (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; (...)” (p. 50/51)

Nesta NOB tenta-se organizar o que se convencionou chamar de comando único em cada esfera de governo. A responsabilização das três esferas pela saúde dos cidadãos passa pela definição clara de quais tarefas cada um deve cumprir no sistema para que este de fato oferte a atenção integral à saúde que é a meta do SUS.

Nos parágrafos seguintes o texto da NOB-96 define as competências do município e também deixa claro como deverá funcionar o problema da gerência e da gestão do sistema, diferenciando os dois conceitos pela primeira vez em um texto normativo.

“4. Sistema de Saúde Municipal

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município (o SUS-Municipal) voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de

saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais. “ (p. s 52-53, grifo meu)

Essa idéia de atomização não aparece na 10ª CNS que antecede a aprovação da norma. Foi aqui que pela primeira vez¹¹ se organiza intelectualmente essa idéia de fragmentação e que depois vai levar ao desenvolvimento da regionalização apresentada nas NOAS.

“O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal □ a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) □ e pelos gestores estadual e municipal □ a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade” (p. 53)

(...)

“A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns

¹¹ Em verdade, é a primeira vez que se edita publicamente essa idéia. No ano de 1995 houve várias reuniões entre a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) dos estados com o fim de organizar a assistência à saúde. Essa reuniões geraram 3 relatórios e um documento síntese onde se identificam, no início de 1995, cinco modelos de gestão estadual: modelo de gestão centralizada, modelo descentralizado por partilha, modelo municipalizado atomizado, modelo municipalizado com ênfase na regionalização e modelo regionalizado por nível de hierarquia (cf. LUCCHESI, 1996: p. 131). Dessas reuniões com as CIBs e dos relatórios é que se formaliza a NOB 96. Segundo a autora esse processo denotou um forte ativismo da CIBs, o que mostrava que estavam em pleno funcionamento.

municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.” (p. 54)

À esfera estadual está definido claramente o papel de mediar os diversos subsistemas municipais que componham o subsistema estadual. A função de suprir serviços de saúde básicos à população onde os municípios não tenham condições de fazer é papel subsidiário. As instâncias que farão esse papel serão as Comissões Intergestores Bipartite, CIB, sob coordenação estadual. Mas, outro papel também está explicitado nessa NOB, o de harmonizar esses mesmo subsistemas através da “discriminação positiva” buscando fornecer a todos os cidadãos do estado a mesma atenção que se oferece aos cidadãos dos municípios com maior capacidade instalada, em função do processo macroeconômico de desenvolvimento econômico e social do país. Essa função seria para ser desenvolvida a partir do financiamento em atenção do nível secundário e terciário nas diversas regiões do estado, com orçamento da esfera estadual, com o fito de se realizar o princípio da equidade no sistema estadual. O processo real de efetivação do princípio seria a construção das redes regionais de saúde que ampliariam o acesso a todos os cidadãos. Porém, a idéia que perpassa nos parágrafos acima é a de que a regionalização do sistema é mais derivada da ação do próprio município que de uma coordenação externa a essa esfera de governo, pois “composição dos sistemas municipais (...) permitem a construção de redes regionais”. A ação de harmonização e integração que cabe ao estado parece ser mais caudatária da ação municipal que propriamente a de coordenação das redes regionais de serviços hierarquizados.

Essa indefinição no papel da esfera estadual fica mais clara quando o texto da NOB 96 vai discorrer sobre o papel dessa esfera.

“6. Papel do Gestor Estadual

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.” (p. 55-56)

Além desse último papel, “o mais importante e permanente papel do estado” como já exposto no tópico do sistema municipal de saúde, “de harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais”, em termos de rede regionalizada e hierarquizada o que caberia ao estado seria a “elaboração da componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública” e sua responsabilidade pela “prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo e medicamentos, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais” (p. 57). No entanto, o discurso não é elaborado explicitamente dessa forma. Provavelmente aqui ainda rondava o peso da formulação prática da constituição de consórcios intermunicipais de saúde com o fim específico de regionalizar e hierarquizar o sistema de serviços.

No item 8 da norma que discorre sobre “Direção e Articulação” (p. 59) foi dada a resposta ao que a 10ª CNS considerou uma indevida sub-rogação das

atribuições dos conselhos pelas CIB e CIT. Também aqui se abre a possibilidade de operação da Bipartite em subcomissões regionais. A idéia do 4º nível de governo, como já manifesta na referida conferência, também molda os técnicos das três esferas de governo.

No item “9- Bases para um novo modelo de atenção à saúde” novamente no texto dá-se especial atenção ao problema das redes de serviços.

“A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e

b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário □ os munícipes □, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada □ o poder municipal □ apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.” (p. 60)

O cartão SUS entra também como, pela primeira vez, um instrumento de efetivação da integração dos sistemas. Mas sua efetivação, apenas sugerida nessa norma deveria passar por discussões nas comissões intergestores e conselhos de saúde.

Outro instrumento de integração do sistema, somente que na sua vertente administrativa financeira é a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Esse é o instrumento por excelência do gestor que possibilita a negociação entre as esferas de governo, seja no sentido horizontal (município vis-à-vis município) seja no vertical (município vis-à-vis estado). Na descrição desse instrumento a norma deixa clara que ela tem papel essencial na conformação da rede de serviços.

“11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.”

(...)

“11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A PPI observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução dessas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na Programação Pactuada e Integrada do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.” (p. 65, grifos meus).

Também na descrição das atribuições, responsabilidades e prerrogativas dos estados que assumiriam as condições de gestão dessa norma, Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, o problema da organização da rede de serviços é reafirmado.

“16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.

(...)

e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.

(...)

i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções

gestoras de planejamento, controle avaliação e auditoria.” (p. 78-79)

A Nob 96 avança na descentralização dos serviços para os municípios e tenta ordenar minimamente a referência e contra-referência a partir da elaboração da PPI entre os entes federados. No entanto algumas prerrogativas o Ministério mantém sob sua jurisdição: a palavra final sobre a chancela da habilitação dos municípios em gestão plena do sistema continua no âmbito federal e a normatização de os estados transferirem automaticamente parte de suas receitas transferidas pelo gestor federal diretamente aos municípios (por exemplo, os estados em gestão avançada do sistema devem transferir 30% do seu teto de assistência no mínimo aos municípios, para os que estão em gestão plena esse mínimo sobe para 50%). Ou seja, o estado não possui a total autonomia na gestão dos recursos transferidos pelo ministério, pois deve apenas repassar parte dos recursos fundo a fundo automaticamente aos municípios.

Esse fato será motivo de críticas por parte do ator estadual na sua relação federada no SUS. Da mesma maneira, a ordenação de gastos via programas determinados pelo Ministério, bem como o financiamento amarrado a elementos de despesa específicos são motivos de críticas dos municípios em relação ao gestor federal. Mas essa é a dialética das relações federativas entre os três entes federados. Alianças temporárias alterando as normas e a distribuição de prerrogativas entre os atores, o que se expressa na letra da legislação.

O consórcio e a gestão municipal em saúde.

O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 32p.

Este texto foi produzido pela Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, não foi produzido pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, que é quem edita as normas de organização da assistência à saúde e que define os procedimentos constantes e as tabelas de preços dos procedimentos

para transferência aos entes subnacionais e pagamentos aos prestadores contratados e privados para os procedimentos de alto custo e internações hospitalares.

E importante ressaltar que este texto foi publicado originalmente em outubro de 1997 e uma segunda edição em janeiro de 1998. Ou seja, foi publicado no lapso de tempo de implantação da NOB 96, que levou um ano em negociação, todo o ano de 1996, e mais dois para implementação que ocorreu em fins de 1998. Para o escopo desta tese este fato é de suma importância pois sugere dois discursos em vocalização no âmbito do Ministério. Um que sugeria a busca do fortalecimento da função estadual na gestão do SUS como iniciado nesta NOB e declaradamente expresso nas NOAS de 2001 e 2002 e um que mantinha a tendência de fortalecimento dos municípios até a sua máxima autonomia, como sugerido na NOB 93 (e mesmo em alguns trechos da NOB 96) e nas Conferências Nacionais de Saúde de números 9 e 10.

Na apresentação do texto em tela o Ministério da Saúde justifica o porquê dessa forma associativa dos entes federados municipais ser importante para a oferta de serviços de saúde.

“Ministério da Saúde, ao definir o Plano de ações e Metas Prioritárias para o período 1997/98, estabelece como uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços e estímulo à organização de consórcio, por considera-lo um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais.

O consórcio também constitui meio eficiente para o alcance de outra meta prioritária, que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Com isso, o Ministério da Saúde, junto com os gestores estaduais e municipais, soma esforços para vencer o desafio representado pela descentralização da gestão, o que certamente permitirá ao município oferecer ações dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Essas peculiaridades ficam mais evidenciadas ao se verificar uma crescente demanda, especialmente dos municípios, por esclarecimentos e orientações quanto à organização, ao funcionamento e às situações em que está indicada a constituição do consórcio na área da saúde.

Com esta publicação o Ministério atende boa parte dessa demanda. O seu conteúdo é decorrente de experiências municipais já existentes e de recente oficina de trabalho promovida pela Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, realizada com a finalidade de reunir subsídios para a elaboração deste documento”. (p. 5-6)

Nos aspectos conceituais denota-se as características de autonomia, não hierarquia e não constituição de uma nova instância administrativa ou de poder no âmbito do estado.

“Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns.

Ao expressar um acordo firmado entre municípios, possibilita aos prefeitos municipais assegurar ações e serviços mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produzirá os resultados desejados, o que não ocorreria se os municípios atuassem isoladamente.” (p. 7)

“A relação de igualdade entre os municípios é a base do consórcio, preservando, assim, a decisão e a autonomia dos governos locais, não admitindo subordinação hierárquica a um dos parceiros ou à entidade administradora. Cada consórcio tem características próprias, decorrentes das peculiaridades e dificuldades, tanto da região quanto do município.

(...)

O consórcio intermunicipal na área da saúde é vista como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (p. 8)

(...)

“O consórcio está estreitamente relacionado a cada um dos sistemas a cada um dos sistemas municipais, na medida em que se desenvolve ações destinadas a atender necessidades das populações destes sistemas. Não pode, portanto, configurar uma nova instância no âmbito do estado, intermediária ao município.” (p. 9)

Muito difícil, no plano discursivo, distinguir entre as funções que seriam pertinentes somente à forma consórcio e o que seria pertinente às formas de relação federativas estabelecidas na NOB 96 para a gestão do SUS. Além de poder gerir centro de regional de especialidades, viabilizar programas de sangue e hemoderivados, atendimento de urgência e emergência, maternidades etc., o consorciamento também tinha o condão de assegurar condições favoráveis para que os municípios assumissem as responsabilidades pela gestão de seu sistema de saúde. O consorcio é visto inclusive como importante instrumento “para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão quanto no tocante à reorientação do modelo da

atenção à saúde prestada à população. Assim, mesmo ao buscar essa forma de associação para solucionar questões específicas, como urgências e emergências, os gestores municipais devem ter como perspectiva a integralidade das ações” (p. s 11-12).

A integralidade das ações é a pedra de toque da discussão do modelo de atenção à saúde desde os anos 80, pelo menos, e também será mais adiante a grande discussão que ocorrerá com a centralidade da regionalização nas NOAS 2001 e 2002. A idéia de se ofertar todos os serviços de saúde ao cidadão, desde os de promoção até de reabilitação é de fato a imagem objetivo que se tem do SUS no decorrer da década de 2000. Portanto, ao consórcio estava reservado, segundo este documento, uma tarefa extremamente nobre do sistema.

Apoiando-se na Constituição e nas Leis do SUS é claramente incentivada a formação de consórcios.

“No âmbito da saúde, a legislação específica do Sistema Único de Saúde – SUS define que os consórcios intermunicipais podem integrar o Sistema. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do Sistema, trata dos consórcios municipais.” (p. 13)

E ainda,

“Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, (...) explicita também a participação também a participação dos municípios em consórcios. Me seu artigo 3º, parágrafo 3º, define que “os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos...”
A Norma Operacional Básica do SUSNOB- SUS 01/96, aprovada em novembro de 1996, mesmo não tratando especificamente de consórcio intermunicipal define em seu objetivo as bases para a adoção deste instrumento: “promover o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes”.(p. 14)

Ou seja, não está na contramão legal nem na mão da insubordinação sistêmica a iniciativa de se organizar em bases municipais, por volição política desse ente federado, o sistema municipal e supra municipal conforme relações horizontais. Mais adiante o texto diz de que maneira a articulação aos SUS pode ocorrer:

“A idéia do consórcio é igualmente reforçada quando a NOB determina que a “totalidade das ações e serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada” que não precisam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura respectiva, nem ter sede no território do município. Os estabelecimentos referidos podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio.”

Essa articulação intermunicipal tem relação direta como o papel do gestor estadual, definido na NOB 96, que é, substancialmente, organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada – PPI, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite.

Por isso, ao decidirem-se pela formação de consórcio, os gestores municipais devem estabelecer a necessária articulação com o gestor estadual, de forma que as ações e serviços a serem consorciadas componham a PPI, o que não exclui, no entanto, o pressuposto básico desta forma de atuação: que é a preservação da autonomia de cada município.” (p. 15)

Referenciando-se a todas as leis em vigência e mesmo à NOB 96, ainda nesse momento em discussão, o consórcio como apresentado seria a figura associativa que permitiria a preservação da autonomia municipal. Ora, só se afirma e reafirma essa questão se se enxerga nas propostas outras que estão na mesa de debate a relativização da mesma qualidade em reforço.

No capítulo referente à estruturação e financiamento dos consórcios é que se aproxima sua formação aos mesmos princípios da formação das regiões de saúde ou do processo de regionalização dos serviços de saúde. O consórcio é equiparado à mesma funcionalidade instrumental da regionalização, mas que preserva o tempo dos municípios, pois que “A organização de um consórcio, entendida como um processo, não deve ser induzido, nem apressada; deve ser uma iniciativa dos municípios e preservar a decisão e a autonomia dos governos locais.” (p. 17). Na mesma página se expressa que “esse processo inicia-se com a articulação entre os gestores municipais, tendo por base o pacto e a negociação”. Além dessas características que não são outras que não as mesmas do processo de negociação intermunicipal que as NOBS propõem no decorrer da implantação do SUS, no texto se discorre acerca das peculiaridades jurídicas da administração, como instituição de direito privado, mas submetida à lógica da

prestação de contas e normas do direito público uma vez que manuseia dinheiro público. Como também que deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

E, essas adequações aos princípios do SUS, além da autonomia municipal que o consórcio garante,

“permitem a identificação das características básicas que devem nortear o funcionamento do consórcio em saúde, quais sejam:
 - é um dos instrumentos de descentralizações de políticas, visto que viabiliza a operacionalização das ações decorrentes destas políticas, por parte do gestor municipal
 - é um dos instrumentos de articulação das políticas loco-regionais:
 • ao promover a integração de diferentes municípios com realidades semelhantes, mas que têm, sem dúvida, as suas peculiaridades
 • ao mobilizar outros municípios que não integram o consórcio, mas que são influenciados na busca de soluções para problemas da mesma natureza.”(p. 22)

Qualquer semelhança com as funções do processo de regionalização que será realçado nas NOAS não é coincidência, mesmo porque o consórcio é considerado também um instrumento de organização dos serviços e da referência e contra referência. A questão que se coloca é porque uma forma de organização que teve nos estados do Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais seu mais profícuo desenvolvimento foi substituído, por preferência, pela regionalização proposta pelas NOAS.

Um veio de investigação a ser desenvolvido seria procurar entender porque estes estados em particular mais incentivaram os consórcios. Por exemplo, no Paraná temos a figura de Armando Raggio e no Mato Grosso a de Julio Müller Neto, ambos importantes secretários municipais das respectivas capitais de seus estados e também formuladores intelectuais do SUS desde seu início. Ambos também foram, posteriormente, gerir as secretarias estaduais, mas somente em fins dos 90.

SUS – Descentralização

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. SUS – Descentralização./ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde, novembro 2000

Este texto do ano de 2000 foi o único que se mostrou disponibilizado na rede Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, bem como das bases Bireme, conforme busca com os descritores descentralização e regionalização. Editado pela Secretaria Executiva, entende-se que é a voz oficial do ministério naquele momento, pois não parte de nenhuma outra secretaria específica como o texto sobre consórcios que era da Secretaria de Políticas, tradicionalmente uma secretaria em situação de disputa de prestígio com a Secretaria de Atenção à Saúde.

O tema descentralização é retomado agora com nítido passo rumo à discussão da regionalização como um instrumento ou meio de organização e descentralização dos serviços. Aqui, depois do “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” é a primeira vez que se divide os princípios do SUS de forma tão explícita:

“A Constituição de 1988 concretizou princípios, no que diz respeito à Saúde, que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na universalidade, equidade e integralidade; os segundos, na descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social” (p. 5)

Na página seguinte o texto explicita o entendimento do que seriam esses seis princípios dos quais relevamos dois, a regionalização e hierarquização da rede e integralidade da assistência.

“Integralidade da assistência: direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É ‘...entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema’ (Lei 8.080, 7º, II)”

“Regionalização e hierarquização da rede: distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidade da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas

entre estados e municípios, sendo facultada a criação de consórcios.”
(p. 6)

No princípio da equidade discorre sobre a ação de corrigir desequilíbrios regionais e sociais dando tratamento desigual para situações desiguais com o fito de uniformização. No princípio da descentralização expressa que é uma redistribuição de recursos e responsabilidades e que a União só deve executar o que os municípios e estados não podem ou não conseguem, o tal princípio da subsidiariedade (fazer no nível local ou estadual o que se pode fazer nesses níveis, sem remeter à União) que será nomeado explicitamente somente nos textos de discussão já do Pacto de Saúde.

É importante ressaltar aqui que na regionalização e hierarquização da rede, a forma consórcio como instrumento de efetivação torna-se qualificada como facultado.

Também neste texto há uma curiosa relação entre descentralização e regionalização e hierarquização da rede com as esferas de governo.

“Pode-se dizer que, dos princípios organizacionais/operativos, a **descentralização** é o que mais diretamente diz respeito ao nível central de governo, pois cabe a este nível cumprir as formas encontradas para repartir seu poder, sem deixar de garantir o cumprimento de suas responsabilidades em relação à Saúde. Tanto a regionalização e hierarquização da rede como a participação social, estão muito mais afetas à iniciativas, a entendimentos e à ações de estados e municípios, sem eximir, evidentemente, o apoio da União.
(p. 7)¹²

Aos autores do texto, parece ocorrer que somente na União haveria ação de centralização e que este estaria desobrigado de fomentar a participação no Conselho Nacional de Saúde. O mesmo ocorre para a regionalização, como se em cada estado fosse possível ofertar todas as ações de saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica e que não fosse necessário a coordenação interestadual da rede hierarquizada pelo Ministério da Saúde.

¹² O grifo do termo descentralização é dos autores. Neste texto o termo nível é utilizado sistematicamente em detrimento do termo esfera de governo.

Na discussão sobre o “processo de descentralização” afirmava-se que a:

“noção de descentralização traz, em si, um potencial conflituoso. No caso do *sui generis* federalismo brasileiro, mais complicado ainda fica o processo: repartir poder e responsabilidade requer, primeiramente, o amadurecimento político em torno de pactos entre os entes federados (...) Para cumprir esse dever [da saúde] algumas formas vêm sendo adotadas onde a cada nível de governo são atribuídas tarefas específicas a executar.” (p. 7)

Mais adiante, afirma que “em oposição à centralização, percebeu-se que o município é, por excelência, o ente privilegiado para tratar diretamente a questão da Saúde” (idem) dentro da tônica da proximidade com a população e da realidade de cada lugar ou região. Porém, afirma que houve resistência à descentralização, afirmando textualmente o seguinte:

“É forçoso reconhecer, no entanto, que não foi pequena a resistência em relação à descentralização. Essa resistência embasava-se, da perspectiva do nível central de governo, na miopia que colocava óbices à transferência de poder aos níveis estaduais e municipais que, por sua vez, sempre se incomodaram diante da possibilidade de assumir novas responsabilidades ou atribuições” (p. 8)

O tom professoral continua no parágrafo seguinte, onde se coloca que “O falso dilema entre o nível central de governo, que resistia em transferir poder, e os outros níveis, por não quererem ou não poder assumir responsabilidades, somente foi superado algum tempo depois da Constituição de 1988” (idem). Depois disso discorre-se sobre as leis 8.080 e 8.142 editadas em fins do ano 1990. Também versa sobre os avanços e falhas das NOBs referentes ao processo de descentralização. Dois trechos são particularmente importantes para o desenvolvimento dessa tese. Vejamos.

Na página seguinte os autores irão afirmar o que justamente é a crítica mais veemente dos entes federados subnacionais ao processo de financiamento do SUS em sua forma descentralizada, a tutela.

“Faz-se necessário ter em mente que os compromissos constitucionais e legais da União para com a saúde autorizam-lhe a suspensão dos repasses de recursos em caso de irregularidades, de descumprimento dos pré-requisitos ou das responsabilidades assumidas por estados e municípios. Este fato evidencia um tipo específico de descentralização no qual os recursos e responsabilidades são transferidos no âmbito de um sistema único para atividades e projetos pré-definidos. Ou seja, há uma finalidade específica nessa transferência onde produtos, metas e formas de controle sobre o uso dos recursos são estabelecidos.” (p. 9) [grifos meus]

Ora, não é bem a queixa acerca das prerrogativas de suspensão de recursos pelo Ministério da Saúde em caso de irregularidades que está em questão na discussão acerca da descentralização tutelada, mas sim na definição de quem estabelece quais atividades e projetos em que se assenta a transferência de recursos. Mas nesse aspecto específico estão em harmonia crítica e aliança estratégica os atores das duas esferas de governos subnacionais.

