

Ministério da Saúde – MS
Secretaria de Atenção à Saúde – SAS
Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARA

DOCUMENTO BASE

**REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À
SAÚDE:**
CONTEXTO, PREMISSAS, DIRETRIZES GERAIS, AGENDA
TRIPARTITE PARA DISCUSSÃO E PROPOSTA DE
METODOLOGIA PARA APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

Versão para Debate
Novembro – 2008

Apresentação

O presente texto consiste na proposta base do Ministério da Saúde para a formulação de documento tripartite que estabelece princípios e diretrizes para a implementação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde como estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS em âmbito nacional.

Os fundamentos conceituais e operativos das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde buscam afirmar os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Sua forma concreta de ação tem por objetivo contribuir para fornecer materialidade de gestão aos movimentos recentes de consolidação do SUS representados pelo PACTO PELA SAÚDE e pelo programa MAIS SAÚDE, especialmente no que se refere ao aprofundamento do processo de regionalização solidária e cooperativa.

A presente proposta base de texto corresponde à responsabilidade do Ministério da Saúde definida no Relatório da Oficina de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (10 e 11 de março), finalizado pelo Grupo de Relatoria Tripartite em 29 de maio e apresentado como informe na Comissão Intergestora Tripartite no dia 30 do mesmo mês.

Esse texto é resultado de um processo de sistematização que envolveu num primeiro momento a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria Executiva (SE), com posterior inclusão das demais secretarias do Ministério da Saúde e a ENSP/FIOCRUZ. Esse documento tem como referência as publicações da Série Pactos pela Saúde – MS/SE/DAD de 2006, as contribuições discutidas sobre o tema em seminários e oficinas realizados pelo Ministério da Saúde e os fundamentos do Projeto QualiSUS-Banco Mundial, as experiências em curso no SUS, o *Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011*, assim como diversas publicações levantadas na literatura nacional e internacional sobre o tema.

O texto está organizado em seis seções, além da bibliografia. A primeira seção apresenta o contexto político e econômico de constituição do SUS e do processo de descentralização. A seção 2 apresenta uma contextualização do porquê da necessidade de integração da política de saúde em rede no espaço regional para a consolidação dos princípios constitucionais do SUS, tendo em vista os obstáculos estruturais presentes em sua agenda estratégica que produz fragmentação do sistema de saúde. Analisa, ainda, as propostas recentes de integração regional, enfatizando os avanços representados pela NOAS, o PACTO PELA SAÚDE e o PROGRAMA MAIS SAÚDE. Na seção 3 são apresentados os desafios à construção dos processos de regionalização e a contribuição da gestão em rede. A seção 4 estabelece premissas e diretrizes gerais de organização de sistemas integrados de saúde sob a forma de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, enquanto a seção 5 propõe uma agenda tripartite de 12 (doze) temas estruturais para a estruturação de redes no SUS. Finalmente, a seção 6 propõe uma metodologia para o apoio ao processo de implementação de redes de atenção.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	7
2.1 OS DESAFIOS ESTRUTURAIS A SEREM ENFRENTADOS NA INTEGRAÇÃO DO SUS EM REDE.....	7
2.2 ESTRATÉGIAS RECENTES DE INTEGRAÇÃO REGIONAL DO SUS	14
3. A REGIONALIZAÇÃO E AS REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	20
4. PREMISSAS E DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE	24
4.1 PREMISSAS:.....	25
4.1.1 Centralidade no Usuário:	25
4.1.2 Integração produtiva e continuidade do cuidado :	25
4.1.3 Reconhecimento da Complementaridade e da Interdependência:	26
4.1.4 Construção de Objetivos Comuns e Racionalidade Sistêmica:	27
4.1.5 Coordenação, Flexibilidade e Desempenho.....	27
4.1.6 Compartilhamento Decisório, Responsabilização e Institucionalidade:.....	28
4.1.7 Pluralidade, Democratização e Transparência:	29
4.2 DIRETRIZES GERAIS:	30
4.2.1 Territorialização:	30
4.2.2 Modelo de Atenção:	31
4.2.3 Intersetorialidade:	32
4.2.4 Planejamento Estratégico Integrado:.....	33
4.2.5 Modelo de Co-Gestão:.....	34
4.2.6 Financiamento Conjunto Intergovernamental:.....	35
4.2.7 Modelo de Governança:.....	36
4.2.8 Participação e Controle Social:.....	37
5. AGENDA TRIPARTITE PARA DISCUSSÃO	38
1. Ampliação da Resolutividade e Estratégias de Fortalecimento da Capacidade da Atenção Primária,	38
2. Implementação de Territórios Integrados de Atenção à Saúde;	38
3. Reestruturação dos Serviços de Apoio Diagnóstico, da Atenção Especializada e Hospitalar;	39
4. Implementação de Linhas de Cuidado a partir das Prioridades definidas no PACTO PELA SAÚDE e da Política de Regulação	39
5. Implementação de ações da Política de Promoção à Saúde nas regiões e macrorregiões definidas no processo de territorialização;	39
6. Desenvolvimento do suporte logístico às redes;.....	39
7. Implementação dos dispositivos e instrumentos da Política Nacional de Humanização;	39
8. Revisão dos Atuais Mecanismos de Transferências Federais e Modalidades de Pagamento;	39
9. Fortalecimento e Qualificação da Gestão Regional;	39
10. Políticas para a Valorização dos Trabalhadores e Gestores/Gerentes do SUS;	39
11. Aprimoramento de Modelos Intraorganizacionais de Gerência adotados no SUS;	39
12. Revisão do Arcabouço Jurídico que fundamenta a organização do SUS.....	39
6. PROPOSTA DE METODOLOGIA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	40
6.1 PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS	41
6.2 OS GRUPOS DE CONDUÇÃO	42
6.3 O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES.....	44
6.4 A ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS.....	48
7. BIBLIOGRAFIA.....	49