Na crítica à NOB/93 é que o texto toca na questão relevante do nosso debate. Após o reconhecimento dos avanços por intermédio do estabelecimento dos espaços de negociação interinstitucional representados pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite e o estabelecimento do repasse fundo a fundo para os municípios em gestão semiplena a partir de agosto de 1994 (Decreto 1.232), o texto recoloca a questão da possibilidade da fragmentação do SUS.

“Muito embora tenha representado um grande avanço para o processo de descentralização, a NOB/93 continha imperfeições e imprecisões que alimentaram a discussão e a busca por aprimoramentos. **Uma das falhas detectadas era a pouca ou nenhuma ênfase no papel dos estados, pois a descentralização privilegiava fundamentalmente as relações entre a União, por meio do Ministério da Saúde, e os municípios.** Essa falha poderia fragmentar o sistema e comprometer sua unicidade. No entanto, cabe ressaltar que se estavam criando as formas práticas de descentralizar, sendo que as formas encontradas posteriormente tiveram aí sua base.” (p. 10)

Essa preocupação constante dos textos oficiais do Ministério da Saúde contrasta com os textos que são produtos de arenas mais amplas de negociação e participação como as conferências de saúde. No entanto, essa

forma de analisar a descentralização, via municipalização, como um risco de movimento centrífugo do SUS é que vai orientar a construção do consenso que irá orientar a construção discursiva dos textos das duas Normas seqüentes, a Norma Operacional da Assistência à Saúde dos anos de 2001 e 2002.

Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde

11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Esta Conferência ocorreu pouco tempo antes da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001, editada em janeiro pela portaria nº 95. O relatório final foi estruturado em duas partes essenciais: a primeira que dizia respeito ao cenário em cada item de análise (a política e a gestão do SUS; ao acesso aos serviços, o modelo assistencial e o financiamento do SUS; os recursos humanos; o controle social; a educação, informação e comunicação do SUS; o papel dos poderes legislativo e judiciário na garantia do acesso humanizado aos serviços). A grande vedete dessa Conferência foi o assunto da contratação e formação dos recursos humanos em saúde e a humanização do atendimento, mas guardou lugar para a crítica à organização da referência e contra referência dos serviços e a regionalização. Inclusive, vários termos serão comuns à Conferência e à NOAS 2001 e NOAS 2002, denunciando a intertextualidade do processo de construção do discurso vocalizado entre os atores do SUS.¹³

Todavia, voltemos aos trechos que o relatório mais especificamente trata do tema da regionalização. Na discussão sobre o cenário da gestão do SUS aparece a primeira menção ao problema.

¹³ O termo cidades-pólo será um conceito chave na construção das NOAS quando define o processo de regionalização pela microrregião de saúde como unidade mínima de planejamento.

“O processo de descentralização propiciou inúmeros avanços e melhorou substancialmente o acesso da população aos serviços. No entanto, é notória a sobrecarga das regiões metropolitanas e cidades de maior porte por serviços que poderiam ser descentralizados. Persiste uma excessiva concentração de serviços de alta complexidade em cidades-pólo, com serviços altamente lucrativos e que pressionam o SUS, enquanto em muitas regiões do País praticamente não existem centros de referência de média e alta complexidade. A carência de recursos nos pequenos municípios perpetua sua situação de dependência em relação aos pólos regionais. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde é um processo de construção lenta e difícil, que caminha de modo desigual nas diferentes regiões, estados e municípios. O financiamento não está orientado para a constituição de redes descentralizadas e regionalizadas, principalmente em relação à média e alta complexidade. Os princípios de universalização e de integralidade não são obedecidos na organização das redes e há desigualdade no atendimento. Nesse sentido, os estados não estão cumprindo seu papel de coordenadores da implementação do SUS. Essa omissão dos gestores estaduais – que não transferem os recursos adequados, estabelecem sistemas exorbitantes de cobrança dos gestores municipais, não suprem adequadamente os municípios, não cumprem seu papel de assessorar técnica e financeiramente os municípios –, foi destacada. Os participantes entendem que há ausência do Estado como articulador no processo de regionalização e de organização da assistência por nível de complexidade e resolutividade. Falta de compromisso e de autonomia são as palavras utilizadas para definir tal situação.” (p. 22) [grifos meus]

Mas, logo a frente reconhece que alguns estados, quatro a total (RS, SP, MT, PR) são os únicos que assumem a totalidade da gestão plena de seus sistemas. E faz a crítica a uma prática muito comum de encaminhamento de pacientes aos centros maiores por meio de ambulâncias, o que veio a ser chamado de “ambulâncioterapia”.

Porém, é necessário se ater ao longo trecho da conferência acima enxertado. Após 14 anos da 8ª CNS e doze à Constituição de 88 o diagnóstico do processo está explicitado no que se refere à descentralização. É necessário desconcentrar serviços de média e alta complexidade tecnológica e o financiamento não está orientado para isso o que acentua as iniquidades do sistema, o que compromete os princípios da universalidade e da integralidade. E um ator essencial nesse processo e que não está fazendo sua parte é o estado, unidade da federação. Falta compromisso e autonomia. A esfera estadual é omissa, sobrecarrega os municípios e ainda não transferem os recursos adequados. Não é uma crítica qualquer. Está bem focada no papel

diretor de regionalização que seria afeito a essa esfera, e o que se esperava dela.

O relatório volta ao tema novamente quando discorre sobre as políticas de informação, educação e comunicação (IEC), já na página 47, porém em um parágrafo importante, pois associa a regionalização com termo até então não relacionado, a democratização.

“Os processos de descentralização, democratização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde demandam ações de uma ampla rede de parcerias constituída de cidadãos, usuários, gestores, profissionais, instituições, organizações não-governamentais, conselheiros de saúde e todos aqueles que podem intervir na formulação e na fiscalização do SUS.”

Reforçado mais adiante, “A garantia de equidade e de acesso passa pelo conceito de regionalização da rede com amplas parcerias sociais e intergestores.” (p. 103)

A necessidade de parcerias, uma ampla rede como destacado, confere a esses quatro processos uma qualidade de negociação que transpassa apenas o âmbito institucional entre esferas de governo. Ou seja, o processo de regionalização e hierarquização não é afeito somente aos gestores governamentais, mas sim um princípio fundador do SUS que compete à sociedade garantir e não somente aos governos uma vez que é coetâneo ao processo de democratização do poder que o SUS representou via mecanismos de descentralização de equipamentos, atividades, financiamento e gestão de serviços de saúde até então centralizados na União. E mais, a equidade no acesso viabiliza-se por intermédio da regionalização configurada por essas parcerias.

Somente no capítulo das proposições o tema volta a ser citado. No item do financiamento associa-se a regionalização à construção da PPI e novamente tendo o consórcio como termo associado, “Mecanismos de regionalização e de referência, câmaras de compensação e consórcios municipais devem ser contemplados na elaboração da PPI.” (p. 83).

A Programação Pactuada e Integrada, coordenada pelo estado como proposta na NOB 96 deve contemplar a figura jurídica do consórcio, um dos mecanismos que mais autonomia confere ao ente municipal.

Nas proposições para as “Diretrizes para modelos de atenção e gestão do SUS” (p. 109) é reafirmada a necessidade da reorganização dos serviços de atenção através da rede regionalizada e hierarquizada por complexidade tecnológica e procura-se definir os papéis das esferas nesse processo:

“e) Redefinição das responsabilidades entre as três esferas de governo: (a) ao Governo Federal caberá o financiamento dos serviços, simplificando as exigências e desburocratizando a implantação de programas; (b) **o Estado será o normatizador do processo de regionalização por intermédio das instâncias colegiadas ainda que seja necessária uma definição mais clara e precisa de seu papel no SUS**; (c) O Município (...). O papel de regulador quanto à definição do tipo de serviços que serão ofertados cabe ao gestor municipal, de acordo com o perfil epidemiológico da população em detrimento dos interesses do mercado. Por outro lado, deve haver a garantia de que o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde sejam coordenadores das políticas de saúde e ofereçam apoio técnico, financeiro e operacional aos municípios; (...)
h) Incentivar a criação de consórcios intermunicipais para garantir a otimização de recursos financeiros.” (p. 114) [grifos meus]

O sentido de aprofundamento da municipalização nas propostas acima está muito clara quando diz que o estado será normatizador por intermédio da CIB, onde tem acento o município e que papel regulador quanto ao tipo de serviço ofertado cabe ao gestor municipal. Subliminarmente o texto associa as esferas de governo estadual e federal mais suscetíveis às influências dos interesses do mercado. E novamente o consórcio é a figura jurídica preferida pelos conferencistas.

No item sobre o fortalecimento dos princípios organizacionais do SUS o texto do relatório mostra uma polifonia acentuada uma vez que terá muitos termos que serão freqüentes nas NOAS e que serão normas severamente criticadas por muitos atores e teóricos que discutem os SUS. Esse fato demonstra que os discursos se constroem sobre outros discursos como proposto por Maingueneau (1997) e analisado por Pessoto (2001). Vejamos esse trecho:

“e) Incentivar a instalação e implementação de consórcios intermunicipais de saúde e/ou sistemas microrregionais como forma de assegurar o acesso da população aos serviços de saúde de maior complexidade, sob a efetiva e necessária regulamentação, integrando-os aos sistemas de referência do SUS, em suas específicas unidades públicas já existentes. (...) A criação de consórcios para executar atividades de Atenção Básica, próprias dos municípios, deve ser coibida;

f) Planejar a organização dos níveis de atenção secundária e terciária por meio da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, no âmbito das microrregiões de saúde, sustentada pelo sistema de referência e contra-referência e garantindo a efetivação dos mecanismos de controle social pelos fóruns de Conselhos de Saúde. Criar pólos de atendimento de especialidades ambulatoriais e de SADT por micro e macrorregiões de saúde, priorizando a descentralização e a regionalização de UTI neonatais...”
(p. 119-20)

Tanto a interdição associada ao termo consórcio, como apresentado, muito se assemelha ao texto do Ministério sobre o assunto analisado anteriormente, como a idéia de microrregião será extensamente discutida nas NOAS que estavam em gestação no período. Entretanto, não há que se esperar outra coisa, uma vez que os atores envolvidos nesses espaços de definição de políticas (conferências, colegiados intergestores, conselhos) são em muitos casos os mesmos. Não só o mesmo produtor do discurso, mas muitas vezes o mesmo locutor. Mas esses discursos darão ênfase ou relativizarão temas e termos conforme o local de onde é proferido.

Neste relatório ainda o consórcio intermunicipal é entendido como forma de se regionalizar os serviços de maior complexidade tecnológica e que necessita de maior escala econômica para ser eficiente. Como visto, essa figura parecia ser a mais adequada para o andamento da regionalização em se tivesse mantido o aprofundamento da descentralização, como manifesto o desejo das conferências, desde a 8ª e principalmente as 9ª e 10ª CNS.

NOAS 2001

Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001 GM (p. . 235 legislação SUS conass)

Apesar desta norma e sua respectiva portaria terem sido revogadas pela portaria 373 de 2002 que instituiu a NOAS 2002, a análise deste texto é importante de ser realizado em função da organização das idéias expressas pelo Ministério que permitem entender como se pensava estruturar a rede de serviços de saúde para oferta assistência médica a todos os cidadãos respeitando os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Houve mudanças na norma posterior, mas o entendimento do que seriam os conceitos básicos da regionalização dos serviços se mantiveram os mesmos.

O texto da portaria reconhece a contribuição dos gestores do SUS das outras esferas de governo e suas instâncias de decisão na sua formulação:

“e considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º. Aprovar, na forma dos Anexo I, Anexo II, Anexo III, Anexo IV e Anexo V desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.” (p. 235)

Inscrito no corpo da própria portaria a sensação de acordo geral na construção da norma não resistiu ao seu próprio nascimento pois a NOAS 2001 não é operacionalizada e por essa razão será substituída pela NOAS 2002.

Vejamos o que justificava a necessidade da atualização da NOB 96 tomando a exposição de motivos na introdução da norma em análise. Para

além da expansão da atenção básica com a implantação do Piso da Atenção Básica - PAB e da estratégia da Saúde da Família tinha-se que:

“Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB/SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES.” (p. 236).¹⁴

Reconhece-se no trecho acima que os municípios se capacitaram para a gestão e que desenvolveram experiências exitosas; e os Estados avançaram na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, via PPI, na organização de consórcios de saúde intermunicipais inclusive em sua forma explícita, em planos de regionalização. Porém, mais abaixo faz uma crítica direta às afirmações expressas acima.

Considera que “A experiência acumulada, na medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde/SUS.”(idem, ibidem) Alguns deles já se manifestavam com a NOB 96, mas ainda havia baixo consenso entre Ministério, CONASS e CONASEMS. Essa deficiência seria decorrência do pouco volume de experiências de gestão e de análises dessas experiências de descentralização e que seriam associadas:

“a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna

¹⁴

O vocábulo consórcio é citado somente uma vez no corpo dessa norma, apenas no trecho da introdução. E essa forma era prevista na NOB93 como uma maneira de regionalização.

bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutive de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.” (p. 236) [grifo meu]

Essa “peculiar complexidade” está inscrita na constituição desde 88 e foi aprovada pelos mesmos atores que à época estavam à frente do governo federal e de muitos estados da federação. E a idéia da hierarquia perpassa não somente a organização da rede de serviços como também os “níveis de governos”. Além disso, a explicitação textual de que não é factível que uma rede “resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade” possa corresponder a abrangência político-administrativo de um município parece sugerir que alguém tinha em mente algo parecido. Porém, salvo delírio de algum gestor ou intelectual da área, jamais se pensou assim na corrente sanitária que reflexiona, propõe e irá implantar o SUS na década dos 1990 no Brasil como um todo. Com exceção de duas ou três capitais no país, nenhuma outra cidade tem essa capacidade. Então estaríamos no campo das exceções e não da regra.

Mas logo a seguir se pontua o final do raciocínio que irá justificar o postulado. Após discorrer sobre a atração que cidades maiores exercem sobre as cidades menores, e a porosidade das fronteiras estaduais no que tange à mobilidade da população em busca de assistência médica onde possa encontrar, o texto afirma:

“Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.” (p. 237)

Aqui aparece a idéia central que irá nortear todas as posteriores construções sobre a necessidade do processo de regionalização dos serviços: a da atomização do SUS.

E a solução preconizada na NOAS 2001 será a construção de redes de serviços regionalizadas e resolutivas. Mas é uma rede qualificada de funcional e sob coordenação da SES.

“Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, **não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.**” (p. 237)

Para aprofundar a descentralização é necessário ampliar a “ênfase na regionalização”. E a alternativa é a regionalização levada a cabo de “forma explícita” através dos planos de regionalização formulados e implementados pelas secretarias estaduais. Porém, esses planos devem levar em conta vários fatores:

“Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.” (p. 237)

Essas são as principais construções discursivas referentes ao processo de descentralização e regionalização da rede de serviços do SUS apresentadas na introdução da NOAS 2001. Nos excertos lê-se claramente que a regionalização a cargo da Secretaria Estadual de Saúde será entendida como o necessário processo de aprofundamento da descentralização do sistema de saúde. Há uma nítida inversão do que se tinha como proposta ideal

para o desenvolvimento da democratização do SUS desde o discurso fundador da 8ª CNS passando pela lei 8080: a municipalização como foi enfaticamente defendida no documento “A Ousadia de Cumprir A lei”. A regionalização não deveria ser entendida como alternativa de descentralização, mas tão somente como de organização ascendente do sistema e serviços.

A NOAS é explícita quando define que cabe à SES a formulação da regionalização:

“Capítulo I - Regionalização

1 . Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. (...)

2 . Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1. Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde. (p. 238)

Essa mesma exclusividade aparece novamente quando se explicita os conceitos chaves¹⁵ para a organização da assistência e que deveriam ser observados pelo Plano Diretor de Regionalização PDR.

“A) Região de saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por

¹⁵ Além dos conceitos chaves descritos também existe a unidade territorial de qualificação da assistência que seria a região ou microrregião conforme o caso, e que seria acima do módulo. O item 7 do capítulo I da norma é um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade que estava descrito no anexo 3. Inclusive, afora o próprio texto da norma ser um anexo da portaria 95 de 26/01/2001, há mais 5 anexos posteriores. Considerem-se ainda os decretos e resoluções emitidas pelas secretarias estaduais e temos idéia do imenso cipoal de diretivas a que são submetidos os gestores municipais de saúde.

sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.” (p. 239) [grifo meu]

“B) Módulo assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C) Município-sede do módulo assistencial - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D) Município-pólo - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.”

Apesar de as práticas de negociação entre as esferas de governo ser um dos avanços mais significativos do SUS, principalmente nos fóruns de decisões instituídos pelas leis 8080 e 8142 as comissões intergestores, o processo de regionalização como entendido nessa NOAS, principalmente como aprofundamento da descentralização, contrasta esse histórico. A diretiva grafada no trecho acima não deixa margem a interpretações, mesmo que se submeta sua aprovação à CIB. O que está em questão é o processo de construção da regionalização e não a aprovação do produto acabado nas instâncias colegiadas. A regionalização, a nosso ver, foi o meio pelo qual se procurou encontrar o papel perdido pela esfera estadual do SUS.

As relações entre estados e municípios, e entre municípios e municípios também foram alteradas nessa norma. Essa mudança ocorre em virtude da forma de assunção da gestão do município à gestão plena da atenção básica ampliada (GPABA) e à gestão plena do sistema municipal (GPSM) agora dependem da prévia disponibilidade de serviços ofertados em seu território. Na NOB 93 dependia de alguns requisitos na capacidade de gestão e nos

propósitos do município em assumir tal empreitada. Na NOAS 2001 a assunção à forma plena do sistema municipal iria depender da possibilidade de ofertar serviços de referência a outros municípios e não somente à capacidade de gerir seus serviços conforme proposto em seu plano municipal.

Quanto à relação estado-municípios, apenas os municípios em gestão plena do sistema municipal farão parte da construção da PPI, sob coordenação do estado. E a relação de compromisso se dá somente entre estes dois gestores. Os municípios em GPABA apenas devem garantir o funcionamento dos serviços da atenção básica e tem a transferência desses recursos ao seu fundo municipal de saúde. A transferência referente à atenção de média complexidade não passa pelo seu controle, indo ou para o município sede do módulo ou do município-pólo ou ainda do fundo estadual de saúde. Cria-se em verdade duas categorias de municípios: uma composta pelos municípios que somente tem controle ou gestão sob as transferências e serviços de atenção básica e outra categoria de municípios que tem a gestão de seus serviços de básica e de média complexidade tecnológica a ser ofertada tanto aos seus munícipes quanto aos referenciados pelos outros municípios em GPABA.

Está definição se encontra mais claramente exposta nos itens referentes à qualificação das microrregiões de saúde quando afirma que:

“10. A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

(...)

B) apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C) habilitação do(s) município(s)- sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.” (p. 243) [grifo meu]

Sendo que,

“11.1. Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.” (idem) [grifo meu]

Além de definir que somente municípios sede de módulo assistencial podem ser habilitados em gestão plena do sistema, amarra todos os demais à sua referência e ainda submete qualquer município em GPABA, com condições de atender demanda de algum procedimento de média complexidade definida como necessária, mas não suficiente para qualificar a microrregião, ao risco de ter que abdicar aos serviços já instalados. Afinal esse é o efeito de sentido que o termo provisório imprime no último trecho.

Apenas no caso do acesso à média complexidade acima, do que virá se chamar na NOAS 2002 de primeiro nível da média complexidade (M1), é que se admite certa flexibilidade na adstrição de clientela:

“1 5. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção 1.3 - Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.” (p. 245)

E logo em seguida afirma que o estado deve evitar a superposição e proliferação de serviços de forma desordenada e deve-se “estabelecer as referências em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade” (idem).

E mais a frente define como requisitos, expresso textualmente, apenas aos municípios pleiteando a gestão plena do sistema a participação na PPI e a construção do sistema municipal de auditoria:

- “h) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;
- i) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;” (p. 258).

Os excertos dessa norma apresentado acima demonstram uma inversão do processo de municipalização e de sua autonomia crescente como vinha ocorrendo no decorrer da década dos 90. A inflexão é de natureza oposta ao movimento de descentralização, via municipalização, conforme inclusive definições nas conferências nacionais de números 9, 10 e mesmo a 11ª que, ainda que vislumbraresse a necessidade de coordenação estadual no processo de regionalização, não caminhou a passos tão largos quanto essa NOAS.

A tendência geral de estancamento do processo de municipalização não é de todo linear na letra da norma, mesmo porque os interesses que interagem na negociação de sua produção são de ordens díspares. Também aos estados cabem constrangimentos que impedem a centralização de poder em seu âmbito e que estão presentes de forma expressa nos procedimentos de habilitação. Esses constrangimentos dizem respeito principalmente à obrigação de transferências de serviços e de recursos aos municípios por parte dessa esfera de governo.

Além de um elenco de atribuições, responsabilidades e prerrogativas comuns às duas formas de gestão estadual (avançada e plena do sistema estadual) fica imposta à forma mais complexa percentuais maiores de transferências de recursos e de municípios habilitados nas formas de gestão atualizadas nesta NOAS.

Para os estados em GASE:

- “b) dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;
- c) dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.” (p. 262).

Para os estado em GPSE:

“c) dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;

d) dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;” (p. 263).

Mas esse movimento não contrasta com o espírito geral da municipalização que vem se estabelecendo no interior do SUS desde seus primórdios, pois força a uma maior capacitação dos municípios em gerir seus próprios serviços e assegurar aos seus cidadãos saúde integral.

Recomendações para a implantação da NOAS 01

A NOAS 2001 não teve sua implementação efetivada e no ano de 2002 foi publicada a NOAS 2002 em substituição, mas mantendo os preceitos gerais da anterior com as mudanças necessárias para suplantar as resistências encontradas. Nesse ínterim, foi publicado um documento do Ministério da Saúde com recomendações para o processo de regionalização em julho de 2001, anterior a NOAS 2002. Esse fato é inédito, pois em nenhuma outra norma foi necessário instrumentos de apoio dessa natureza, a não ser os decretos e portarias de praxe.