1. INTRODUÇÃO

O contexto atual de consolidação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, após 20 anos de trajetória, requer o desenvolvimento de formas de aperfeiçoamento de sua capacidade política, institucional, de gestão e provisão de serviços de saúde com o objetivo de superar uma série de desafios que se apresentam em sua agenda estratégica. Esses desafios constituem obstáculos para a materialização dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade em ações efetivas na prática cotidiana da produção da política de saúde para os cidadãos brasileiros, o que exige bases mais sólidas e integradas de organização do cuidado, planejamento estratégico, gestão de pessoas e recursos e governança federativa definidas a partir da renovação dos fundamentos da Reforma Sanitária.

Superando um modelo de organização segmentado e excludente de proteção social, produto de um processo histórico de desenvolvimento econômico e formação do Estado concentrador de renda e de poder, a Constituição de 1988 introduziu um novo padrão de política social fundamentado na seguridade social.

O novo padrão de política social, onde o SUS se insere, tem como fundamentos a universalidade da cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação tendo em vista a relevância pública das ações e serviços sociais, uma perspectiva publicista de co-gestão Estado/Sociedade e um arranjo organizacional descentralizado e participativo.

Entretanto, o período de desenvolvimento do SUS coincidiu com a emergência de uma nova agenda de reformas fundamentada na redefinição do projeto de construção nacional, com importantes transformações na estrutura política do país (relações Estado/Sociedade, relações intergovernamentais e entre os poderes na União), no Estado (sua estrutura e capacidade de intervenção) e nos fundamentos do modelo econômico (políticas fiscal, cambial, industrial, etc.).

No plano federativo, as reformas estruturais promoveram a concentração de poder na União, obtida por meio da redução da autonomia das esferas subnacionais e do fortalecimento da capacidade de coordenação federativa do gestor federal por diversos instrumentos como indução financeira e regulação legal, programas de endividamento

dos estados e municípios, Lei de Responsabilidade Fiscal, emendas de vinculação de recursos, da privatização dos bancos estaduais, da ampliação assimétrica da carga tributária, entre outros.

A reforma do Estado privilegiou a formação de núcleos estratégicos, transferindo ao mercado atividades produtivas e compartilhando funções com a sociedade civil, o que resultou na redução de sua estrutura, composição de quadros e alcance de sua capacidade planejadora.