IMPLANTAÇÃO DA NOAS-SUS 01/2001:

Recomendações para o processo de regionalização da assistência no âmbito estadual. Brasília, 02 de julho de 2001
(versão preliminar para discussão)

Nas orientações gerais das recomendações transparece a existência de conflitos que estavam emperrando o avanço da implantação da NOAS 2001. Primeiro o texto busca referir-se à necessidade primordial do SUS desde sua formulação que é reformular a organização do sistema¹⁶ e depois convoca o estado às suas obrigações:

¹⁶ A discussão acerca da reorganização do sistema, tendo como premissas a necessidade da porta de entrada a partir da atenção primária, da atenção integral à saúde, da equidade, da reversão do modelo curativo e hospitalocêntrico para o modelo preventivo e de promoção da saúde é retomada a todo instante na tentativa de justificar a NOAS.

“A publicação da NOAS coloca na agenda dos gestores a necessidade de promover a reorganização do sistema, visando a garantia da equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade. (...)”

“Cabe aos gestores estaduais **desencadear, coordenar e conduzir** o processo de regionalização, agregando as Secretarias Municipais de Saúde, estabelecendo estratégias para a viabilização da proposta e gerenciando os conflitos que surgirem durante a sua implementação.

É recomendável que a SES **formalize** sua decisão política de condução deste processo por meio de portarias ou resoluções, criando grupo de trabalho com representantes da SES e COSEMS. Este grupo deverá desenvolver estratégias e cronograma de trabalho para elaboração e operacionalização do Plano Diretor de Regionalização - PDR, bem como propor a criação de grupos técnicos para temas específicos, caso seja necessário.” (p. 2) [grifos do autor]

Ou seja, meio ano após a publicação da norma nada tinha andado. Era necessário lembrar que cabia aos gestores estaduais que a eles cabiam desencadear, coordenar e conduzir a regionalização como estabelecida na NOAS. Além de que deveria formalizar sua decisão política. Mas aqui aparece uma diferença, da prerrogativa exclusiva como antes, agora se espera que este processo conte com a criação de grupos de trabalho com o COSEMS desde primeira hora:

“ > *Da participação do COSEMS no planejamento e implantação do processo de regionalização*

A articulação com o COSEMS deve ser buscada desde o início do processo, para se alcançar uma correlação de forças favorável à viabilização e legitimação da proposta.” (p. 3)

Essa articulação será qualificada mais a frente como necessária e de amplo espectro, com todos os municípios, pelo menos na discussão do primeiro esboço:

“IX. A APROVAÇÃO DO PDR

A conclusão e aprovação do PDR, no âmbito da CIB e do CES, são resultados do processo anteriormente desencadeado de discussão da proposta de regionalização, elaborada com base no diagnóstico

efetuado das capacidades, potencialidades e necessidades de cada município para assumir o seu papel no sistema estadual. Por tratar-se de uma elaboração conjunta entre os gestores, a construção será mais exitosa se for pactuada desde seu início, culminando com a aprovação de uma proposta com maior grau de legitimação e viabilidade para sua efetiva implementação.

A primeira etapa é a elaboração pela SES de um esboço do PDR, a partir das informações disponíveis no nível central. Este primeiro desenho deve ser discutido com os representantes dos gestores municipais. Essa discussão deve ser feita preferencialmente no âmbito microrregional ou regional, de forma a subsidiar o processo de elaboração da PPI e do Plano Diretor de Investimentos.” (p. 16-17)

A discussão deve ser feita com os representantes dos gestores municipais, preferencialmente no âmbito microrregional ou regional. Neste caso, deve ser feita com os próprios secretários e não com representantes.

Toda essa nova postura dialógica proposta pelo ministério às secretarias estaduais de saúde vai culminar na edição da norma de 2002, onde algumas mudanças significativas em relação ao papel dos municípios, e principalmente em relação à sua qualificação quanto à forma de gestão assumida e seu papel possível na organização dos módulos assistenciais e das microrregiões de saúde.

NOAS 2002**PORTARIA GM/MS Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002 - Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002 .**

Na exposição de motivos da publicação da norma os autores do texto justificam desta maneira a necessidade de rever os termos normativos menos de um ano após a publicação da norma anterior:

“Durante este percurso, em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto.” (p. 317).

As modificações introduzidas no corpo dessa norma foram, em relação aos municípios, a possibilidade de municípios em gestão da atenção básica ampliada (GPABA) também se habilitarem para ser sede de módulos assistenciais e municípios-pólo, o que na NOAS 2001 era vedado. Os serviços mínimos de média complexidade a serem ofertados no módulo foram ampliados para um conjunto denominado de M1, porém com pouca modificação. A restrição da participação na Programação Pactuada e Integrada-PPI somente aos municípios em gestão plena do sistema municipal também foi revista. No corpo da norma sugere-se que todos participarão de sua construção.

Quanto aos estados, foram reforçadas algumas prerrogativas de gestão sobre os serviços de média complexidade como, por exemplo, a co-participação na definição, organização e classificação das ações desse nível de

atenção que anteriormente era processo afeito somente à Secretaria de Assistência à Saúde, SAS do ministério. Também no que refere aos procedimentos de alto custo, na NOAS 2001 não estava claro quais eram as prerrogativas exclusivas do estado. Foi introduzido um item em que afirma que “24.1. A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual” (p. 327).

No mais, foram alteradas algumas formas dos anexos da norma, como os termos de garantia de acesso, de declaração de comando único do sistema pelo gestor municipal e definidos outros instrumentos de comprovação de capacidades para assunção da gestão municipal para acompanhamento pelo estado.

No entanto, também com as NOAS 2002 pouco se caminhou em sua implantação. No ano de 2003 assume novo governo federal após 8 anos de governo por outra coalizão partidária e cujo candidato havia sido o então Ministro da Saúde, José Serra. Mantêm em estado de suspensão as NOAS, mesmo porque sofrerão críticas de ambas as instituições representantes dos entes federados subnacionais, CONASS e CONASEMS.

Comentários gerais sobre as análises dos documentos oficiais

A análise linear dos discursos em seqüência temporal, a nosso ver, corrobora a hipótese desse trabalho, ou seja, a de que na década dos anos 1990, principalmente após a NOB 96, realizou-se um movimento de centralização conservadora das prerrogativas, tanto de execução quanto de formulação de políticas do Sistema Único de Saúde. O ponto culminante desse movimento foram as NOAS. Após esse período, de 2003 a 2006, até a publicação dos pactos do SUS, a agenda da descentralização e reorganização dos serviços ficou em regime de discussão. As duas NOAS não agradaram os gestores subnacionais e no período foi repensado o processo normativo do SUS. Em 22 de fevereiro de 2006, publica-se a portaria GM/MS nº 399, que define o Pacto pela Saúde. No mesmo ano, em 03 de abril publica-se a portaria

GM/MS nº. 699 que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. (CONASS, 2006: 04).

A novidade principal desse processo foi a instituição dos colegiados de gestão regional (CGR) onde se pactua, por consenso, a Programação Pactuada Integrada-PPI e quaisquer outras demandas municipais acerca do sistema municipal ou regional de saúde. Nesse fórum participam todos os gestores formalmente representantes dos municípios e um representante da esfera estadual de governo. Esse processo de negociação introduziu a paridade representativa nas decisões da política regional, o que não ocorria nos procedimentos propostos pelas NOAS que somente levava em consideração os municípios em gestão plena do sistema e que possuíam pelo menos serviços de nível secundário de atenção. A crítica principal ao modelo NOAS era justamente a criação de duas categorias de municípios: os que participavam da tomada de decisão e aos que apenas restava coadjuvação política. Essa situação derivava da divisão dos municípios em dois tipos, os que somente ofertavam atenção básica ampliada e os que podiam oferecer um maior leque de serviços. Isso, segundo Mendes (2003 p 83) seria consequência de uma “visão míope da gestão da oferta, pela qual o que importa é a existência da oferta e, não, a possibilidade de gerir a demanda dos cidadãos pelos serviços, o que não depende da presença física dos equipamentos nos municípios” criando assim uma “heteronomia municipal”.

Porém, este processo ainda está em andamento e não é foco da tese em tela. Inclusive os CGR foram montados ainda em 2007 e está em franco desenvolvimento e amadurecimento, ensejando assim pesquisas avaliativas de desempenho e resolução.

Um ponto a ser ressaltado e que conflui para a corroboração da tese do movimento conservador de (re)centralização do SUS na esfera estadual é o aparecimento e o arrefecimento do tema dos consórcios municipais de saúde ao longo desse período dos anos 1990.

O tema aparece claramente na Nob 93, como uma das formas de organização sistêmica dos serviços, em 1996 tem um manual editado pelo

próprio Ministério da Saúde e depois se tem um eclipse do mesmo. Apenas nas conferências ele surge como possibilidade efetiva e presente de cooperação municipal na atenção à saúde. Porém, na NOB 96 e principalmente na NOAS, a forma de organização até então estimulada passa a ser vista como risco para a estruturação do SUS, como ameaça de autarquização do sistema, como fragmentação do que deveria ser uno. Essa discussão surge ou se acentua com a nominação de “municipalização autárquica”, termo introduzido por Mendes nas críticas ao processo de construção do SUS.

Mas essa é uma discussão que, a nosso ver, escamoteia o processo de (re)centralização do SUS na esfera estadual. Para além do debate acerca da municipalização como via para democratização do sistema levantado por muitos autores (Arretche, 1996, 1999; Almeida, 1996; Mendes, 2003; Gomes&Mac Dowell, 2000) devemos pensar o mesmo como alternativa mais coerente para o exercício das práticas de atenção à saúde das populações.

Pensar ou aventar a hipótese de que um município possa, sem intercambio com outros municípios ou outras esferas de governo, suprir as necessidades de saúde de sua população como se preconiza pela legislação do SUS, em que a integralidade é princípio basal, é no mínimo temerário. Mesmo na atenção primária, ou que seja no elenco de procedimentos do que se chama de atenção básica, é pouco provável que a maioria consiga atender a todos os requisitos. Seja em relação à atenção médica, com a necessidade de se ter pelo menos as especialidades de ginecologia e pediatria (além do generalista adequado à Estratégia da Saúde da Família) seja em relação à atividade de vigilância sanitária e epidemiológica. Mesmo no estado de São Paulo é difícil encontrar, nos municípios de até 10 mil habitantes, capacidade instalada para atender a oferta solicitada.

E essa não é um problema menor no Brasil. Tomando as últimas estimativas populacionais do IBGE para 2009 temos os seguintes quadros descritivos dos municípios:

Distribuição dos municípios brasileiros segundo faixa populacional, estimativas julho de 2009

Faixa Populacional	absolutos	percentual	perc acum
Até 5.000	1257	22,58	22,59
De 5.001 até 10.000	1294	23,25	45,83
De 10.001 até 20.000	1370	24,62	70,45
De 20.001 até 50.000	1054	18,93	89,38
De 50.001 até 100.000	317	5,7	95,08
De 100.001 até 200.000	139	2,5	97,58
De 200.001 até 500.000	94	1,7	99,28
Mais de 500.000	40	0,72	100
Total	5565	100	

Fonte: IBGE, elaboração do autor

Em 2000, à época do Censo, e também das NOAS o quadro não era muito diferente. Inclusive os municípios pequenos eram em maior número.

Distribuição dos municípios brasileiros segundo faixa populacional no Censo 2000

Faixa de população	Abs	Acum	perc	perc acum
até 5.000	1328	1328	24,11	24,11
de 5.001 até 10.000	1309	2637	23,77	47,88
de 10.001 até 20.000	1381	4018	25,08	72,96
de 20.001 até 50.000	964	4982	17,50	90,46
de 50.001 até 100.000	301	5283	5,47	95,93
de 100.001 até 200.000	117	5400	2,12	98,05
de 200.001 até 500.000	76	5476	1,38	99,43
mais de 500.000	31	5507	0,56	100,00
Total	5507		100,00	

Fonte: IBGE, elaboração do autor

Tanto em 2000 quanto agora, o percentual de municípios, que conforme parâmetros da atenção básica do Ministério comportariam, por exemplo, um pequeno hospital com serviço de urgência 24 horas seria de 30%. Ou seja, é

nesse contexto que se deve pensar a regionalização e o discurso da autarquização municipal.

A pertinência ou não de se instalar um serviço que necessita de uso intensivo para se justificar economicamente não implica, porém, em dizer que o porte populacional seja definidor da capacidade de gestão do sistema municipal de saúde. A capacidade de gestão se refere à possibilidade que o gestor municipal tem de oferecer a seus cidadãos os serviços necessários à resolução dos problemas de saúde que apresentam. E esses serviços podem e devem ser comprados onde se oferecem. Essa é a razão fundamental do processo de regionalização dos serviços saúde.

Essas cidades com pequeno número de habitantes poderiam ser classificadas como as cidades locais de que nos fala Milton Santos (1982), e que se proliferaram nos países subdesenvolvidos nos últimos anos do século XX em razão de que “as exigências novas da população em matéria de serviços públicos, sobretudo educação e saúde, criam condições para uma mudança da estrutura espacial” desses países (p. 73). E como diz o autor mais à frente, é necessário preservar o papel dessas cidades, mas sem conservar as disparidades e integrá-las em “um mecanismo de crescimento que seja geral e não seletivo” (p. 74). Mas para isso não se pode retirar sua autonomia de gestão dos serviços, e sim aprimorá-la, permitindo o controle dos fluxos dos seus cidadãos-pacientes aos serviços localizados em outras cidades da “região”.

Capítulo 4 - Instituições e suas falas

Não somente os textos referentes à legislação, seja do escopo da constituição, seja de ordem legal e administrativa, como as normas, portarias, resoluções decretos, foram tomados como *corpus*. As manifestações públicas coletivas, em formato de texto, sejam em suporte papel ou eletrônico, dos atores fundamentais, também foram tomadas como *corpus* de análise. Desde que tomados como fala autorizada de um ator, foram entendidas como discurso enunciado sobre o qual os outros atores também constroem seus discursos e para os quais direcionam e contrapõe suas vozes quando da construção de textos dos acordos comuns nos coletivos intergestores do SUS, como a CIT e CIB, e nas plenárias permanentes, como os conselhos estaduais e nacional de saúde, e nas conferências municipais estaduais e nacional.

As legislações e as normas operacionais são entendidas como produtos de processo de negociação entre as três esferas de governo, bem como com os representantes das diversas organizações da sociedade civil que participam nas conferências e conselhos de saúde em todo território nacional. Apesar da assimetria entre as forças dos atores, nenhum deles pode agir ao seu bel prazer, no terreno das decisões do SUS, sem ter em conta os interesses e perspectivas dos outros. É a partir dessa premissa que se pode entender o escopo legal do SUS como a expressão das trajetórias discursivas de todos atores envolvidos na sua construção. Essas trajetórias se manifestam nas inúmeras publicações que vieram a público nos últimos anos em razão dos 15 e 20 anos de SUS.

Os três atores principais terão textos analisados nessa parte do capítulo. Do CONASEMS serão analisadas as “Cartas” publicadas em edições especiais pelos 15 anos de existência da organização (CONASEMS, 2003); do Ministério da Saúde são analisados alguns documentos derivados de seminários organizados em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde bem como documento prévio dos Pactos Pela Saúde; das secretarias estaduais são analisado principalmente os textos de resultados do seminário realizado em 2003, onde se procurava a busca de consensos para a organização e avanço do SUS.

Também foi objeto de consulta o sítio “Descentralização on line” mantido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde. Este sítio tinha a intenção de tornar públicas as discussões que ocorriam na comissão tripartite bem como organizar e disponibilizar ao público os documentos sobre a descentralização do SUS. É possível através desse sítio verificar o histórico das discussões sobre as NOAS 2001 e 2002, e algumas posições dos autores sobre os aspectos polêmicos do processo. Porém não foi utilizado como *corpus*, somente como referência linear temporal. Outro sítio foi sobre o processo de regionalização, organizado com o mesmo propósito do anterior, somente que tendo como tema a regionalização e como órgão responsável o Departamento de Apoio à Descentralização – DAD do Ministério (<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/>). Também no caso, não foi utilizado como *corpus*, mas é um sítio importante para verificar o andamento dos debates acerca do processo de regionalização.

Iniciamos essa parte da análise com as posições do CONASEMS.

Excertos das Cartas dos encontros dos secretários municipais de saúde.

1988 Carta de Olinda
 1989 Carta de Porto Alegre
 1990 Carta de Fortaleza
 1991-1992 Carta de Brasília
 1993 Carta de Curitiba
 1994 Carta de Goiânia
 1995 Carta de Maceió
 1996 Carta do Rio de Janeiro
 1997 Carta de Brasília
 1998 Carta de Goiânia
 1999 Carta do Rio de Janeiro
 2000 Carta de Salvador
 2001 Carta de Vitória
 2002 Carta de Blumenau

As cartas acima foram publicadas na revista do órgão (CONASEMS, abril, 2003), na edição de aniversário de 15 anos do CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde em 2003¹⁷. Segundo Pimenta (2007) “as Cartas dos Encontros e Congressos do CONASEMS refletem a

¹⁷ O Conasems se estrutura como organização nacional entre 1987 e 1988, há autores que entendem 1987 como o ano de fundação no encontro de Londrina, mas oficialmente a data considerada é 1988, no encontro de Olinda quando se elege sua primeira diretoria (cf. Pimenta, 2007).

posição política dos gestores municipais nos diferentes momentos do SUS, e recebem o nome do município onde estes eventos aconteceram.” (p. 07).

Abaixo analisamos os discursos desse que é um dos principais atores institucionais do SUS. São analisadas as Cartas derivadas dos encontros e congressos ocorridos entre os anos de 1988 e 2002. Cada carta expressa a situação síntese do momento do SUS, segundo esse ator.

No V Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, na institucionalização do CONASEMS eram essas algumas das reivindicações do plenário:

Carta de Olinda, 14 de abril de 1988:

“1. A Reforma Sanitária é medida urgente, reclamada por amplos setores da sociedade civil, com a qual estão comprometidos os municípios que, certamente, terão papel para viabilizar a descentralização do setor Saúde.

2. A implantação do SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde -, medida estratégica preliminar de Reforma Sanitária, deve ter continuidade assegurada, como deve ser também estendida imediatamente aos municípios, não se aceitando em definitivo sua paralisação no nível dos estados, com o que o processo de descentralização será apenas parcial. (...)

5. Finalizando, este plenário reafirma sua posição de continuar lutando pelas reformas essenciais, também das políticas tributária, urbana e agrária, sem o que o Brasil não poderá jamais ser considerado uma **Federação real, devido à marginalização de grande parte de seus cidadãos e pelo esvaziamento político e administrativo daqueles que deveriam se constituir a unidade celular da Nação, ou seja, os municípios.**”

Além da defesa da radicalização da descentralização, para se ir além do SUDS (a aliança entre esfera federal e a estadual) também se reivindica o status de unidade celular da federação ao município.

Na Carta de Porto Alegre, logo o ano seguinte, em 1989, já se reivindicava a descentralização com a gestão única em cada esfera de governo. Nesta época já estava aprovada a Constituição de 1988 e o SUS estava desenhado em suas linhas gerais.

Carta de Porto Alegre, 07 de junho de 1989:

“3.1 - Descentralização e Gestão Única a cada Nível de Governo

Sem negar a necessidades de diretrizes gerais em nível nacional e estadual, afirmam com clareza que o município dever ser a instância responsável pela prestação dos serviços de Atenção à saúde. A gestão unificada do SUS não deve parar nos municípios ou estados; tem que chegar a Brasília e acabar de vez com a dicotomia MPAS/MS, com atribuição ao Ministério da Saúde da responsabilidade da gestão em nível federal do setor de saúde no Brasil.

3.2 - Atendimento Integral

O modelo assistencial deve brotar de uma análise epidemiológica de cada município ou região. O município não aceita ficar condenado a desenvolver apenas as ações de nível primário, ficando o estado ou Governo Federal com os níveis secundários ou terciários. Ao contrário, os municípios, baseados na própria Constituição Federal, são os responsáveis pela gestão do sistema local de saúde, ainda quando este incluir serviços hospitalares e especializados de abrangência intermunicipal.”

A defesa do comando único na esfera municipal, mesmo quando os serviços sejam hospitalares e especializados de abrangência intermunicipal já presente no início dos anos 90 irá retornar no início dos anos 2000 com a discussão da NOAS. A defesa da unificação do comando da gestão do sistema nas mãos do Ministério da Saúde, no nível, federal será concretizada com o fim do Inamps, conforme lei 8.689 de 27 de julho de 1993.

Em 1992 será publicada uma longa carta, logo após a IX Conferencia Nacional de Saúde, cujo tema foi a “Ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” e que tinha como eixo central o aprofundamento dos preceitos constitucionais de municipalização logo após a centralização¹⁸ levada a cabo pelo governo Collor, que por intermédio das NOBs 1991 e 1992 havia equiparado o município a um prestador de serviços, em função do pagamento por produção. Na carta os secretários condenavam a ilegalidade na operação do SUS em razão da tática convenial e pela não aplicação do artigo 35 da lei 8080/90 na operacionalização do financiamento do sistema. Assim os secretários municipais se posicionavam acerca da municipalização:

¹⁸ Aqui há uma contradição do processo. O texto do CONASEMS considera-se que houve uma “descentralização centralizadora”. Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001) a Nob 91 apesar de se apresentar “como apoio à descentralização e reforço do poder municipal” recebeu várias críticas pela forma como descentralizava, através de pagamento por produção e pela tática convenial de transferência de recursos, além das normas e portarias que “colidiam” com as leis 8080 e 8142/90. O caráter descentralizador fica a cargo da quebra do que os autores chamam de “relacionamento privilegiado” que havia sido estabelecido desde o tempo do SUDS entre governo federal e estados (pg. 274), inclusive objeto da crítica da Carta de Olinda de 1988, do CONASEMS.

“O CONASEMS entende a municipalização da Saúde com um avanço inegável para a construção do SUS no País e a viabilização da descentralização, uma diretriz constitucional.

Entende que a municipalização extrapola o simples repasse automático e direto de recursos financeiros. A municipalização plena compreende, além do necessário suporte financeiro, a gestão efetiva do SUS em cada esfera de atuação e o controle social exercido em sua plenitude.”

(...)

“Limitar a municipalização a essa ou aquela forma operacional - consórcio, distrito/sanitário ou outra - não tem benefícios porque é restritivo. Além disso, com relação aos consórcios, destaca-se que devam construir mais fruto de vontade técnica e política dos consorciados que uma imposição.

3.Associação e Consórcios Intermunicipais

A associação de municípios por opção política e técnica de cada local ou região deve ser respeitada. Os municípios, através de livre associação, poderão buscar a complementaridade de suas ações de saúde. O mecanismo legal para esta associação intermunicipal é o simples contrato, não sendo necessária a formação de associação, consórcio etc., com personalidade jurídica. A forma contratual atende perfeitamente necessidades operacionais de associação. Cada município arca com determinadas despesas financeiras, de cessão de pessoal ou outras, através de uma gerência colegiada administrativa.”

Efetivamente, parece que os primórdios da nova federação brasileira estavam a exigir certo radicalismo discursivo do neófito ente federado. Não há meias palavras nem tergiversação nesse texto. O embate é claro e evidente entre as esferas de governo, com os representantes dos municípios tentando, de todas as maneiras, preservarem o que entendem como preceito constitucional: autonomia e direito à gestão do sistema de saúde.

Na carta de 1993, no encontro realizado em Curitiba, em julho de 1993 faz-se um chamamento à superação do que entende como o “temor dos municípios em assumir plenamente a gestão da saúde, causado pela relação pouco clara com as demais esferas do governo;” Aqui já não nomeiam mais como níveis de governo, e sim esferas. Também nessa carta assumem o compromisso de reformular a instituição e apostar na descentralização das atividades por intermédio do fortalecimento e criação de novos COSEMS, “ajustando sua condução ao que preconiza e defende para o SUS.” Esse foi o

ano da publicação da NOB 93, considerada uma das mais democráticas e descentralizadoras em favor dos municípios.

As cartas de Goiânia, de 1994, e a de Maceió de 1995 estavam mais focadas na questão do financiamento e suas fontes, principalmente em função das mudanças que ocorriam com o plano Real e a troca da moeda. Também se fazia uma defesa veemente do SUS, enxergando no processo de privatização do governo Fernando Henrique Cardoso um risco para a universalização do SUS. Nas cartas de Maceió e do Rio de Janeiro de 1996 (pré NOB 96) se veicula a necessidade da garantia do processo de descentralização, via municipalização, das ações e serviços de saúde. Mas ainda não se tocava no assunto da regionalização como diretriz organizativa do SUS.

Em 1997, na Carta de Brasília, os municípios faziam duas ordens de críticas ao processo de normatização, tanto do Ministério da Saúde - via NOB 96 - quanto, do Ministério da Administração e Reforma do Estado, MARE, por intermédio das propostas de transformações dos hospitais públicos em organizações sociais (OS). Quanto à NOB 96, a crítica era referente à “descentralização falaciosa”, provavelmente sobre os programas de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde como organizadores da atenção básica, mas definidos com equipe mínima para todo Brasil e com descrição meticulosa das ações a serem desenvolvidas, sem a realização das quais não receberiam os recursos do Ministério.

“Repudiamos a descentralização falaciosa que tenha por objetivo apenas transferir responsabilidades a municípios eximindo a União e os estados de suas responsabilidades. Programas centralizados e verticalizados com versão única para todo país são incompatíveis com a verdadeira natureza do SUS que é único, com gerência única em cada esfera de governo, mas que comporta distintos modelos assistenciais ajustados às diversidades e peculiaridades locais.”

Também criticava a “prolongada negociação da NOB 96, mais de oito meses após sua publicação”. Segundo Carvalho (2001a) isso ocorreu porque houve:

“A junção dos dois itens: impossibilidade de continuar habilitando na NOB antiga e impossibilidade de se habilitar na nova (cerca de trinta indefinições) causou a nati-mortalidade da NOB-96. Mudou logo em seguida o ministro, entrando interinamente o Seixas, como possibilidade de continuidade a Jatene e logo em seguida foi nomeado outro.

A situação drástica da descentralização era a seguinte: ninguém entra e ninguém sai. Ninguém se habilita, progride ou regride. Estágio de paralisia catatônica que persistiu por cerca de 15 meses oficialmente e mais alguns extra-oficialmente.” (p. 442)

Mesmo assim, em 1998¹⁹ na Carta de Goiânia é exaltado o fato de que 5.000 municípios haviam aderido à NOB 96, no entanto se mantém o reforço do respeito à autonomia municipal na gestão dos recursos repassados fundo a fundo, referentes ao PAB fixo. Ou seja, a perda de parte da autonomia da gestão dos recursos da atenção básica, subtraído pelo artifício da implantação dos PSF/PACS já tinha sido absorvida pelos municípios. As principais atenções dos secretários municipais estavam, em verdade, voltadas para a construção da rede de municípios saudáveis e a perspectiva da “construção cotidiana da intersectorialidade”. A idéia das cidades saudáveis conferia às secretarias municipais de saúde um papel protagonista muito importante para o setor, pois na esteira da busca da qualidade de vida para seus cidadãos aquelas têm muito a contribuir, possibilitando a condução dos projetos nos municípios²⁰.

Somente em 2000, na Carta de Salvador o tema da autonomia dos municípios e a defesa da descentralização via municipalização volta ao discurso do CONASEMS. Nesta carta, também, aparece pela primeira vez o tema da regionalização.

- “- Os municípios brasileiros constituem-se em entes federados dotados de autonomia, conforme definido na Constituição Federal;
- A municipalização ocorrida durante a década de 90 foi de fundamental importância para o processo de construção do SUS ampliando significativamente o acesso da população a serviços de saúde maior qualidade, diferenciando o modelo de atenção e qualificando a gestão descentralizada;

¹⁹ Em 1998 o CONASEMS muda a dinâmica de encontros para congressos, o que caracteriza um caráter mais deliberativo e imperativo aos seus membros. Neste ano se formula o documento “Uma Agenda Estratégica” que irá nortear de forma mais duradoura a ação do colegiado. (Cf. “20 Anos SUS e CONASEMS”, CONASEMS, 2008)

²⁰ Desde a década dos 80 do século 20 o setor da saúde tem se mostrado um bom campo de atuação para candidatos a vereadores e prefeitos no Brasil (Cf. Heimann et all, 1992)

- O avanço do processo de reorganização do sistema de saúde exige hoje a maior ênfase em sua articulação em bases regionais e microrregionais;
- É de fundamental importância que as políticas de descentralização do SUS respeitem a capacidade de gestão municipal adquirida ao longo desse processo, garantindo-se a transferência global das ações e serviços de saúde;”

Nos dois anos posteriores, 2001 e 2002, e suas respectivas cartas dos encontros nacionais de secretários municipais de saúde, o discurso será adequado às negociações que estavam ocorrendo na elaboração das NOAS. Na carta de Vitória, em 2001, se reafirmava a necessidade de se ofertar atenção integral à saúde “pelo acesso aos serviços de saúde, organizados de forma integrada, hierarquizada e regionalizada, contemplando as diversidades loco-regionais e respeitando a autonomia de gestão municipal”. Ou seja, pensava-se a regionalização e a hierarquização como maneira organizada de se proporcionar ao cidadão o acesso aos serviços de saúde, mas para isso era necessário se respeitar a autonomia municipal.

Em 2002, na carta de Blumenau se marca essa mesma posição de maneira mais contundente com a defesa do comando único:

“· é imperativa a efetiva implantação do comando único de gestão na base territorial do sistema – o município.”

As cartas analisadas acima fazem parte de publicação eletrônica do CONASEMS e que pode ser encontrada em seu site www.conasems.org.br. A publicação foi feita em comemoração aos 15 anos de existências formal da instituição. As cartas vão desde a assinada no encontro de Olinda/PE em 1988 até a carta de Blumenau/SC, assinada no congresso de 2002²¹.

Ao longo do tempo, é permanente a necessidade de se afirmar a autonomia dos municípios como lugar privilegiado de gestão do SUS. Como um discurso não se constrói sobre si mesmo, mas sempre em dialogismo com

²¹ Encontros de secretários municipais de saúde ocorrem desde a década de 70, mas a fundação da entidade se dá em 1988, com a eleição da primeira diretoria no encontro de Olinda.

outros discursos, é de se esperar que esses discursos estejam a afirmar outras necessidades que não a imperativa efetivação do comando único do sistema no município.

Em uma publicação de 2008 (CONASEMS, 2008), sobre os 20 anos do SUS e do CONASEMS, há uma menção clara sobre esse embate entre a regionalização proposta na NOAS e a municipalização, como se ambos os processos fossem antagônicos. Nas teses de 2005, a instituição deixa claro textualmente seu repúdio à idéia da municipalização autárquica que foi muito discutida entre os anos de 1998 e 2002:

“O CONASEMS cumpre o seu papel também nesta nova etapa, embora tenha passado por mudanças sucessivas de diretoria no período, por razões conjunturais. É nesse momento que são amadurecidas, chegando ao cenário em 2005, as chamadas teses, que se constituem como diretrizes essenciais da luta pela implementação do SUS (...)

(...) A quarta tese refuta a crítica corrente à municipalização autárquica da saúde no Brasil, afirmando, em contrapartida, a existência de uma verdadeira municipalização incompleta, realizada que foi dentro de um panorama de constrangimentos financeiros e legais. (...)”. (p. 20)

Nesta mesma publicação, em meta-análise da publicação sobre os 15 anos do Conasems, afirma que um dos aspectos que necessitava ser resolvido era “o equacionamento do aparente dilema da regionalização versus municipalização, com a busca de novas modalidades de gestão colegiada e democrática que superassem o aparente vazio de autoridade correspondente ao nível regional.” (p. 13).

A qualificação de “aparente” ao “vazio de autoridade” do nível regional, a nosso ver, não deixa dúvidas acerca do movimento discursivo efetuado pelos outros entes federativos para justificar a tentativa de subtração da autonomia gestora dos municípios no SUS.

O escopo temporal desse trabalho se estende de 1988 até a publicação da NOAS 2002, no entanto, algumas publicações de opinião como essa supracitada é de importância capital para o entendimento dos fatos discursivos ocorridos no período.

Falas do Ministério da Saúde

Em texto de junho de 2004 (BRASIL, junho 2004) sobre a regionalização²², já na nova administração após a gestão de José Serra e após a paralisação da implantação da NOAS, o Ministério na discussão acerca da federação trina afirmava:

“Sabe-se, entretanto que, apesar de inovadora, essa concepção federativa precisa ser aperfeiçoada, uma vez que permanecem ainda sem regramento e dependentes de iniciativas setoriais a regulamentação de mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais para a ação intergovernamental na implementação de políticas públicas.” (p. 03)

Reconhecia-se que os instrumentos propostos até o momento para a ‘concertação’ das três esferas de governo ainda não havia sido construídas apesar de toda a regulamentação das normas de 1996 e 2001/2002 como a PPI, PDR, PDI. No entanto, considerava-se que houve avanços na implantação do SUS, principalmente com a ênfase na municipalização, como estratégia de descentralização, que inseriu um grande número atores na formulação das políticas e execução das ações de saúde, como também o incentivo à participação dos cidadãos no controle do sistema. Porém essa nova administração ainda iria manter o discurso da atomização do SUS como um efeito adverso da radicalização da descentralização.

“Por outro lado, os avanços do processo de descentralização da saúde não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS.” (p. 04)

Ao que se contrapunha a regionalização como estratégia de se assegurar um sistema com integralidade e equidade no acesso. Também era

²² Esse texto é um preliminar do volume 3 dos Pactos pela Saúde de 2006. Foi produzido pelo Departamento de Apoio à Descentralização para discussão e contribuição interna e posterior submissão a todos os atores envolvidos na formulação de uma diretriz geral de regionalização no SUS.

considerada uma estratégia de conformação de sistemas funcionais e no estabelecimento de relações intergovernamentais mais cooperativas. Contudo, era necessário,

“(...) qualificar a estratégia de regionalização do SUS para que a mesma não seja reduzida a um complexo conjunto de normas e se sobreponha a um processo político, de negociação e pactuação, quando estão presentes inúmeros interesses que demandam iniciativas de concertação social, liderança democrática e validação cultural.

Logo, um novo projeto de regionalização requer a revalorização dos governos locais, para que os municípios assumam o papel central nas definições e execução das ações regionais em seus respectivos territórios.” (p. 04)

Mais a frente o texto imprime uma dura crítica às pretensões dos estados no seu papel normalizador e em sua tentativa de tentar articular a coordenação dos níveis de atenção de maior complexidade tecnológica à função de gestão e gerência propriamente ditas. No primeiro trecho propõe um princípio que não havia sido posto até então e que tem a nítida função de preservar as garantias de execução e gestão dose serviços na esfera municipal

“A adoção do princípio de subsidiariedade – “... não se deve transferir a uma sociedade maior aquilo que pode ser realizado por uma sociedade menor” (Baracho, 2002, p. 52) - protege os direitos e as competências dos municípios no que se refere às questões de nível local, servindo de salvaguarda para as tentativas de recentralização do SUS.” (p. 08)

Quando comenta as redes regionais de saúde faz críticas à noção primeira apresentada nas NOAS, quando subordinava a gestão das redes hierarquicamente superiores em termos de adensamento tecnológico de atenção à esfera estadual.

“A hierarquia dos níveis de atenção não pode ser confundida com hierarquia de gestão, ou seja, cada gestor da saúde dentro de sua região deverá ter a mesma responsabilidade na conformação e funcionamento do sistema de saúde regional.” (p. 17)

E mais a frente criticaria a insistência da esfera estadual em continuar executando atividades assistenciais quando em verdade deveria ter a função de coordenação da rede de atenção na garantia do acesso à população do estado a todos os serviços para atender suas necessidades.

“Não obstante, estabelecer relações contratuais de modo horizontal para a execução de ações compartilhadas, não parece uma tarefa fácil no Brasil. A herança de estruturas centralizadas de decisão e comando no campo da saúde ainda prevalece. Confunde-se responsabilidade pela gestão com execução de serviços no SUS, que se expressam através de **uma acirrada disputa entre as esferas governamentais para o comando e execução dos serviços de saúde.**” (p. 21).

Era uma no cravo outra na ferradura, mais precisamente porque estava prisioneiro das discussões que se desenvolveram no período da construção das NOAS. Porém, nos textos dos Pactos pela Saúde de 2006 muitas dessas afirmativas estarão ausentes ou amenizadas. A crítica à atomização dos sistemas municipais²³ será colocada como uma possibilidade, e a fragmentação será contextualizada no interior do próprio território do município.

As críticas mais explícitas à esfera estadual serão amenizadas na construção textual do princípio da subsidiariedade, quando o risco de recentralização do SUS não será citado. Também a menção à disputa acirrada pelo comando e execução dos serviços será retirada dos textos dos Pactos pela Saúde 2006.

²³ No sítio do DAD também aparece referências aos problemas tanto da atomização dos sistemas municipais como também do receio dos municípios em relação ao processo de regionalização como uma possibilidade de perda da autonomia municipal. Daí vem a idéia de uma novo regionalização, não mais aquela proposta nas NOAS. Inclusive se propõe a fortalecer todas as modalidades de articulação já existentes, como os consórcios, regionais de saúde, redes regionais etc..

Posição dos estados referentes ao processo de regionalização

O texto analisado do Conselho Nacional de Secretários de Saúde é uma publicação do Progestores (Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS) de 2004, denominado “Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS” que foi um resultado do 1º Seminário para Construção de Consensos do CONASS. A principal conclusão do seminário foi a proposta da elaboração de outra norma em substituição à NOAS 2002²⁴.

O Seminário foi realizado entre 10 e 12 de julho de 2003. Em 18 e 19 de fevereiro de 2004 a Câmara Técnica do CONASS de Gestão e Financiamento analisa a legislação do SUS e sistematiza as contribuições das secretarias estaduais sobre os pontos críticos do processo normativo. Essa prática de realização de seminários e produção de textos foi instituída no decorrer dos anos 2000. Especificamente sobre regionalização da saúde, não há texto disponível publicamente em meio eletrônico desse ator fundamental na construção do SUS. Ainda em 2009 foi editada a Nota Técnica 01/2009 sobre o 1º seminário de 2003. Ainda em julho de 2004 sai a ‘Síntese dos Consensos do CONASS’ e logo em seguida o CONASS DOCUMENTA nº6, com os textos de apoio ao seminário dos professores Eugênio Vilaça Mendes (que é um assessor importante para essa instituição, e que teria várias de suas teses inseridas nas propostas do CONASS para a construção dos “Pactos pela Saúde” do governo Luis Inácio Lula da Silva), Fernando Martins Júnior (consultor do Ministério da Saúde) e do secretário de saúde do estado de São Paulo, Luiz Roberto Barradas Barata e seu secretário adjunto, professor Oswaldo Y. Tanaka. Portanto, o texto fundamental do CONASS, acerca do tema em tela nessa tese é o derivado do 1º seminário. É a partir dele que se estruturam a crítica e as propostas do colegiado de secretários estaduais ao processo de regionalização da saúde como proposto pelas NOAS 2001 e 2002.

²⁴ A NOAS, em suas duas versões, não conseguiu se efetivar após anos de negociação e empenho do governo federal. Apesar das críticas, ambas as instituições representantes dos gestores das esferas subnacionais costumam afirmar que as NOAS trouxeram avanços ao processo de descentralização do SUS ao pautar o problema da regionalização dos serviços.

O texto se organiza em dois grandes temas, dentro dos quais se subdividem em tópicos ou aspectos. Os dois grandes temas são: “Dificuldades e propostas relativas à NOAS/SUS 01/2002” e “Contribuições para a construção do processo normativo do SUS”. Dentro de cada tema foram expostos aspectos dos quais se arrolam as “principais dificuldades” e as “propostas”. Os tópicos/aspectos foram: Responsabilidades e atribuições de cada esfera de governo; cooperação técnica; relações intergestores; organização da assistência (primária, média e alta complexidade); referências intermunicipais e interestaduais; controle, avaliação e regulação; regionalização; integração das ações de promoção à saúde, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, ações de Atenção Primária, média e alta e complexidade. Estes aspectos se repetem em ambos temas. Portanto, o texto é uma crítica à própria NOAS e ao mesmo tempo tenta ser uma superação da mesma, quando se propõe uma nova norma e as contribuições para esse processo normativo.

Porém, na apresentação do texto já se iniciavam as críticas dos secretários estaduais de saúde ao processo de regionalização até então em andamento no SUS.

“que essa nova norma estabeleça uma nova modalidade nas relações intergestores com base em um tipo de contrato de gestão, cujo eixo seja o reconhecimento da capacidade de condução e reitoria do SUS no âmbito estadual e o pleno exercício das macrofunções estaduais, com ênfase na cooperação técnica descentralizada e permanente, com os Municípios” (p. 05)

Apesar da perda de autonomia dos municípios, principalmente destes em gestão da atenção básica, o Estado também não entendia a NOAS como um instrumento de fortalecimento de suas atribuições. Em verdade aqui, o que estava em jogo era a transferência de poder da esfera federal para a estadual, e da mudança de relação entre os entes federados. O Estado procurava ser o gestor reitor no âmbito estadual retirando o gestor federal da relação direta com os municípios que ocorre na transferência dos recursos do PAB (fixo e ampliado) diretamente aos fundos municipais de saúde. Na ótica do estado essa transferência pouco ou nenhuma função deixa a cargo dessa esfera de

governo. Tanto que em 2003, após a estabilização de um consenso que vinha se construindo desde a década de 1980 (quando não desde a 3ª CNS em 1963, que já discutia a municipalização da saúde) o texto em análise do CONASS enuncia:

“II) DIFICULDADES E PROPOSTAS RELATIVAS À NOAS/SUS 01/2002

1) Responsabilidades e atribuições de cada esfera de governo

1.1) Principais dificuldades:

1) **A indefinição do papel do Estado na Atenção Primária.**

2) O processo de desabilitação de Municípios tem como sua principal ação a retirada de recursos do Fundo Municipal de Saúde, teto do Município, o que faz que os Estados tenham dificuldade em desabilitar Municípios.

3) A NOAS/SUS 01/2002 considera apenas **a questão territorial no conceito de comando único.**

4) O Estado é tratado como prestador de serviços no Termo de Compromisso entre Entes Públicos, que se restringe ao estabelecimento de metas de produção de serviços.

5) A exclusão do requisito de avaliação da Atenção Primária para habilitação dos Municípios fragilizou o processo de gestão do SUS.”
(p. 8)

Para as dificuldades expostas se estipulava algumas propostas:

“1.2) Propostas:

1) Instituir metodologia, mecanismos e instrumentos de avaliação com vistas ao acompanhamento da gestão municipal sobre a atenção básica e as suas repercussões sobre o sistema de saúde como um todo.

2) Os Termos de Compromisso entre Entes Públicos devem **estabelecer compromissos e não apenas metas de produção de serviços.**

3) Rever o conceito de comando único, tendo como base a legislação (Constituição e Lei nº 8.080), que não o define com base apenas na questão territorial e sim como direção única em cada esfera de governo.

5) Responsabilizar o Estado pela definição das prioridades na área da assistência e pela implantação de novos serviços em seu território.

6) Definir os papéis e as co-responsabilidades de cada esfera de governo, visando fortalecer a esfera estadual quanto às macrofunções de: formulação da política, planejamento, co-financiamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, cooperação técnica e avaliação, no âmbito do território regional e estadual.”

A voz dos secretários estaduais se manifestava mais explicitamente sobre o comando único que tanto os incomodava. Mas particularmente a especial ênfase no papel que o estado deveria ter na atenção básica é que definia manifestamente o desejo de tomar o controle do sistema como um todo em seu âmbito territorial.