A agenda de reformas de fundamentação liberal trouxe impactos significativos sobre o setor saúde, na medida em que representou um cenário redutor de graus de liberdade no processo de escolhas públicas e na formulação e implementação de políticas mais democráticas e inclusivas de desenvolvimento. Isto porque ampliou a preponderância e a valorização ideológica do mercado na provisão de bens e serviços sociais, reduziu o papel da sociedade civil nos processos de formulação e planejamento governamental, diminuiu a base de financiamento das políticas sociais, enfraqueceu a ação do Estado na direção dos processos sócio-econômicos, reduziu a disponibilidade de recursos na área social, intensificou a verticalização das relações federativas com poucos estímulos ao compartilhamento de funções e produziu incentivos à individualização da proteção, entre outros.

Portanto, o processo efetivo de construção do SUS ocorreu em meio a um contexto econômico e político desfavorável à materialização de seus fundamentos, partiu de uma estrutura dual e centralizada resultante do padrão anterior de política social, e se realizou por meio da expansão descentralizadora gradual e flexível em diversas frentes, conformando movimentos nem sempre muito consistentes e articulados. Tendo em vista ainda a diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio-econômicas, um formato singular de federação, o elevado peso da oferta privada, torna-se muito complexo o processo de constituição de um sistema **unificado e integrado**.

A transferência de estruturas de provisão de serviços e a formação de bases institucionais de planejamento e controle social encontraram no processo de formação um quadro de profundas assimetrias no nível local, o que resultou em fragilidades e descontinuidades nos potenciais de governança, gestão, financiamento e resolutividade do sistema.

Apesar dos grandes avanços obtidos em termos de instituição de direitos universais, da afirmação de valores de solidariedade e justiça social, da realização de uma ampla reforma de Estado, da expansão da atenção primária, da implantação de programas de sucesso (como DST/AIDS e Imunizações) e da construção de diversas experiências exitosas de sistemas locais de saúde, ainda se observa a permanência de insuficiências na capacidade de garantir os princípios da universalização, da integralidade, da equidade, da qualidade e da eficiência na organização e gestão dos serviços de saúde prestados à população.

PACTO PELA SAÚDE 2006 ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão compartilhada pelas três esferas de Estado “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região”.

O *Programa MAIS SAÚDE*, em sintonia com as diretrizes do PACTO PELA SAÚDE, enfatiza a necessidade de intensificar os esforços das três esferas de Estado para fortalecer o *caráter único e integrado do SUS*, ampliando sua capacidade de cumprir os princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade.

O *MAIS SAÚDE* ressalta, em suas diretrizes estratégicas, que essa integração é fundamental para a consolidação do sistema e envolve não só uma conexão mais estreita interna ao setor saúde, mas também sua articulação com as demais políticas sociais e com a base produtiva e de inovação em saúde.

Propõe-se aprofundar a Reforma Sanitária brasileira associando seus fundamentos e diretrizes à busca por um novo padrão de desenvolvimento nacional onde a construção de processos consistentes de regionalização assume papel central, pois permite a superação das iniquidades de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Sendo assim, o *MAIS SAÚDE* recupera os fundamentos constitucionais de organização da política de saúde como marco de composição de um novo momento do SUS, no qual ampliar o grau de **integração** por meio da organização de **redes regionalizadas de atenção à saúde** torna-se fundamental para efetivar seu **desempenho** como política pública inclusiva e promotora de cidadania.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 OS DESAFIOS ESTRUTURAIS A SEREM ENFRENTADOS NA INTEGRAÇÃO DO SUS EM REDE

A plena realização dos princípios do SUS exige a articulação e a integração de diversas dimensões do sistema de saúde essenciais à concretização de sua **unicidade** que, em virtude de uma série de **desafios estruturais**, não se encontra plenamente consolidada, tornando o SUS uma reforma em processo. Esses obstáculos têm sido constantemente abordados no debate recente sobre os rumos da reforma sanitária e podem ser sintetizados nos seguintes **elementos de fragmentação do sistema**:

- a) **Definição das Responsabilidades Federativas** – a estrutura de configuração das relações intergovernamentais que permeia o arcabouço institucional do SUS ainda não convergiu para a explicitação inequívoca de funções e compromissos, sendo caracterizada por dois elementos frágeis de coordenação federativa que impedem a plena responsabilização macro-sanitária no SUS:
 - i. **Baixa Articulação Horizontal entre as Esferas de Estado:** com exceção de processos de intercâmbio de recursos como a PPI e instrumentos ainda pontuais de associação gerencial, como o formato atual dos consórcios, as relações de cooperação entre unidades de mesma natureza federativa são insipientes e esporádicas. São comuns a existência de barreiras e conflitos relacionados ao acesso de serviços de um município por cidadãos de outro, assim como a disputa por recursos e investimentos. Apesar da instituição pelo PACTO PELA SAÚDE 2006 de um formato de regionalização solidária e cooperativa, com a criação de uma instância específica intermunicipal de pactação e formação de consenso – o Colegiado Gestor Regional, a construção de processos de interdependência, complementaridade, compartilhamento decisório e de recursos técnicos e financeiros e a definição de compromissos macro-sanitários no espaço regional que respeitem as autonomias ainda não estão plenamente implementados;
 - ii. **A Baixa institucionalidade das instâncias de pactuação entre os**

gestores das três esferas: contribui para manter o quadro de pouca articulação de políticas, insuficiência dos níveis de cooperação, pouco compartilhamento de recursos e relações de governança federativas ainda insuficientes quando se pretende a construção de instrumentos concretos de responsabilização com objetivos e metas bem definidas;

- b) **Financiamento, formatos de transferência e modalidades de alocação de recursos de custeio e investimentos:** Além da insuficiência da base de financiamento da política de saúde, provocada por uma conjuntura política e econômica adversa desde o início da década de noventa, diversos fatores relacionados ao processo de alocação de recursos, formatos de transferência federais dos mesmos e modalidades de alocação utilizadas produzem estímulos institucionais pouco favoráveis à construção de modelos de atenção pautados por continuidade do cuidado, arranjos integrados e funcionais de ações e de serviços de saúde e a gestão eficiente com responsabilização dos gestores por metas e objetivos socialmente relevantes. Apesar de avanços como o predomínio do formato de transferências intergovernamentais fundo a fundo, principalmente sobre a modalidade *per capita*, e a redução da fragmentação promovida pelos blocos instituídos pelo PACTO PELA SAÚDE, há ainda significativo peso do perfil da oferta de serviços e das séries históricas como critérios de programação financeira e alocação de recursos de custeio;
- c) **Capacidade de Gestão da Produção de Saúde e Humanização dos Serviços de saúde:** a gestão do trabalho em saúde e a organização do cuidado no SUS ainda não se pautam pela definição de um modelo de atenção capaz de compatibilizar processos e estratégias eficientes de produção de saúde, coordenação adequada e ampliada do cuidado entre os espaços de atenção de diversas densidades tecnológicas e saberes das várias profissões e especialidades e a humanização das relações entre profissionais e usuários. São poucas as experiências de incorporação de processos, instrumentos, estratégias e técnicas de gestão do cuidado essenciais a garantia de eficiência e efetividade. A garantia da integralidade por meio de mecanismos e instrumentos de coordenação clínica e gerencial ainda não é uma realidade na organização dos serviços. Da mesma forma, evidencia-se a pouca valorização das dimensões sociais, subjetivas e da

produção de autonomia dos sujeitos, configurando uma abordagem reduzida do processo saúde doença. Práticas essenciais na relação humanizada do sistema com a população como acolhimento ao usuário, ambiência, construção de projetos e contratos terapêuticos e articulação da continuidade do cuidado ainda se encontram em processo de difusão no SUS. Nesse sentido, as formas e processos de responsabilização micro-sanitária e democratização dos espaços de atenção no SUS ainda estão pouco incorporadas ao cotidiano das unidades de saúde;