O item 3 das **principais dificuldades** expressa, em verdade, um problema da federação pois em cada fração do espaço nacional está presente uma autoridade municipal. Não existem ilhas de autonomia estadual no território municipal, como, por exemplo, são as embaixadas de países soberanos em territórios de países soberanos. A proposta, então, seria o comando único por tipo de serviço prestado pela unidade (alto custo ou alta complexidade, media complexidade) ou pelo sistema de saúde (referência e contra-referência, regulação de vagas, etc.).

No aspecto **cooperação técnica** novamente volta à pauta o problema do papel do estado na Atenção Primária²⁵. Nas propostas desse item o corpo do texto explicita:

“1) Definir claramente as responsabilidades e as atribuições do **Estado na coordenação do processo de organização da Atenção Primária no Estado**.

5) As Secretarias Estaduais devem se organizar para exercer seu papel na cooperação técnica com os Municípios, estabelecendo a sistemática e os instrumentos de monitoramento para a identificação dos pontos críticos do Sistema de Saúde, principalmente em relação à Atenção Primária.” (p.8-9).

As duas propostas acima demarcam claramente a busca de função que os estados estavam empenhados. Essa preocupação com seu papel na

25

Neste texto o CONASS assume o termo Atenção Primária e não Atenção Básica, como expresso nas normas operacionais. A crítica ao termo atenção básica foi feita por Eugenio Vilaça Mendes nos comentários que tece às NOAS em texto “Reflexões sobre a NOAS 01/02” de 24 de outubro de 2002. Este texto apesar das ressalvas do autor de que a versão “Destina-se exclusivamente a receber comentários, não podendo ser copiada ou distribuída sem prévia autorização do autor”, foi publicado no “Relatório Final do 1º seminário para construção de consensos” do CONASS. Este documento é oficial do CONASS, inclusive tendo sido elaborado sua ficha catalográfica em julho de 2003. O texto serviu como subsídio às oficinas.

atenção primária irá aparecer em outros itens no decorrer do texto (no tema “Contribuições para a construção do processo normativo do SUS” também nos aspectos “Responsabilidades e atribuições de cada esfera de governo” e “cooperação técnica”).

Este documento também fazia críticas à existência de duas NOBs em vigência, a NOB 96 e a NOAS. Esse fato gerava problemas de incompatibilidade na gestão do sistema municipal. Havia municípios habilitados em gestão plena do sistema na NOB 96, mas que não se habilitaram na NOAS, o que por vezes fazia com que esse município não se responsabilizava pela atenção de média complexidade aos cidadãos dos municípios vizinhos uma vez que não assinava o termo de responsabilidade de acesso previsto na NOAS, apesar de ser sede de módulo ou de microrregião. Um problema que o estado não estava à vontade para gerenciar, uma vez que a ação administrativa seria a suspensão do teto financeiro do município que não cumprisse as obrigações de referência do sistema de serviços. Por isso a proposta de gerenciar os serviços de referência regional e a propositura de o município somente gerenciar e ter a gestão dos serviços de referência intramunicipal. Mas isso é voltar no processo de descentralização até então em curso. Ademais, raros estados descentralizaram seus serviços de média e alta complexidade aos municípios. Via de regra, mantiveram sob sua gerência e gestão. O que estava em jogo eram os serviços de âmbito municipal e que eram de sua gerência e gestão, sejam municipais próprios ou contratados/conveniados.

No documento “Síntese dos Consensos do CONASS”, no aspecto “Relações intergestores” a instituição propõe que o gestor municipal só poderia contratar serviços no limite do seu território e que a gestão municipal, somente deveria se responsabilizar pelos serviços de saúde de abrangência intramunicipal. Essa era uma discussão de fundo que permeava a questão do comando único e que ainda na presente data não se esclareceu ou se obteve consenso. De qualquer forma, da maneira que o CONASS se pronuncia nesta questão reforça a tese de que esta esfera de governo, para se localizar no sistema procura recentralizar serviços que já estavam no comando municipal.

No mais, os estados referiam ser vistos apenas como “mero agente financeiro complementar às ações dos Municípios” e que se devia “estabelecer como atribuição das Secretarias de Estado da Saúde a avaliação sistematizada, periódica dos Sistemas Municipais de Saúde.” (p. 10). Também os estados reclamavam da “falta de integração entre as redes assistenciais” (p. 11). Desde a Lei 8080/90 a avaliação das redes municipais e o papel integrador das redes assistências como forma de garantir as referências e contra-referências municipais já estavam estipulados como papel dessa esfera de gestão.

A crítica do governo federal no texto de julho de 2004 sobre a regionalização acerca da confusão entre gestão e execução dos serviços não deixa muitas dúvidas sobre em oposição a qual discurso de construía. Sobre o financiamento do desenvolvimento regional o governo federal também tinha uma posição oposta ao estadual. Na página 24 afirmava que “Os recursos destinados a fomentar o desenvolvimento regional de saúde deverão ser alocados nos fundos municipais de saúde onde a ação, mesmo que de caráter regional, estará sendo executada”.

Após a efêmera aliança formada em entre os dois entes federados mais antigos da nação em fins dos anos 1990 e início dos anos 2000, novamente a União, com novo governo, se reajustava ao discurso municipalista do início dos anos 1990.

Mais do que o simples pêndulo centralização/descentralização do qual fala os autores do pensamento da sociologia e da política brasileira (KUGELMAS e SOLA, 1999), essa estratégia é um pouco mais complexa dado que insere outro parceiro no jogo de interesses: o município. Da tração de forças entre os estados, unidades da federação, e a União, como corrente na história da nação brasileira e da formação do Estado - uma força centrípeta e outra centrífuga - o município retira sua legitimidade e poder de barganha. Altera-se a lógica discursiva e das forças, a aliança entre Município e União na formulação das estratégias de descentralização dos SUS se opõe à tentativa centralizadora da esfera estadual, que até então era o eixo da

descentralização, mas que neste momento histórico se conforma como agente de (re)centralização do poder decisório delegado aos municípios.

E o que a Geografia tem ver com tudo isso? Essa é uma pergunta que nos remete ao tema discutido no capítulo 1. A proximidade entre as duas disciplinas, no que se refere à dependência de conceitos nucleares como espaço e tempo, as tornam inclusive tributárias de avanços que uma possa vir a ter em determinado período que a outra não tenha acompanhado sincronicamente. Dos dois conceitos citados o de espaço é que se coloca à discussão, porém de modo articulado às categorias região e território.

Pensar a região nos remete à produção e reprodução desigual do espaço geográfico, bem como às formas de intervenção instrumental no território. Se o espaço geográfico pode ser entendido como o objeto concreto de ação das atividades humanas e reação a elas, ou seja, como produto e produtor das atividades humanas, somente nesse sentido ambas tem significado no escopo desse trabalho e na interface que se procura fazer entre as duas disciplinas teóricas cotejadas.

Assim, esta discussão não se faz sem um esforço de periodização, uma vez que o recorte temporal nos remete ao contexto espacial no qual estas relações foram estabelecidas. O período de interesse do presente trabalho é de fins dos 1980 até o início da primeira década do século XXI. O período de estruturação e afirmação do SUS. O tempo é de curta duração, mas necessário para se atingir os objetivos da tese. Esse recorte temporal obedece a critérios do pesquisador, portanto “fruto de um critério ‘arbitrário’” (Santos, 1988, p. 23). O período recortado está inserido em um tempo mais longo, inserido no período denominado de “período tecnológico” ou “período técnico-científico atual” (idem: 27).

Nesse período mais longo, por exemplo, deixamos de considerar a indústria de equipamentos e produtos médicos e farmacêuticos. Nas conferências, desde a 8ª CNS, têm papel ativo no setor, e atua em todas as esferas. Sua formulação discursiva não se limita a uma delas, pois atuam desde os consultórios médicos até a administração federal. As inovações tecnológicas que são apresentadas e inseridas por essa indústria é um processo que impacta no (re)ordenamento territorial do SUS. A atual

distribuição de equipamentos hospitalares e dos próprios hospitais obedece a essa lógica maior do mercado de capitais. Porém desde a Constituição de 1988 a política de saúde é uma política de Estado e assim deve ser entendida também.

Sabemos desse vetor poderoso que, em geral, tem seus interesses confrontados nas conferências de saúde nacionais, mas que impõe incorporações tecnológicas no sistema. Entretanto, a tese foca no problema das forças intra-governos e não na relação público e privado na saúde. No Brasil essa relação se acentua no período militar, quando por meio de financiamentos públicos a rede hospitalar privada se estabeleceu e se ampliou no movimento de financiamento da atenção médica do INPS aos seus assegurados. Nossa escolha do tempo de análise não debruça sobre esse período, nem sobre as relações entre a esfera pública e a privada que continuam a conformar o sistema. A necessidade do recorte retroalimenta o arbítrio do critério.

As tentativas de apropriação do território pelo uso dos serviços de saúde foram fundamentalmente de duas formas: o processo de construção dos distritos sanitários a partir da técnica de territorialização²⁶ das áreas de abrangência das unidades de saúde e mais atualmente a tentativa de construção da região de saúde introduzida de maneira mais sistemática a partir da edição da NOAS 2001.

²⁶ As técnicas de territorialização faziam parte do processo de construção dos SILOS que a OPAS, com apoio de uma cooperação de técnicos do Ministério da Saúde da Itália com o ministério da saúde brasileiro, denominada de cooperação italiana. A construção dos distritos de saúde comportava várias oficinas, uma das quais era a de territorialização, que consistia no reconhecimento do território do entorno dos serviços de saúde pelos técnicos desses mesmos serviços. Eram feitos os levantamentos de barreiras geográficas da área que impedissem os deslocamentos dos usuários, dos serviços de transportes, do comércio, das habitações em áreas de risco de enchentes e desabamentos, dos outros equipamentos e serviços públicos. Também era feito levantamento, em prontuário, do local de moradia do usuário para verificar a área de “influência” do serviço. Todos esses procedimentos e suas informações derivadas eram condensados nas oficinas de informações, que posteriormente iriam subsidiar a negociação com os outros serviços na delimitação de cada área de responsabilidade e por final, no distrito de saúde, que abrangia várias unidades de saúde.

Existe uma polifonia muito intensa e uma profusão de termos pelos programas e planos de saúde quando se considera a tentativa de organização dos serviços e sistemas de saúde. É o que ocorre com os conceitos da geografia no interior do movimento de universalização do direito à atenção à saúde. Esse mesmo processo também ocorreu com conceitos das Ciências Sociais em determinado momento da década dos anos 1970: termos como classe social, modos de produção, hegemonia (este mais coetaneamente), controle social foram absorvidos nos documentos de programas e fizeram parte das estratégias discursivas dos grupos que lutavam pela instituição da saúde como direito e pela democratização do estado no embate contra a ditadura.

Tanto no empréstimo conceitual da Geografia quanto das Ciências Sociais ocorrem reduções que são de difícil controle pela ciência matriz, mas que só podem ser solucionadas pelos pesquisadores das mesmas em cooperação epistemológica com os pesquisadores da ciência ou campo de conhecimento que está fazendo o empréstimo. Como a Epidemiologia é uma ciência aplicada e é o instrumento básico para a gestão dos serviços de saúde torna-se um campo propício para o teste conceitual. Essa (inter)fertilização epistemológica pode ser um momento precioso de avanço teórico para a correções das reduções ocorridas no processo de empréstimo conceitual.

Os geógrafos muito reclamam da utilização de conceitos nucleares da Geografia como entendidos pelo senso comum pelos gestores do SUS e intelectuais da saúde coletiva, no entanto também entendem os esforços para o aprimoramento dos usos desses conceitos, dialeticamente no próprio ato do uso. (Monken et al. 2008; Gondim et al. 2008)

Esse processo de empréstimos teóricos está inserido em um movimento maior da própria construção do SUS. Por ser um movimento prático de grande importância para a população, pois se trata de resolução de problemas de saúde individuais e coletivos que facilitam ou impedem o curso da vida, as reformas organizacionais do sistema é que estão em questão quando se põe em marcha as técnicas de regionalização, distritalização, territorialização e municipalização dos serviços.

Portanto, é necessário compreender que, na perspectiva histórica de desenvolvimento e implementação do SUS suas diretrizes (em nosso caso a descentralização, regionalização e hierarquização) tiveram e ainda têm como funções “mobilizar forças e apontar caminhos desejáveis, expressando em poucos conceitos uma saturação de significados” (RAGGIO, 1992, 56) e que as diretrizes podem se cristalizar e correrem o risco de “serem ‘congeladas’ em uma doutrina inócua” (idem). Continua o autor na análise do processo de mudanças na saúde:

“(...) a saturação de significados presentes nas diretrizes, exatamente para combater ao risco de cristalização antes relatado precisam ser exaustivamente explorados. O corpo de diretrizes da Reforma Sanitária está informado por toda a teoria longamente processada no campo da saúde, resultando, em última instância, num projeto de sociedade. Entendendo que já não basta mais o efeito discursivo, emerge a necessidade de (re)desdobrar diretrizes em conceitos e estes em operações que concretamente transformam a realidade percebida no cotidiano das pessoas.” (idem)

O assunto que o secretário de saúde de Curitiba à época se referia era justamente ao processo de descentralização, via regionalização e distritalização, que a secretaria municipal da saúde estava desenvolvendo. E, tal como Gondin e colaboradores (2008), Raggio também enxergava um movimento dialético entre sentidos opostos na estratégia de organização dos serviços. Enquanto os primeiros chamam a atenção para que, no âmbito dos serviços a “articulação entre regionalização e municipalização se daria por meio de um movimento sincrônico de descentralização e centralização das ações” (p. 240) o segundo vê o “movimento dialético de expansão centrífuga e remodelação centrípeta da estrutura” (p. 57) da secretaria como forma de criar as gerências regionais e as autoridades locais de saúde.

Em verdade, o problema da regionalização dos serviços de saúde é mais antigo que a discussão atual. Desde o início do século se discute como organizar os serviços em bases territoriais. No plano internacional se coloca o Relatório Dawson²⁷, de 1920, como a primeira tentativa de regionalização dos

²⁷ A referência a este relatório foi encontrada no texto de Eugenio Vilaça Mendes, “Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02” de 2002. Desta forma está referenciada a obra “Lord Dawson of Penn –

serviços hospitalares ingleses. Porém, a organização dos serviços de saúde de atenção primária tem suas origens no modelo de organização norte-americano dos centros de saúde comunitários do início do século 20.

Nesse item particular cabe uma posição de dúvida em relação ao que vem sendo posto acerca do “Relatório Dawson” ser a referência para as propostas de organização da nossa rede regionalizada, hierarquizada e com intuito de atendimento médico universal.

O texto sobre a NOAS 2002 de Eugenio V. Mendes situa o relatório como o “discurso fundador” da regionalização em saúde. Em sua tese Oliveira (2005) afirma que o Relatório foi a referência para a organização do sistema de saúde inglês implementado em 1948. Assim,

Na Saúde Pública, a proposta de usar a descentralização geográfica, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde como meio de alcançar maior eficiência surge na Inglaterra em 1920, com o “Relatório Dawson”, estudo que se tornou um marco na história da organização dos sistemas de saúde. Sua proposta de implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa, coordenando ações primárias, secundárias e terciárias, está na base da criação do sistema nacional de saúde britânico (NHS) em 1948, e orientou a reorganização dos sistemas de saúde em vários países.^{4,5} No Brasil, a primeira proposta nesse sentido foi apresentada pelo Dr. Mário Magalhães Silveira à III Conferência Nacional de Saúde, em 1963^{4,6}.” (p. 2)

Apesar de não relacionar a proposta no Brasil, apresentada pelo Dr Mário Magalhães, ao Relatório, a lógica discursiva inclusa no parágrafo sugere que a influência seja a mesma que ocorreu em vários países. No entanto, nas páginas dos anais da 3ª CNS (NITEROI, 1992), bem como nos textos iniciais, não se tem nenhuma citação do dito relatório. O que se apresenta são referências constantes aos problemas de organização dos centros de atenção

Interim report of future provisions of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health: consultative council on medical and allied services. London, Her Majesty's Stationery Offices, 1920”. Na tese de Evangelina Xavier Gouveia Oliveira, “A multiplicidade do único: territórios do SUS”, defendida em 2005 na Escola Nacional de Saúde Pública também há referência ao texto e onde somos remetidos a duas referências bibliográficas que indicam ser esse relatório o primeiro a propor, na Saúde Pública, a regionalização como meio de se atingir a eficiência dos serviços. Um desses é uma dissertação de mestrado em Saúde Comunitária defendida em 1983 na Universidade Federal da Bahia de autoria de Maria do Carmo Lessa Guimarães. Porém, até o texto de Eugenio V. Mendes, não se tem referências explícitas ao Relatório como marco orientador das propostas no Brasil.

médico-sanitária, a utilização do planejamento como ferramenta para instalação e funcionamento dos serviços. Uma das discussões, de fundo, fundamentais nos documentos da conferência é a relação de interdependência entre desenvolvimento e saúde.

No Relatório Oficial do Ministério da Saúde sobre o tema “Fixação de um plano nacional de saúde”, assim se colocava a relação entre os instrumentos de planejamento a saúde coletiva e nosso subdesenvolvimento:

A consagradora aceitação do planejamento, como forma de ordenar e sistematizar o esforço de fomento e proteção da saúde coletiva, defronta-se com óbices poderosos, que precisam ser convenientemente superados. Estes percalços advêm de várias origens e redundam, em seus determinismos fundamentais, da etapa de subdesenvolvimento, que assinala o presente momento histórico do nosso país.

A técnica de programação, que vem sendo aperfeiçoada nos últimos anos em diferentes áreas, independentemente do sistema econômico vigente, só recentemente foi incorporada ao campo da saúde, não existindo ainda senão um esboço da metodologia que se pretende tornar opulenta e fecunda, no futuro.

(p. 02)

Alem do problema do subdesenvolvimento também se apresentava a particularidade do setor saúde que, por se tratar de um bem intangível não se podia quantificar tal qual produto de consumo:

A tentativa de estabelecer uma analogia com o que ocorre na mensuração dos fenômenos econômicos cria uma indisfarçável limitação para o planejamento de saúde. Com efeito, enquanto na metodologia econômica, a produção é função do investimento, existindo uma relação produto-capital, na programação sanitária não ocorre o mesmo, visto que a saúde não pode ser convertida em uma unidade produtiva. Sendo a saúde uma categoria multidimensional, é impossível, por enquanto, fixar termos diretos de referência e mensuração dos resultados do desenvolvimento econômico sobre os padrões sanitários e, ainda menos, dos reflexos das melhorias sanitárias sobre a taxa de crescimento econômico.

(p. 03)

Uma crítica aos sanitaristas do início do século 20 é diretamente relacionada a essa questão da definição das condições de saúde pelo estágio de desenvolvimento. Em texto citado do professor J. P. Fontenelle onde o mesmo procura se espelhar no modelo norte-americano de expansão de

centros de saúde e associando a saúde como causa do desenvolvimento , o autor contrasta afirmando que:

Diante destes dados não é difícil concluir que a criação da grande rede de unidades de saúde pública dos Estados Unidos, não foi a causa do progresso da grande nação irmã, porém, exatamente a consequência deste progresso.

(p. 6)

Neste caso aparece referência explícita à influência do sanitarismo norte-americano após a 1ª Guerra Mundial. A literatura referenciada para discussão da relação entre saúde e desenvolvimento, no campo da saúde, é o texto de Harry S. Mustard, "Government in Public Health".

No texto da proposta sobre "A Municipalização dos serviços de saúde" os autores, vozes autorizadas pelo Ministério, fazem a crítica ao processo de centralização administrativa desde o Império, bem como afirmam a necessidade de descentralização efetiva dos serviços para os municípios como forma de torná-los mais eficientes e "próximos aos cidadãos". E não se discutia sua necessidade, mas sim a oportunidade.

A municipalização dos serviços médico-sanitários terá por finalidade, em primeiro lugar, implementar o dispositivo constitucional que, de fato, na opinião atual da grande maioria dos técnicos de saúde pública, é acertado. O debate a este respeito gira em torno da oportunidade, e não da tese. Os argumentos que se apresentam para justificar a inoportunidade da medida são os seguintes: incapacidade financeira, incapacidade técnica e influência acentuada da política. Todos esses argumentos já têm sido largamente debatidos e não convencem de modo a invalidar a proposição, sobretudo pelas seguintes razões:

(p. 7)

Em nenhum momento se coloca o modelo inglês de regionalização e hierarquização proposto por Lord Dawson como contraponto ao modelo de atenção médico sanitária até então vigente. Pelo menos não explicitamente. O que se apresentava era a ferramenta do planejamento como novidade administrativa no campo da saúde e a necessidade de estender os centros de saúde e postos de higiene para todo o território nacional, pelo menos onde se poderia contar com uma estrutura administrativa municipal mínima para dar conta do serviço de interesse local, como proposto na Constituição de 1946.

O que se discutia era a pertinência da construção de serviços hospitalares sem planejamento e a necessidade da coordenação do Ministério da Saúde sobre os serviços, fossem da saúde pública propriamente dita, fossem da assistência médica das caixas de pensões, do sistema previdenciário. Outra preocupação era o atendimento das populações rurais, sempre relegada pela assistência médica. Também havia a preocupação com a duplicidade de serviços hospitalares e sua forma desordenada de construção e escolha de localização. No texto dos anais²⁸ da conferência lê-se:

É assim que constituem fatores por demais conhecidos a existência de inúmeros hospitais em permanente fase de construção; outros, concluídos há anos, sem que jamais tenham entrado em funcionamento, ou então aproveitados para finalidades distintas. Importa ainda notar que são construídos hospitais, às vezes com elevado número de leitos, em áreas já servidas por estabelecimento similar, o que, obviamente implica em desperdício de recursos e atividades; em outros casos dá-se o inverso, vendo-se totalmente desprovidas de unidades hospitalares, áreas extensas e populosas.

Não há como fugir a constatação, portanto, do alto grau de ociosidade que apresenta a rede hospitalar brasileira, em virtude dos fatores apontados e de uma série de outros, o que se traduz no dilatado tempo médio de permanência dos doentes internados e da baixa taxa de ocupação dos leitos hospitalares, falhas que vinham sendo apontadas de há muito tempo. Essa ociosidade é ainda manifesta na “multiplicidade de órgãos descoordenados, com a mesma finalidade e atendendo a clientela específicas.”

(p. 151)

O tema permanece atual em 2010, ficando suspensa sua resolução em todo período da ditadura militar e mesmo após a Constituição de 1988, apesar das tentativas de racionalização do problema na década de 1980 com o Plano Conasp, Ações Integradas de Saúde - AIS, SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e agora com as Normas Operacionais Básicas.

Porém, o mais importante para este trabalho é que a organização da rede de serviços, tanto dos postos de higiene e centros de atenção médico-

²⁸ Existem dois textos para consulta do evento da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Ambos foram “escaneados” e transformados em arquivos de extensão PDF que é lido pelo software Adobe Acrobat. Somente que apresentado em forma de imagem e não de texto. Ambos foram organizados e disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Niterói em 1992, à época governada pelo Partido Democrático Trabalhista-PDT. O primeiro são os documentos iniciais da conferência, os discursos de abertura e as teses apresentadas pelo Ministério da Saúde. O segundo são os anais, que apresenta uma organização melhor, com numeração seqüencial, e ficha catalográfica. O acesso foi possível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1119 em 28 de janeiro de 2010 às 11:40 minutos.

sanitária, discutida na 3ª CNS não parece ser referenciada na experiência inglesa. Os dados necessários a esta empreita eram coletados e respeitavam a organização espacial prévia do IBGE, e a partir dela se discutiam a reorganização dos equipamentos (sejam hospitais ou centros de saúde). No entanto, o principal foco eram os serviços de saúde pública e subsidiariamente o sistema hospitalar associado à medicina previdenciária.

Havia o diagnóstico de que os serviços sanitários e o pessoal técnico especializado estavam concentrados nas capitais e algumas grandes cidades, o que gerava grande disparidade na cobertura da população do interior e meio rural. Na Conferência se discutia o processo de especialização porque passou os centros de saúde originalmente mais próximos da comunidade, segundo o modelo estimulado pela Fundação Rockefeller, em razão da centralidade que tomou rumo o setor saúde com a preeminência técnica dos hospitais²⁹.

Essa digressão acerca da 3ªCNS se faz necessário para se colocar os termos do debate sobre a regionalização que pretende apresentar neste capítulo. O processo de regionalização será tomado a partir da instauração do Sistema Único de Saúde, entendendo que parte da história da construção desse conceito foi eclipsada no período da ditadura. Não há na memória dessa história recente referências ao Relatório Dawson como possível discurso fundador do processo. Evidentemente que não foi o SUS que criou ou elaborou teoricamente o problema da regionalização e hierarquização dos serviços de atenção médico-sanitária, mas tributar ao citado relatório tal mérito não parece se apresentar como certeza cristalina.

A título de exemplo, podemos citar artigo³⁰ publicado em 1973 na revista científica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. De autoria de técnicos da secretaria de estado da saúde da Bahia ilustra a motivação dos processos de regionalização ocorridos em períodos anteriores

²⁹ Sobre a história da atenção primária no Brasil conferir Campos, Carlos E A. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam e Com.* Rio de Janeiro, v.2 nº 6, jul/set 2006, p. 131-147.

³⁰ ARAUJO, José Duarte de; FERREIRA, Emerson S. M.; NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 1973 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101973000100001&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 08 fev. 2010. doi: 10.1590/S0034-89101973000100001.

ao SUS. A perspectiva de regionalização estava associada sempre aos processos de descentralização administrativa dos órgãos ou funções de governo. Em verdade esta é a perspectiva da própria formação da federação brasileira, isto é, de estado unitário a estado federado, justamente o oposto da formação na qual nossa federação se espelhou, a norte-americana (Abrucio, 1998).

O processo de regionalização em estudo deve ser dividido em dois momentos ou movimentos. Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade ao menor custo financeiro e há outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinado espaço em um tempo diacrônico. Em verdade, ambos têm inspirações distintas, no caso do movimento de organização dos serviços a inspiração é o que se pode chamar de “inspiração ibegeana” (Guimarães, 2005: 1021). Esta é a tradição do planejamento do estado brasileiro no pós Guerra de 1945. Especificamente o planejamento dos serviços a partir da divisão territorial em regiões funcionais ou polarizadas, conforme proposto em 1972 (Bezzi, 2004).

Do plano da teoria para a prática efetiva nos órgãos públicos, a conceituação de região ou a implementação dos processos de regionalização sofrem contaminações das correntes teóricas que informam o campo da Geografia. Das diversas divisões regionais que foram propostas para o Brasil ao longo do final do século XIX até os anos 1970, apesar da predominância de um ou outro critério, seja natural ou humano, pode-se dizer que foram metodologicamente híbridos, tal qual o hibridismo sugerido por Guimarães (2005: 1019), somente que este do ponto de vista epistemológico.

Este hibridismo também é apropriado pelos outros campos do conhecimento que se utilizam das categorias e conceitos da Geografia para tentar explicar os fenômenos de sua esfera de atuação, como o campo de conhecimento da saúde. Porém, este não é um privilégio da Geografia, pois a

saúde, como campo de práticas e de ação, se utiliza de muitas outras disciplinas para conformar um arcabouço teórico explicativo para dar conta do complexo fenômeno do nascer, viver, adoecer e morrer em sociedade, principalmente nas sociedades modernas.

Apesar de se falar em determinação social da doença, ou mais propriamente, do processo saúde-doença, locução nominal que se inscreve claramente na corrente da epidemiologia crítica latino-americana, tem-se em verdade uma prática de assistência nos serviços muito mais associada à clínica médica liberal e analiticamente focada no indivíduo. Ou seja, enquanto a parte mais ativa da inteligência epidemiológica postada nos escalões superiores da administração dos serviços, seja no governo federal seja nos estaduais, faz os discursos acerca da explicação dos processos de adoecimento, acessos aos serviços de saúde e de cura/reabilitação ou mortes tendo como corolário as categorias de análise do teórico alemão Karl Marx e tenta definir diretrizes de organização dos serviços para atender os coletivos sociais conforme sua inserção nos processos sociais de produção e consumo da sociedade em que vive e não somente os indivíduos particularizados, a prática desses mesmos serviços se pauta pela centralidade do saber médico estruturado com base na atenção individual. Essa é uma contradição de difícil solução, isso porque a direção da maioria das secretarias municipais de saúde, que hoje são quem têm a primazia na atenção primária da saúde, está com os médicos especialistas formados na lógica da atenção individual e não sob orientação de profissionais sanitaristas, sejam médicos ou não, e que poderiam imprimir outra lógica que não a curativa aos sistemas municipais.

Esse saber médico hegemônico tem hoje como um dos pilares da intervenção preventiva a alteração do modo de vida das pessoas. A idéia corrente de “qualidade de vida”, que expressa certo viver sem vícios, desenvolver práticas esportivas e efetivar uma “alimentação saudável” e preservar o quanto possível um meio ambiente livre de impurezas, apesar de ser direcionada para os indivíduos, não deixa de ter uma proximidade conceitual com a de Vidal de La Blache acerca dos modos de vida e de civilização para conceituar a idéia possibilista de região.

O elemento central dessa aproximação é o conceito de gênero de vida, que mesmo sendo associado aos povos de sociedades pré-industriais, também foram utilizados mais modernamente. Outrossim, conforme Ruy Moreira (2006) em discussão acerca da sociabilidade e espaço, existe também uma ligação evidente entre gêneros de vida e meio técnico de Milton Santos, o que seria o diferencial entre eles seria a forma como aparecem e se articulam três componentes estruturantes dos conceito, “o meio, a cultura técnica e a regulação institucional” (p. 72). No caso do gênero de vida o peso maior recai sobre a relação homem-meio mediada por uma cultura técnica nascida da experiência ambiental local, em que existe uma “fragilidade da técnica” (p. 76). Isto é, estabelecer a responsabilidade pela melhoria das condições de saúde de cada um ou grupo social às suas próprias atitudes frente a si e ao meio é trazer o modelo lablachiano à atualidade.

As tentativas de organização dos serviços como pensada pelos sanitaristas que trabalham nas unidades, principalmente dos grandes centros urbanos, também sofreram influência indireta de La Blache. O autor que informou essas tentativas foi Milton Santos, principalmente na discussão acerca da região ou do distrito de saúde. A identificação do lugar com a região como explicitada pelo autor. Embora sua formulação mais fundamentada seja de 1996, ela já estava presente anteriormente, mesmo que de forma embrionária no livro “Metamorfoses do espaço habitado” de 1988.

Vejamos como é pensada a relação entre lugar e região por Santos em 1996:

“Tanto a região quanto o lugar são subespaços subordinados às mesmas leis gerais de evolução, onde o tempo empiricizado entra em condição de *possibilidade* e a entidade geográfica preexistente entra como condição de *oportunidade*. A cada temporalização prática corresponde uma espacialização prática, que desrespeita as solidariedades e os limites anteriores e cria novos. A distinção entre lugar e região passa a ser menos relevante do que antes, quando se trabalhava com uma concepção hierárquica e geométrica onde o lugar devia ocupar uma extensão do espaço geográfico menor que a região. Na realidade, a região pode ser considerada como um lugar, desde que a regra da unidade e da continuidade do acontecer histórico se verifique. E os lugares – veja-se o exemplo das cidades grandes – também podem ser regiões” (p. 132)

Esse pensamento de Milton Santos em muito tem influência de La Blache, e é por intermédio dele que a saúde coletiva se aproxima deste autor. A noção de pertencimento, e portanto de reconhecimento de lugar, foi utilizada pela chamada adstrição de clientela pelos serviços e foi parte do processo de distritalização.

A idéia muito corrente na época da implantação dos distritos sanitários em fins dos anos 1980 e início dos 90, seguindo o modelo dos sistemas locais de saúde (SILOS) como proposto pela OPAS, se aproxima da concepção de região lablachiana/miltoniana: a delimitação do distrito, principalmente nas regiões metropolitanas, compreendia um movimento de reconhecimento da “área abrangência” e de atuação dos serviços e do sistema que deveria se ater aos aspectos físicos e naturais do “entorno”, às facilidades ou dificuldades de circulação das pessoas, das características sociais e econômicas das populações residentes. Isto é, o processo de reconhecimento das pessoas que estavam adstritas aos serviços ou sistema como um todo (dependendo da escala a que se referia), a descrição físico-morfológica da “área de abrangência” e das construções humanas, processo de trabalho cunhado como territorialização, em verdade segue a lógica do reconhecimento do espaço na perspectiva da construção e uma região de saúde, distinta das demais e, portanto ensejando políticas de intervenção específicas e singulares, para além das políticas gerais do município, estado ou união.

A atividade extramuros, como era chamada essas incursões no entorno do serviço, permite reconhecer esse espaço social de vivência das pessoas que necessitam ser cuidadas ou precisam estar sob vigilância do setor saúde para que este se antecipe à eventos de epidemias ou a exposição de pessoas a riscos à saúde. Essa forma de aproximação permite amalgamar os serviços a sua população adstrita ao mesmo tempo em que cria um sentimento de pertencimento muito próximo do que se apura no reconhecimento de uma determinada área como passo necessário para definição de uma região.

Obviamente que aqui se projeta a discussão em termos de lógica construtiva, não necessariamente como definição clássica de uma região

lablachiana, em que se insere o problema da escala mínima para se afigurar uma área de distinção entre porções do espaço físico ou a paisagem. No entanto, a necessidade de se ter a descrição dos aspectos físicos entendidos como obstáculos ou facilitadores de locomoção ou como possibilidade de interferir nas condições de vida e saúde pela sua própria existência (rios, montanhas, vegetação, regime de chuvas, etc) bem como a previsão das ações humana que podem interferir e mudar a paisagem urbana, e que podem melhorar ou piorar as condições ambientais e de vida da população moradora da região, aproxima o trabalho de territorialização introduzido pela OPAS, para definição dos distritos sanitários, das monografias regionais.

Em verdade, essa lógica de distritalização, que estamos entendendo aqui como uma variante da lógica da regionalização lablachiana, provavelmente em razão de ser atualizada no tempo do moderno capitalismo industrial e de proeminência urbana, atualiza um aspecto pouco acentuado na construção da região pelo teórico francês. Como afirma Lencioni (2003):

Afirmando a unidade dos aspectos físicos e humanos por meio do estudo regional, Vidal de La Blache, incorpora à Geografia o conceito de gênero de vida, que se define como o resultado das influências físicas, históricas e sociais, presentes na relação do homem com o meio. (p. 103)

Ainda segundo a autora, apesar de não ser central na sua teoria, o conceito passou a ser corrente a partir dos anos 90 do século XIX, mas era mais utilizado no estudo das sociedades primitivas, o que se levou a ressaltar “o viés ecológico, que sublinha como o homem tira partido do meio” (p. 104). Porém, a atualização que indico seria mais pertinente ao segundo aspecto do conceito de gênero de vida “aquele que considera as relações que os homens tecem entre si. Esse último aspecto foi, relativamente, negligenciado.” (p. 103).

A idéia central seria a partir dessa síntese de inter-relações, própria da criação da região geográfica, criar a região de saúde a partir da perspectiva prática do que se denomina hoje de vigilância à saúde, isto é, o entendimento dos processos de adoecimento e morte das populações adstritas a determinados sistemas ou subsistemas de saúde, e que seriam

responsabilidades desses mesmos serviços ou (sub)sistemas a intervenção nos determinantes ou condicionantes dessa maneira de adoecer e morrer dessas populações.

Esse é um movimento que ocorreu de dentro para fora dos serviços e do sistema de saúde, tendo como base teórica a epidemiologia descritiva que informava a maior parte dos serviços de saúde com sede nos municípios e sob gestão dos mesmos.

A Constituição de 1988 e as demais normalizações infraconstitucionais, quando discorrem sobre a regionalização no SUS tem como perspectiva outra lógica. Contraposta a anteriormente descrita, essa lógica é endógena aos serviços e tem como parâmetro o fluxo dos pacientes internamente ao sistema. A regionalização só tem sentido quando pensada em par com o termo da hierarquização. Porém, a direção dessa regionalização/hierarquização deveria ter dois sentidos, os chamados encaminhamentos de referência e contra-referência. Esse processo, distinto do processo de distritalização que intervinha no âmbito populacional, tem como unidade de conduta o sujeito doente isoladamente, e, portanto, irá engendrar nos trabalhadores concretos que operaram o fluxo no interior do sistema e nos seus gestores, uma lógica de sistema em que, quando o paciente é curado nos níveis tecnológicos hierarquicamente superiores, ele é dado como elemento de saída, que não retorna aos níveis tecnológicos inferiores de atenção. Com raríssimas exceções o sistema funciona com a contra-referência, o que leva a certa autonomia dos elementos constituintes do sistema, principalmente dos com maior densidade tecnológica agregada.

A regionalização é um dos princípios organizativos do SUS e somente em fins dos anos 90 e início dos anos 2000 entra na agenda como uma preocupação central dos gestores. A adjetivação de regionalização funcional nos remete à matriz teórica do neopositivismo na Geografia. Segundo Haesbaert (2005):

(...)a região é a que se vincula ao funcionalismo , vendo o espaço como um sistema de fluxos onde cada parcela ou

subsistema desempenha um conjunto específico de funções. Aparecem as 'regiões funcionais', inspiradas também na teoria do lugar central de Christaller, onde um centro polarizador urbano estende seu raio de influência sobre um espaço 'regional', admitindo zonas de sobreposição com outras regiões funcionais. (p. 12)

A regionalização como proposta pela NOAS 2001 e 2002 tem como pressuposto a formação de regiões de saúde funcionais, ou seja, tem claramente a inspiração da Teoria das Localidades Centrais de Christaller. Para Bezzi (2004) "Christaller trabalha com conceitos bastante elaborados, como centralidade, região complementar e hierarquia, que compõe os alicerces de sua Teoria do Lugar Central (...) uma teoria de localização para os serviços e instituições urbanas..." (p. 158).

Também no processo de regionalização do SUS busca-se a mesma racionalidade econômica que a teoria de Christaller também propunha. Novamente recorrendo a Bezzi,

Suas formulações fundamentam-se no princípio da racionalidade econômica, segundo o qual, a situação mais adequada será atingida quando toda a demanda for satisfeita com um custo mínimo de deslocamento, ao menor tempo (...) O padrão de distribuição da população na área vai determinar o volume total de bens consumidos...(p.159)

Não é diferente o que se encontra no discurso emitido na NOAS 2002 quando se conceitua os elementos do sistema no processo de regionalização da saúde. No capítulo da regionalização, o primeiro item define que:

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: 9)

A otimização dos recursos é uma lógica necessária ao sistema, inclusive para não se autarquizar a própria região (e não o município), pois alguns procedimentos são raros e caros não sendo razoável que tenha em todo e qualquer município, módulo e mesmo região. Mesmo porque, segundo Corrêa (2001: 102-103) estudando as redes urbanas no Brasil, a partir da teoria de Christaller, afirma que as relações entre cidades e redes de cidades passaram a se realizar-se em diferentes direções, inclusive se relacionando com cidades de outras regiões não contíguas e que esse fato é derivado da complexificação da divisão territorial do trabalho que ocorre desde meados do século XX. Também, segundo o autor deve-se levar em conta que a rede urbana brasileira não se encaixa em um único padrão espacial em virtude de que há cidades criadas em diversos momentos e por razões e agentes distintos (p 96-97). Porém, esse é um complicador na estruturação de uma rede regionalizada do SUS, mormente quando se tem como referência teórica estudos regionais de estados com redes de cidades historicamente mais antigas e com menor vigor na criação de novas cidades como ocorreu no Brasil nos últimos 30 anos.

Associe-se a esse fato o Brasil ter no seu passado colonial uma contribuição na formação das redes de cidades do tipo dendrítica, onde a cidade primaz se situa no litoral e entre essa cidade que concentra a maior parte dos serviços de grande escala e o excessivo número de pequenos centros a “uma ausência de centros intermediários intersticialmente localizados” (idem: 44). Claramente não podemos imaginar essa herança colonial transposta em seu modelo puro para o século XXI, porém há que se estudar a permanência do modelo quando pensado o Brasil em sua totalidade, como se estrutura o SUS. Principalmente tendo-se a distribuição dos municípios conforme seu porte populacional como se apresenta hoje, em 2010, sendo que 89,4% dos 5.565 municípios têm até 50.000 habitantes. Considerando a proposta da OPAS, de que para cada 20.000 habitantes haveria de caber um unidade básica de saúde, nos moldes da proposta dos SILOS, teríamos que 70% dos municípios brasileiros se enquadrariam nessa categoria. Além disso, é importante salientar que dos 94 municípios na faixa de 200.000 a 500.000 habitantes, 68 estão nas regiões Sul e Sudeste

De fato, em termos geográficos é um problema regionalizar os serviços de saúde nessa estrutura urbana pensando-se em otimizar os recursos existentes e diminuir ao máximo os deslocamentos dos pacientes. Por exemplo, tomemos a idéia da criação das regiões/microrregiões, estas compostas por um ou conjunto de módulos com resolução de até a média complexidade tecnológica. Deve-se dispor de cidades sede e uma cidade pólo, tendo como base a idéia de cooperação entre os municípios e também a possibilidade de se universalizar com equidade a atenção médica em sua integralidade. Para se obter esse resultado é necessário dispor de serviços que possam atender a demanda com agilidade que o caso de doença requer.

Essa preocupação nos remete também à forma de organizar o espaço que contém os serviços e sistemas e os respectivos municípios. Mantendo a lógica da regionalização funcional, o Plano Diretor de Regionalização-PDR assume a forma como se organiza o espaço regional, mas também permite vislumbrar a forma como poderá assumir no futuro uma região de saúde. Para isso se pressupunha investimentos em infra-estrutura para atender as exigências dos princípios do SUS.

Em uma interessante discussão acerca do problema das escalas e a formação de regiões funcionais Racine, Raffestin e Ruffy (1983) apresentam algumas figuras geométricas que poderiam assumir as propostas de regionalização. A meu ver ilustra o que poderia ser uma leitura da NOAS.

Tendo como pressuposto que a teoria que embasa a propositura de organização das regiões é a teoria das localidades centrais - e que essa implica em uma ordem hierárquica de cidades - o processo seria o que os autores chamam de "política ativa de organização (*aménagement*) do território" (p. 129)

A primeira figura (3 A, na página 164 desta tese)³¹ sugere uma situação hipotética e que poderia representar uma situação de inicial de fato no SUS. O

³¹ Figura da página 130 do artigo "A escala e ação, Contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática geográfica." Autores J. B. Racine, C. RAffestin e V. Ruffy, publicado como transcrição da *Geographica Helvetica*, 1980, v 35, nº 5 com tradução de Sylvia Heller na *R. brasileira Geogr.*, Rio de Janeiro, 45(1): 123-135, jan/mar. 1983

centro primacial seria o município que teoricamente é o pólo regional, o centro de primeira ordem seria o município-sede do módulo e os outros de segunda ordem seriam os restantes dos municípios da região.

Tendo esse modelo inicial os autores apresentam algumas possibilidades de regionalização. No conjunto apresentado tem-se as cidades e seus territórios como pensado no sistema de saúde. O primeiro modelo seria o que, a nosso ver, mais se aproxima do postulado pela atual política de regionalização. Seria a “descentralização regionalizante”, uma política para tentar “impedir a fuga dos centros de 2ª ordem para os de 1ª ordem e deste para o centro primacial” (p.130). Ou seja, seria a tentativa de prover os municípios dos serviços essenciais para suprir as ações de atenção básica que todos devem garantir (figura 3 B, na página 165 desta tese).

O segundo modelo seria mais pertinente ao que se considera como o movimento de organização espacial dos fluxos de pacientes para acessar o elenco mínimo de ações e procedimentos de média complexidade que os municípios sedes dos módulos assistenciais deveriam ofertar para seus munícipes e aos demais de outros municípios que só dispuserem, em seu território, de ações básicas de saúde (figura 3 D, na página 166 desta tese). Os autores chamam esse procedimento de “descentralização concentrada seletiva” (p. 132).

E o terceiro modelo seria o que representaria a oferta de serviços do topo da hierarquia tecnológica, mais raro e caro, e por isso mesmo mais concentrado em poucos municípios que seriam sede da região, ou mesmo da macro-região, que em muitos casos podem abranger todo o território da unidade da federação (figura 3 C, na página 167 desta tese). Mas esse, segundo os autores seria uma caricatura em função de ser o centro primacial “o único ponto de cristalização e de organização” (p. 131). Porém, no caso da regionalização da saúde esses três modelos seriam possibilidades reais de organização simultânea do espaço dos serviços, pois cada problema de doença que se apresenta na população e nos pacientes em particular, demanda um tipo de atenção que pode significar todo o caminho no interior do sistema de serviços, desde a atenção primária até a terciária ou quaternária.

Estamos diante de um problema concreto de organização das regiões de saúde. Duas formas de pensamento (planejamento dos serviços ou epidemiologia descritiva) ou de foco no objeto (os serviços e o fluxo interno dos pacientes; e o movimento extra-muros dos agentes de saúde tentando reconhecer o entorno e a área de abrangência de sua responsabilidade) possibilitando a criação de duas regiões distintas com lógicas distintas. Essa é um desafio da Geografia que o setor saúde lhe impõe. Mesmo porque, como lembra Côrrea (2001) “No Brasil não se verifica uma estabilidade regional longamente enraizada, porque a criação, o desfazer e refazer das regiões se processam com enorme rapidez” (p 193). Sempre em razão do pluralismo dos conceitos.

Como esses problemas envolvem atores políticos definidos, e são notadamente agentes públicos e estatais, são problemas de ordem de “geopolítica interna” e não se restringem ao Brasil. (Costa, 2008 p. 322). O problema da descentralização e da regionalização, segundo o autor, é um tema como poucos tão nitidamente interdisciplinares. E sua essência é a distribuição do poder político no “âmbito das formações territoriais-nacionais” (p. 323). Porém essa distribuição assume configurações distintas conforme o país que se observa. Nos Estados Unidos da América os estudos sobre o federalismo centram na possibilidade da perda de autonomia dos poderes locais, enquanto na França o nó da questão está na quebra do centralismo do Estado em detrimento dos departamentos e comunas (p. 322-323). No Brasil, o problema é a dialética da relação entre as três esferas. Não se questiona a necessidade da descentralização e de desconcentração do poder da União para as unidades federadas, o que se procura é equilibrar as forças entre as esferas sem que o que foi conquistado pela esfera municipal seja perdido em nome de uma racionalidade econômica e política de mercado, o custo ótimo dos serviços como querem os economistas e os governos estaduais.

Em nosso caso, há que se aprofundar inclusive a descentralização para além da municipalização, “teria de chegar aos distritos sanitários, estabelecimentos e serviços de saúde para que os usuários e cidadãos organizados pudessem participar e se beneficiar da gestão descentralizada”

(PAIM, 1992, p. 43). Essa seria, segundo o autor, uma forma de não se confinar a gestão nas prefeituras. Porém a regionalização, como síntese espacial do sistema de saúde, também é necessária, mas com a devida manutenção das prerrogativas definidas na Constituição de 1988.

Não é um problema simples, como lembra Castro (1997), “a expansão do Estado brasileiro na década dos 70 resultou na expansão da sua malha institucional e também na dificuldade de articulá-la eficientemente”. A expansão ocorreu em todas as escalas administrativas, federal, estadual e municipal. Esse fato deve ser visto em suas dificuldades sob dois pontos de vista: a “dimensão territorial da ação estatal” que dificulta a coordenação das ações dos governos por “suposição de áreas de influência” e as próprias áreas de influência de cada escala territorial. Esses dois pontos de vista supõem a “definição de competências e limites das escalas territoriais” de cada esfera de governo. No entanto, a escala regional seria “mais um nível de gestão de recursos do que propriamente de decisão”. (p. 39). Esse é um problema central que a saúde coletiva procura resolver através do Pacto de Gestão, assinado pelos governos (federal, estaduais e municipais) a partir de 2006, e que engendrou uma forma colegiada de resolução de problemas no plano regional, o que se configurou como avanço real em relação às Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002. De que maneira estão se estabelecendo as solidariedades territoriais é um bom campo de estudos para a Geografia política brasileira. E é um processo em curso.

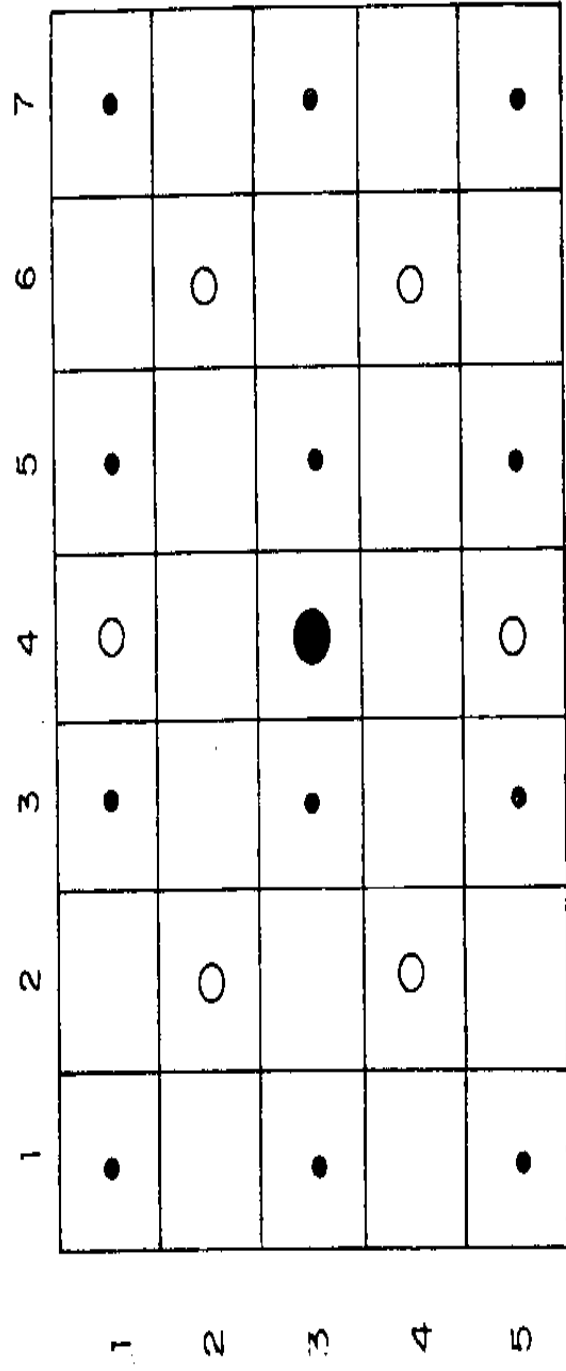


Fig. 3A. ● Centro principal
○ Centro de 1ª ordem ● Centro de 2ª ordem

Figura da página 130 do artigo "A escala e ação, Contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática geográfica." Autores J. B. Racine, C. RAffestin e V. Ruffy, publicado como transcrição da Geographica Helvetica, 1980, v 35, nº 5 com tradução de Sylvia Heller na R. brasileira Geogr., Rio de Janeiro, 45(1): 123-135, jan/mar. 1983

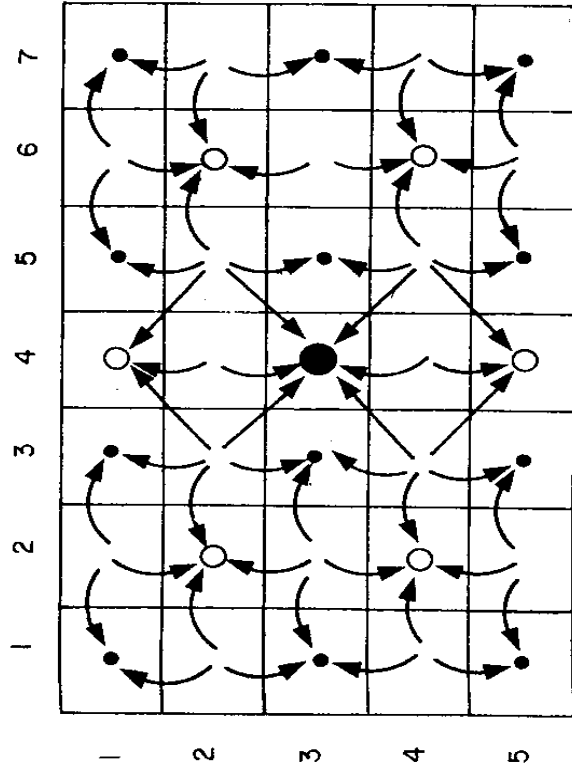


Fig. 3B. Descentralização concentrada regionalizante.

Figura da página 131 do artigo "A escala e ação, Contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática geográfica." Autores J. B. Racine, C. Raffestin e V. Ruffy, publicado como transcrição da Geographica Helvetica, 1980, v 35, nº 5 com tradução de Sylvia Heller na R. brasileira Geogr., Rio de Janeiro, 45(1): 123-135, jan/mar. 1983

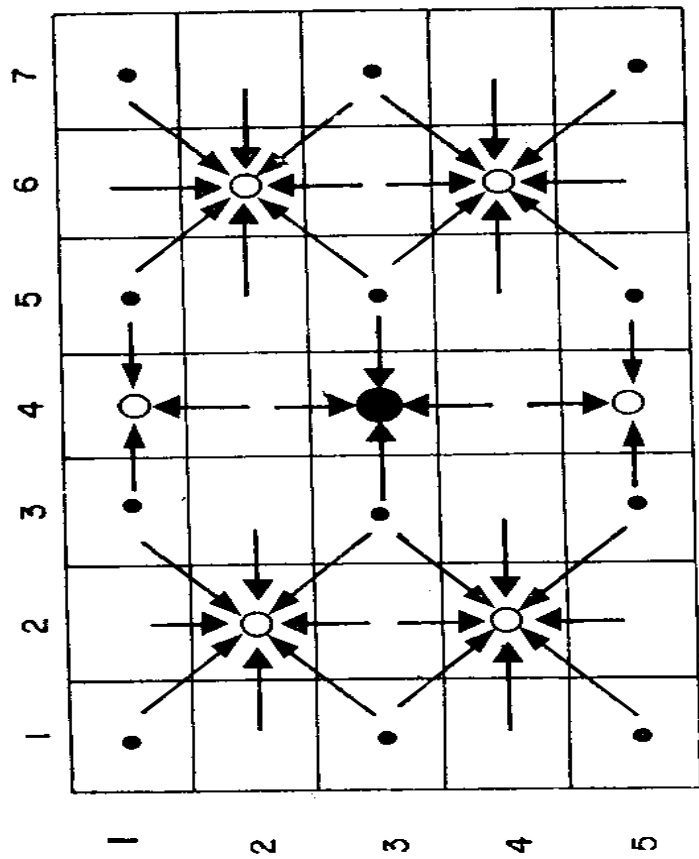


Fig.3D. Descentralização concentrada seletiva

Figura da página 132 do artigo "A escala e ação, Contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática geográfica." Autores J. B. Racine, C. Raffestin e V. Ruffey, publicado como transcrição da Geographica Helvetica, 1980, v 35, nº 5 com tradução de Sylvia Heller na R. brasileira Geogr., Rio de Janeiro, 45(1): 123-135, jan/mar. 1983

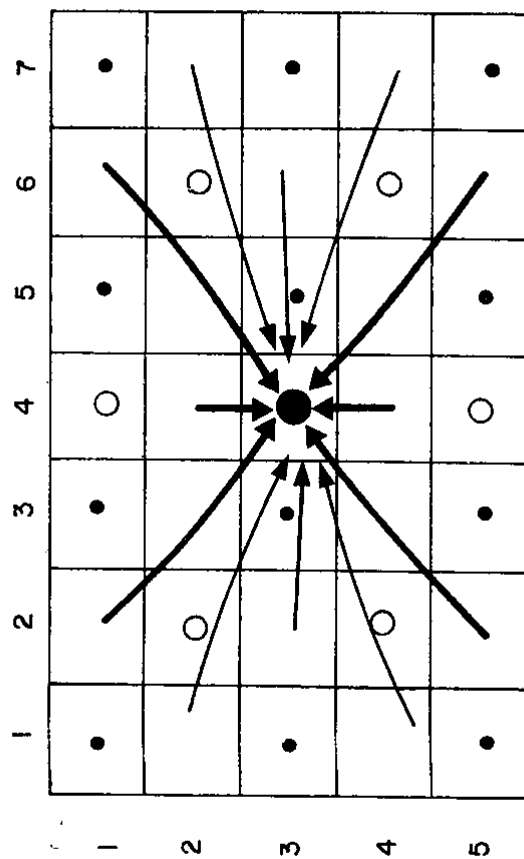


Fig. 3C. Concentração organizada

Figura da página 131 do artigo "A escala e ação, Contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática geográfica." Autores J. B. Racine, C. Raffestin e V. Ruffy, publicado como transcrição da Geographica Helvetica, 1980, v 35, nº 5 com tradução de Sylvia Heller na R. brasileira Geogr., Rio de Janeiro, 45(1): 123-135, jan/mar. 1983

Considerações finais

O movimento de recentralização no desenvolvimento do SUS, a partir do discurso sobre regionalização e criação de regiões da saúde, que esta tese procurou demonstrar não é fato isolado no processo de construção do estado brasileiro. Desde a fundação do estado colonial, o território nacional é entendido em sua unidade pela Coroa portuguesa. As capitanias hereditárias fracionaram o território apenas na medida necessária à vigilância das fronteiras contra os inimigos externos. Como diz Ferreira (1986) “o único espaço que existia para as Capitanias era aquele lindeiro com a necessidade de alargar a cultura da cana” (p. 36) e a “única proposição nacional do Espaço e o único Destino nacional formulado são a proposição e o Destino do Estado português instalado no Brasil” (p. 37). Essa forma peculiar de manutenção do território deixou marcas no imaginário político em sustentou por muito tempo o que Iná de Castro (1997) chama de “mito fundador do Estado no Brasil” (p. 35) que considerava a unidade uma herança e não uma conquista.

Porém, os municípios desempenhavam papel fundamental na ordem e na estruturação das finanças da metrópole. Na discussão sobre a economia colonial Oliveira (1978) salienta a função do município como ‘*locus* do controle’ (p. 68). Isso mesmo antes da construção dos estados.

Na construção da federação, com a instauração da República, que se orientou no sentido inverso da federação que lhe servira de modelo, as unidades da federação, isto é, os estados, têm papel proeminente no debate da política nacional. O fracionamento do território se dá sob o controle das oligarquias regionais que no contínuo do século XX vai estruturando as divisões e criações dos estados. Os governadores eram os atores principais no período da Primeira República, seja no âmbito nacional, seja no plano estadual (ABRUCIO, 1998, p. 35).

O pêndulo de que nos lembram Kugelmas e Sola (1999) foi sempre de amplitude limitada, da união até os estados até a Constituição de 1988. Após a nova configuração federativa, que estatui o município como unidade federada com a mesma maioria política dos outros dois entes federados, esse pêndulo ganha nova amplitude, e é a isso que os estados reagem.

A década da democratização do estado, os anos 1980, foram segundo Fernando Abrúcio, os anos em que os governadores recuperaram o poder perdido em toda ditadura. Desde 1982, quando voltaram a ser eleitos pelo voto direto, acumularam capital político que lhes permitiu confrontar, para negociar, o governo da União. O SUDS foi considerado uma exemplificação desse movimento, uma aliança temporária que ajudou aos estados se instrumentalizarem em um campo até então muito mais atinente ao governo federal, que era a gestão e prestação de serviços de saúde.

Os anos seguintes, a década dos 1990, foram na formulação das políticas públicas de saúde um período em que foi exigido e, ao mesmo tempo, possibilitado aos municípios, exercerem atividades que não tinham até então história acumulada, a não ser por exemplos importantes, mas isolados, que vinham acontecendo desde os anos 70. A oportunidade foi franqueada em uma atividade que tem um potencial de realização imediata, que é o alívio do sofrimento do cidadão adoentado. Essa característica tem impacto político muito alto, a exemplo das inúmeras prefeituras governadas por médicos, que se qualificaram para a vida pública na gestão dos serviços municipais de saúde ainda na década dos 80 (HEIMANN et al., 1992).

A multiplicação das experiências de gestão municipal que o SUS veio engendrar e a relativa autonomia que os municípios passaram a ter a partir do financiamento das atividades de saúde, principalmente após a definição dos repasses automáticos de parte da verba federal aos fundos municipais de saúde, reforçam o poder dos gestores municipais e, por conseguinte, dos prefeitos.

Em muitos casos, o repasse dos recursos dos SUS é fonte importante de composição dos orçamentos municipais, quando não é maior que o próprio orçamento,

“supondo um pequeno município de menos de 5.000 habitantes no interior do Piauí, como Acauã, que não possuísse mais que um posto de saúde (...) a mera aplicação do cálculo do PAB pela sua população elevaria sua receita anual de algo próximo a zero para cerca de R\$ 45 mil. Em muitos casos esse valor pode corresponder ao valor do orçamento anual(...)” (ABRUCIO & COSTA, 1998, p. 131)

Pensar esse pequeno exemplo hipotético, no âmbito nacional onde em 2009 aproximadamente 23% dos municípios tinham até 5 mil habitantes e 45% até 10 mil, não é impossível prever a mudança das relações de poder que podem ocorrer entre prefeitos e governadores.

Na demonstração do que denominou de “ultrapresidencialismo estadual brasileiro” Abrúcio (1998) relata entrevista com o ex-governador Aluísio Nunes Ferreira Filho, em que explicando porque os deputados estaduais paulistas, representantes do interior, sempre tendiam a ser mais situacionista, o entrevistado dá a seguinte resposta:

“A vida política no interior é muito polarizada [...] ou se é contra ou a favor do governo estadual. E ser contra o governo tem um custo muito alto, podendo significar a perda de recursos importantes para a região. E se o deputado não traz recursos para a sua região, sua reeleição fica ameaçada.” (p. 152)

Ora, o mesmo pode ocorrer para o município e seu prefeito.

A dependência das prefeituras e da representação política da figura do governador do estado pode estar sendo corroída pela maior autonomia que os municípios iniciaram nos anos 90, seja na saúde e também na educação com os fundos de transferência para essa atividade.

A proliferação de municípios, principalmente de pequeno porte, foi intensa após a Constituição de 88, passando de 4.189 em 1988 para 5.507 em 1997 (ABRUCIO, 1998, p. 132). E, segundo o mesmo autor, foi fortemente influenciado pelos governadores, com o intuito de ampliar seu “curral eleitoral”, fracionando espacialmente o controle eleitoral de seus opositores. Esse período federativo foi denominado de “ultrapresidencialismo estadual brasileiro” caracterizado pelo predomínio quase incontestável do poder do governador (idem, p. 111). Entretanto, a mesma Constituição também conferiu prerrogativas aos municípios e, no caso do setor saúde, conferiu a possibilidade de gerir seus próprios recursos, bem como os recursos transferidos das outras esferas de governo, conforme as prioridades definidas em seu próprio território, por seus funcionários e pelos conselhos de saúde. Principalmente no que se refere aos cuidados primários de saúde, tanto do

âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, quanto da cura e reabilitação dos doentes. E é a essa possibilidade, produto da própria dialética do momento histórico, que os governadores reagem.

Juntamente com essa possibilidade de maior autonomia do gestor municipal, agrega-se um dos mais espetaculares exemplos de ampliação dos espaços de aprendizado do exercício democrático de resolução de conflitos cotidianos que pudemos verificar, afora a revalorização dos espaços convencionais de representação política como as câmaras de vereadores, a assembléias legislativas e o próprio Congresso Nacional: os conselhos municipais de saúde. É nesses espaços municipais que se possibilita o amplo aprendizado do exercício do controle popular das ações administrativas dos governos. Havia estimativas de que em 1995 mais de 70 mil postos-funções de conselheiros estavam sendo exercidos no Brasil somente no controle das ações básicas ou primárias de saúde. (PESSOTO et al. 2001). A perda das prerrogativas municipais de gestão sobre o mais elementar rol das ações de saúde representa um golpe duro nessa experiência, pois esvazia o significado da participação nesses novos espaços políticos. E essa experiência participativa, possível nessa amplitude somente em razão da municipalização da saúde, é entendida aqui como francamente progressista, em contraposição ao qualitativo conservador defendido na tese.

A insistência do discurso do CONASS, após os seminários de busca de consensos realizados no início de 2000, em levantar a problemática do papel da esfera estadual na atenção básica (desde há muito definido como campo de atuação dos municípios) até o “esquecimento” da figura do consórcio como uma forma viável e mais cooperativa entre os municípios para suprimento de serviços de atenção médica como demonstrado na análise do *corpus*, corrobora a tese do movimento conservador em direção à centralização na esfera estadual da gestão do SUS por intermédio do desenvolvimento da regionalização, como pretendida pelas NOAS de 2001 e 2002.

Em trabalho realizado em 1999, sobre o processo de descentralização do SUS, Costa et al. (1999) sugerem que “as incerteza sobre a eficiência e efetividade da descentralização” (p. 50) se devem a dois problemas, quais sejam: o papel das instâncias regionais e a capacidade reduzida dos cidadãos

em controlar os administradores públicos. Associado a esse problema derivado da municipalização, propôs-se a correção do problema da baixa regulação da municipalização e da perda da capacidade de coordenação pela criação das microrregiões e regiões de saúde.

Porém, segundo os autores:

“O problema central nessa abordagem está em descartar a livre associação entre municípios por meio de consórcios, que são considerados como um modelo ineficiente e de baixa sustentabilidade. A proposta desconsidera, totalmente, os ganhos que a cooperação entre gestores traz para a governabilidade da coordenação supra local.” (p. 50-51).

As considerações dos autores, após estudo sistemático acerca dos consórcios como uma via plausível e com vantagens comparativas sobre o modelo de regionalização coordenada pela esfera estadual (p. 51) vêm também corroborar a tese sobre o movimento pela recentralização do SUS no âmbito estadual.

O problema da regionalização que se apresentava da maneira acima descrita, porém, parece não se apresentar da mesma forma em fins dos anos 2000. A retomada do tema após a publicação do Pacto pela Saúde, a proposta de criação dos Conselhos Regionais de Gestão inseriram novas cores ao problema. Esse não é um assunto consensual no meio da intelectualidade sanitária. Em razão disso é necessária a participação e contribuição da Geografia nesse debate, mais do que nunca.

A discussão acerca do papel dos municípios na federação brasileira deve ser assunto dos geógrafos, também as formas como se reúnem para resolver seus problemas, suas relações com as outras esferas de poder da nação. Como afirma Castro (2005):

“o universo municipal é a expressão mais concreta do próprio conjunto do território e da sociedade brasileiros – as diferenças entre tamanho, densidade, riqueza, participação política, organização da sociedade local resultam da própria complexidade de ambos. Tudo é bem conhecido, e seria banal não fossem os termos do debate em curso no país quando a questão é o município. Algumas indicações são bem conhecidas, como: municípios inviáveis, fragmentação do território em vez de divisão político-administrativa, dificuldades – inclusive legais – para a emancipação municipal.” (p. 135).

É somente tendo como parâmetro a discussão política como colocada nos termos acima é que podemos desnudar o conflito de poderes que entra em jogo quando se aborda o tema da regionalização como posto no setor da saúde. As imposições da forma da regionalização que a NOAS estabeleceu, como por exemplo, a necessidade da contigüidade entre os municípios para se formar as regiões deve ser motivo de debate, afinal há propostas intelectuais alternativas a esse paradigma. E essa é uma tarefa própria da Geografia.

Podemos aceitar a proposição de que a regionalização é uma ferramenta imprescindível para o planejamento, eficácia e eficiência e correremos o risco de reforçar a senda da subordinação da resolução dos problemas de saúde à lógica econômica ou pode-se tentar vê-la como alternativas escalares de ação. Recorrendo novamente a Castro (1997), aceitamos que “todo fenômeno circunscreve-se a uma escala, que lhe confere significado, e a engenharia política deve contemplar esta escala significativa ou haverá disfunção entre o que é prescrito pelo sistema e a prática social” (p. 37).

Como a prática social é sempre referenciada a uma escala, como quer a autora, então devemos também levar em conta outra escala até então negligenciada pelas políticas de saúde e pela Geografia, a escala do cidadão, ou do corpo como afirma Guimarães (2008). Essa proposição não é desconectada de outra proposta por Mendes e Pestana (MINAS GERAIS, 2004) quando afirmam que o foco do sistema deve ser baseado na gestão da demanda e não na gestão da oferta. A consequência dessa afirmativa é que “do ponto de vista do financiamento, esse princípio se expressará na diretiva ‘o dinheiro segue o cidadão’” (p. 52).

O problema de Mendes e Pestana é que não pensam ou cogitam a região sem a grade da contigüidade, o que pode ser contraditório com a própria diretiva. Entretanto podemos pensar em outras formas de região e regionalização, e para isso é preciso

“considerar as horizontalidades e verticalidades. No primeiro caso, refere-se aos lugares que se agregam em espaços contínuos, como nas regiões tradicionais. Mas as condições atuais impõem vetores de uma racionalidade superior de origens distantes que recriam as regiões em níveis de complexidade jamais vistos (Santos, 1996a). Daí a contribuição

da Geografia para o desenvolvimento de uma nova cartografia que dê visibilidade à superposição de diferentes tipos de estruturas regionais, tais como: as regiões em rede, as redes lineares ou mesmo regiões com buracos, conforme expressão de Massey (1984)." (GUIMARÃES, 2008, p. 47)

Mãos à obra!

Referências bibliográficas

ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação**. Os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciência Política, USP, 1998.

ABRUCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo, Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, Centro de Estudos, 1998 (Pesquisas, n 12)

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL M. Z. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Salvador, Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO, 1990.

ALMEIDA, E. S; CASTRO, C. G. J; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Univ. de São Paulo, 1998 (série Saúde & Cidadania).

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e políticas sociais. In Affonso, RBA; Silva, PLB (org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo, FUNDAP, 1996 (Federalismo no Brasil) p. 13-40.

ANDRADE, M.C. **A questão do território no Brasil**. São Paulo-Recife, Editora Hucitec-IPESPE (Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas) 1995.

ARAUJO, J. D. de; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 1973. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101973000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2010. doi: 10.1590/S0034-89101973000100001

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização – mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 111-141, jun, 1999.

ARTMANN, E; RIVERA, F. J. U. Regionalização em Saúde e mix público-privado. Documento técnico, disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documento_ostecnicos/EAatencaoasaude/05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf, acessado em 27 de janeiro de 2005.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997 (Série Linguagem e Cultura).

BARATA, R. B. Epidemiologia social, **Rev. Bras. Epidemiol** 8(1): 7-17, mar. 2005.

BEZZI, M. L. **Região: uma (re)visão historiográfica. Da gênese aos novos paradigmas.** Santa Maria: Editora da UFSM. 292 p. 2004.

BOUSQUAT, A.; COHN A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos**, RJ, vol 11 (3): 549-68, set.-dez. 2004.

BRAGA, José C. de S; PAULA, Sérgio G. de. **Saúde e Previdência.** Estudos de política social. São Paulo: CEBES–Hucitec, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Intergestora Tripartite. **Resumo Executivo. Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 19/08/04.** Anexo I Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão. Brasília, 2004. Disponível em: www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque53.doc, acessado em 8 julho de 2005

BRASIL. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, seção I, nº 182, p.18055, 20 de setembro 1990. 1990(a)

BRASIL. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, seção I, nº 249, p. 25694, 31 de dezembro 1990. 1990(b)

BUENO, W. S. & MERHY, E. E., **Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes?** 1997. Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II. Descentralização da Gestão da Saúde. 11 Junho 2004 Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. Acesso em: 08 de maio 2005.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2 nº 6, jul/set 2006, p. 131-147.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 435-444, 2001a.

_____. Os erros de mais uma norma operacional da Saúde: A NOAS 2001. 2001b. **Momento APSP** – nº 2. out/2001. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/Boletins/momentoAPSP/momento2/errosnoas.htm> Acesso em: 08 de maio de 2005.

CASTRO, I. E. **Geografia e política**: território, escalas de ação e instituições. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. Solidariedade territorial e representação. Novas questões para o pacto federativo nacional. **Revista Território**, 1(2): 33-42, 1997.

CONASEMS. **20 anos SUS e CONASEMS**. [s/d] Disponível em <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em 29 de novembro de 2008

CONASEMS. **Revista CONASEMS**. Brasília, abr. 2003.

CONASS – **Nota Técnica 06** – Para entender o Pacto pela Saúde, 2006. Volume 1 (Progestores) Brasília: 09 de maio de 2006.

CONASS. **CONASS 25 anos**. 2007. Disponível em <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conass25anos.pdf>> Acesso em 15 de fevereiro de 2010.

CORRÊA, R. L. **Trajetórias geográficas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Ano 50 nº 3, p. 32-55, jul.-set. 1999.

COSTA, W. M. **Geografia política e Geopolítica**. Discursos sobre o território e o poder. São Paulo: Edusp, 2008.

_____. **O Estado e as políticas territoriais no Brasil**. São Paulo, Contexto 1988.

CZERESNIA, D; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Rio de Janeiro, **Cad Saúde Públ** 16(3): 595-605, jul.-set. 2000

ESCOREL, S; BLOCH, R A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In LIMA, N T; GERSCHMAN, S; EDLER, F. C. (org.) **Saúde e Democracia**. Histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 83-120.

FERREIRA, O. S. **A Teoria da “Coisa Nossa” ou a Visão do Público como Negócio Particular. O Estado e a Oligarquia, e o Sistema**. São Paulo: Edições GRD. 1986.

GOMES, G. M; MAC DOWELL, 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, fevereiro de 2000 (Texto para discussão nº 706).

GONDIN, GM de M. et all. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In MIRANDA, A. C.; BARCELOS, C. et al. (org.)

Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-256.

GOULART, F. A. A. CONASEMS: 15 anos de lutas pela saúde dos brasileiros. Revista CONASEMS. Brasília, abr. 2003.

GRIGOLETTO, E. Reflexões sobre o funcionamento do discurso do Outro: de Bakhtin à Análise de Discurso. In ZANDWAIS, A. (org.) **Mikhail Bakhtin.** Contribuições para a Filosofia da Linguagem e estudos discursivos. Porto Alegre, Editora Sagra Luzzatto, 2005 (p.116-131).

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 21(4): 1017-1025, jul-ago, 2005.

GUIMARÃES, R. B. **Regionalização da saúde no Brasil: da escala do corpo à escala da nação.** Tese de Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.

HAESBAERT, R. Morte e vida da região. Antigos paradigmas e novas perspectivas da Geografia Regional. In SPÓSITO, E. S. (org.) **Produção do espaço e redefinições regionais:** a construção de uma temática. Pres. Prudente UNESP/GAsPERR. 2005, p. 9-33.

HEIMANN, et al. **O município e a saúde.** São Paulo, Editora Hucitec, 1992. (Saúde em Debate 53).

INSTITUTO DE SAÚDE, Núcleo de Investigação em Sistemas Locais de Saúde. **Para onde vai a Nona?** São Paulo: Instituto de Saúde, outubro 1992 (publicações científicas).

KUGELMAS, E. & SOLA, L. Recentralização-descentralização : dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

LENCIONI, S. **Região e Geografia.** 1ª ed. 1ª reimpressão. São Paulo, Edusp, 2003 (Acadêmica, 25)

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 269 – 291, 2001.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 14. Brasília: IPEA, p. 75-152, dez. 1996.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso.** Campinas: Pontes, 1997

MENDES, E.V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. in CONASS. **Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos:** preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à

organização, gestão e financiamento do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 116 p.

MENDONÇA, F. **Geografia e meio ambiente**. São Paulo, Contexto, 1993.

MERTON, R K. **A ambivalência sociológica e outros ensaios**. Tradução de Maria José Silveira. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. (Marcus V. Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes). Belo Horizonte, 2004. 80 p.

MONKEN, M. et all. O território na saúde: construindo referencias para análises em saúde e ambiente. In MIRANDA, A. C.; BARCELOS, C. et al. (org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23-42.

MOREIRA, R. Sociabilidade e espaço. As formas de organização geográfica das sociedades na era da terceira revolução industrial, um estudo de tendências. In LEMOS, A. I. G; SILVEIRA, M. L; ARROYO, M. (org.) **Questões territoriais na América Latina**. Buenos Aires: CLACSO; São Paulo: USP, 2006, p. 71-84.

NITEROI. Fundação Municipal de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde, Anais**. Niterói, 1992, Fundação Municipal de Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1119> , acesso 28 de janeiro de 2010 as 11: 40 minutos.

OLIVEIRA, E. X. G. A multiplicidade do Único: territórios do SUS. 2005. 97 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, F. de. Acumulação monopolista, estado e urbanização: a nova qualidade do conflito de classes. In Moisés, J A et al (org.) **Contradições urbanas e movimentos sociais**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 1978, p. 65-76.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade 1(2)**: 29-47, 1992.

_____. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “saúde para todos”. Texto apresentado na **Conferência Regional sobre Tendências Futuras e Renovação da Meta Saúde Para Todos**, Montevideu, Uruguai, 9 a 12 de junho 1996. OPAS

PESSOTO, U. C. **As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização PAN - América de Saúde e do Banco Mundial**: uma análise dos documentos e seus discursos. 2001. 80 f. Dissertação. (Mestrado em Integração da América Latina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PESSOTO, U.C.; NASCIMENTO, P.R.; HEIMANN, L. S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro 17(1): 89-97, jan/fev. 2001.

PIMENTA, A. L. Construção dos SUS e as Cartas do CONASEMS. In CONASEMS – **A história do CONASEMS**. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/historia_conasems.pdf> Acesso em 18 de agosto 2009.

RACINE, J B; RAFFESTIN, C; RUFFY, V. A escala e ação, Contribuições para uma interpretação do mecanismo de escala na prática geográfica. **R. brasileira Geogr.**, Rio de Janeiro, 45(1): 123-135, jan/mar. 1983 (publicado como transcrição da Geographica Helvetica, 1980, v 35, nº 5 com tradução de Sylvia Heller)

RAGGIO, A. Saúde é mudança. A direção e o sentido das mudanças na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Divulgação em saúde para o debate**. Londrina, CEBES, n 8, maio 1992, p. 55-58.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução Ângela Loureiro de Souza, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

SANTOS L; ANDRADE, L. O. M. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1988, 1ª reimpressão (Coleção espaços).

_____. **Espaço e sociedade**: ensaios. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado**. Fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994

_____. **Por uma Geografia nova**. São Paulo, Hucitec/EDUSP, 1978.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(4): 585-593, out.-dez, 1997.

Bibliografias

ABRASCO. **Relatório da oficina de política de saúde, planejamento e gestão**. Abrasco, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2004.

AFFONSO, R. de B.A; SILVA, Pedro L. B. (org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996 (Federalismo no Brasil).

ALBUQUERQUE, E. S. de. O resgate da geografia regional por meio de um conceito político de região. In: **GEOUSP**, FFLCH/USP, N.9, junho 2001, pp.63-78.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? **Revista de Sociologia e Política** nº 24, Curitiba, 2005, p. 29-40.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e democracia no Brasil: a visão da ciência política norte-americana. **São Paulo em Perspectiva**, 15(4), 2001, p.23-31.

_____. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18 (2): 17-26, 2004.

_____. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol 45 n. 3, 2002, p. 431- 458.

_____. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **RBCS** vol 14 n. 40 junho/99 p. 111-141

_____. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc., Campinas**, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 25-48 (disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Instrução Normativa n. 2, de 06 de abril de 2001**. Regulamenta a elaboração, tramitação requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização, PDR, e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constantes da Norma Operacional de Assistência NOAS/SUS 01/20001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Regionalização da assistência à saúde: Portaria MS/GM n. 544, de 11 de abril de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Série E. Legislação de saúde, n 6) 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. OPAS. **Subsídios para discussão sobre federalismo e saúde** (papel das três esferas de governo no Sistema Único de Saúde) Brasília, 15 de março de 2002 (Seminário promovido pela SAS/MS e OPAS) mimeo.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Preliminar da 12ª Conferência Nacional de Saúde**, Conferência Sérgio Arouca. Brasília, Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde

que temos - O SUS que queremos. 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Portaria nº 2.607**, de 10 de dezembro de 2004. *Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um pacto pela Saúde no Brasil. Diário Oficial da União*. Brasília, DF, seção I, nº 238, pp. 69-86, 13 de dezembro de 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 60) 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Coordenação Geral de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa. Orientações para sua implementação no SUS.** CGIP/DAD/SE/MS. Brasília julho de 2006. (documento em construção – circulação restrita) (Série Pactos pela Saúde 2006 v. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização.** [s/d] Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/dad/>>. Acessado em 26 de setembro de 2006.

BOLTON, R. E. Theory and policy in regional science. **Ann Reg Sci** (2004) 38: p. 357-360.

CARDOSO, C. F. Repensando a construção do espaço. **Revista de História Regional**, 3(1), p. 7-23, verão 1998.

CARVALHO, G. **Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados.** Mimeo, s/d.

CASTRO, I. E. et al. **Geografia: conceitos e temas.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1995.

CONASEMS – **Oficina Regionalização e o novo pacto de gestão do SUS.** Homepage do dia 23/09/2004 11h34m. www.conasems.org.br.

CONASEMS. **Acompanhe as discussões sobre o novo pacto de gestão do SUS.** Homepage do dia 20/09/2004 14h18m. www.conasems.org.br.

CONSENZA, G. W; MELO, S. N. de. **Vigilância em saúde e regionalização: contribuições ao debate**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Julho de 2004.

CUNHA, L. A. G. Por um projeto sócio espacial de desenvolvimento. **Revista de História Regional**, 3(2), p. 91-114, inverno 1998.

GALVÃO, A. C. F.; VASCONCELOS, R. R. **Política regional à escala sub-regional: uma tipologia territorial como base para um fundo de apoio ao desenvolvimento regional**. IPEA/ Ministério da Fazenda/Secretaria de Estado de Planejamento e Avaliação, Brasília: agosto de 1999, (Texto para discussão n. 665)

GIBSON, E. L.; CALVO, E. F.; FALLETI, T. G. Federalismo realocativo: sobre-representação legislativa e gastos públicos no hemisfério ocidental. **Opinião Pública**, Campinas, v. IX n. 1, 2003, p. 98-123.

GIL, A. C; LICHT, R. E. G; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia**, 2(3): 35-46, dez 2006.

GIL, I. C; Fernandes, B. M. Regiões contidas e desenvolvimento territorial: uma reflexão sobre o desenvolvimento contemporâneo da Nova Alta Paulista. **Revista Nera**, Presidente Prudente, Ano 8, n. 6, jan/jun 2005, p. 75-91

GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am Public Health** 16(4), 2004, p. 283-88.

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

JACCOUD, L. **Experiências internacionais em política regional: o caso da França**. IPEA/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: agosto de 2001. (Texto para discussão n. 815)

OLIVEIRA, P. de T. R. de. **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional. Um enfoque sobre a região da Amazônia Legal**. 2005. 203 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde v.1**. (1-Processo de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico; 2-Seminário: o sistema único de saúde e a regionalização, 3- Seminário: perspectiva para a descentralização e regionalização no sistema único de saúde). Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2002. 116 p.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. do R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, dez 2000. p. 173-220

RÜCKERT, A. A. Reforma do Estado, reestruturações territoriais, desenvolvimento e novas territorialidades. **GEOUSP - Espaço e Tempo**, São Paulo, Nº 17, pp. 79 - 94, 2005

SANTOS, B. de S. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

SCHEINOWITZ, A. S. **A descentralização do Estado**: Bélgica, França, Itália, Espanha, Portugal, Dinamarca, Brasil, Estados Unidos. Brasília: Livraria e Editora Jurídica, 1993.

SOUZA, C. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 46, n.2, 2003, p. 345 a 384.

SOUZA, C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 41 n. 3, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php/script=sci_arttext&pid=S0011-52581998000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.159/S0011-52581998000300003.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 451-455, 2001.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.42, n. 2, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000200001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.159/S0011-52581999000200001.

TORRES, H. da G; MARQUES, E. Políticas sociais e território: uma abordagem metropolitana. **São Paulo em Perspectiva**, 18(4), 28-38, 2004.

VIANA, A. L. d'Á; HEIMANN, L. S; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de; RODRIGUES, S. da H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(suplemento): 139-151; 2002.

VIANA, A. L. D'Á; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva** 7(3): 493-507; 2002.

WEFFORT, F. C. **Formação do pensamento político brasileiro**. Idéias e personagens. São Paulo: Ática, 2006

ZACKSESKI, N. F.; RODRIGUES, M. L. O. F. **Uma aproximação á atual política regional no Brasil**. IPEA/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília: dezembro de 1999. (Texto para discussão n. 694)

Corpus

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>>, Acesso em 17 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, seção I, nº 182, p.18055, 20 de setembro 1990. 1990(a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde – Municipalização é o caminho**. Brasília, 9 a 14 de agosto de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, fev 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/93**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro nº 545, de 20 de maio de 1993. *Diário Oficial* nº 96, de 24 de maio 1993, p. 6.961-5

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde**: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. / Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. - [Brasília], 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde NOB 01/96. portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 , D.O. 216 , de 6/11/96. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003. 604 p. (p. 49-86)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde – SUS, construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**. Brasília, 2 a 6 de setembro de 1996 (Conferência Nacional de Saúde on line www.datasus.gov.br/cns/cns.htm). Acessado em 25 de setembro de 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) descentralização**. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS/SUS 01/2001. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. D.O. 20 de 29 de janeiro de 2001. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p. (p. 235-266)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde – O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS. Acesso, qualidade, humanização na atenção à saúde com controle social**. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000. (Série

Histórica do CNS, n. 2. Série D. Reuniões e Conferências; n. 16), Brasília, DF, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação da NOAS 01/2001: recomendações para o processo de regionalização da assistência no âmbito estadual**. Brasília, 02 de julho de 2001 (versão preliminar para discussão).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2ª. edição revista e atualizada, Brasília, Ministério da Saúde, 2002 (Série A Normas e manuais técnicos) 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **A regionalização da Saúde (versão preliminar para discussão interna)** junho de 2004.

CONASEMS. Cartas várias. **Revista CONASEMS**. Brasília, abr. 2003.

CONASEMS. 20 anos SUS e CONASEMS. [s/d] Disponível em <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em 29 de novembro de 2008

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. Câmara Técnica de Gestão e Financiamento. **Síntese dos consensos do CONASS e das principais propostas das secretarias estaduais de saúde e da Câmara Técnica de Gestão e Financiamento sobre a gestão e regionalização do SUS** (Documento Preliminar) agosto de 2004.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. Secretaria Executiva. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS – Versão Preliminar**. (Projeto Progestores). agosto de 2004.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. Secretaria Executiva. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília: CONASS 2004, 124p. (CONASS Documenta , 6)

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. Secretaria Executiva. **Nota técnica 01/2009**. Relatório do Seminário para construção de consensos sobre Modelo de Atenção à Saúde no SUS. Brasília: CONASS, 21 de janeiro de 2009.