d) **Acesso e utilização de serviços de saúde:** O modelo de industrialização por substituição de importações se apropriou das bases econômicas previamente construídas e aprofundou a concentração de recursos nas áreas urbanas já existentes. No interior dessa dinâmica, o processo de urbanização extremamente rápido e concentrado levou à distribuição geográfica desigual de recursos e estruturas de provisão de serviços, principalmente os de maior densidade tecnológica. O perfil da oferta possui pouca equidade em termos de apropriação pela população e baixa adequação à demanda (excesso ou escassez de serviços). O acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar esbarra não só na insuficiência e assimetria na distribuição da oferta dos mesmos, mas também na baixa articulação desses com a atenção primária. São produtos desse processo a existência de demanda reprimida, a descontinuidade e a inadequação da oferta às necessidades da população. Esse quadro se agrava, tendo em vista as dificuldades da Atenção Primária se efetivar como principal lócus do acolhimento e de coordenação do cuidado no processo de organização da atenção à saúde;

e) **Integração dos Serviços do Setor Complementar ao SUS:** Desde a formação do SUS, a regulação do Estado sobre os provedores privados e filantrópicos no setor saúde não se consolidou como uma das funções exercidas pelas autoridades sanitárias nas três esferas. As diferentes lógicas de produção de saúde que motivam o mercado complementar e o sistema público são pouco articuladas por meio de estratégias mais detalhadas em critérios de contratação dos serviços (acesso, qualidade, necessidades da população, custo/efetividade, objetivos e metas planejadas, etc.). Da mesma forma, a avaliação da oferta já

inserida no sistema é insuficiente, o que implica na permanência de uma configuração do conjunto de serviços contratados caracterizada por baixa racionalidade sistêmica, que pouco contribui para a organização funcional do universo de ações e serviços que compreendem o SUS no **espaço regional**. A insuficiente ação do Estado permite excessos e carências de oferta, baixa qualidade, pouca articulação com as ações e serviços do SUS e a perda de eficiência sistêmica;

- f) **Intersetorialidade:** Apesar da saúde ser definida na Constituição de 1988 como parte integrante da Seguridade Social, compondo um conjunto de ações articuladas com outras políticas sociais, logo no início da década de noventa, com a especialização das fontes de financiamento, cada uma das áreas se desenvolveu de forma separada. Sem esquecer de ressaltar as adversidades enfrentadas pelas políticas sociais universais na conjuntura política e econômica da década de noventa, temos muito que avançar na construção de estratégias de integração das diversas áreas da seguridade social tanto no interior de cada uma das esferas de Estado quanto entre essas. Há iniciativas mais recentes como a implantação dos Territórios da Cidadania, Programa Nacional de Cidadania e Segurança, Saúde nas Escolas, e outras políticas de saúde, educação, assistência, segurança alimentar, etc., que têm operado de modo conjunto suas interfaces, potencializando suas sinergias;
- g) **Planejamento e Formulação de Políticas:** a introdução pela NOAS de instrumentos como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos buscaram fomentar uma cultura de planejamento de médio prazo em âmbito regional pouco valorizada durante a década de noventa. Entretanto, as limitações na capacidade institucional (recursos financeiros, humanos e técnicos) da maioria dos municípios brasileiros, de alguns estados e da União associada a uma cultura política de ação no curto prazo não possibilitaram ainda a formação de bases concretas de formulação de agendas consistentes de definição de prioridades de intervenção a partir da identificação de necessidades de saúde e a correspondente construção de estratégias e instrumentos necessários a sua viabilização. Na esfera federal, devido tanto a processos históricos de formação interna quanto à conjuntura da década de noventa, alguns aspectos são

característicos: fragmentação na formulação e implementação de políticas, limitada integração entre as áreas, ocorrência de sobreposição de funções, predomínio de ações de curto prazo, etc.. De maneira geral, permanece a dificuldade de formação de uma agenda consistente de médio e longo prazo típicas de um processo de planejamento e formulação que considere as questões estruturais como processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a evolução das dinâmicas de urbanização, a relação com outras políticas, a formação de planos de investimentos bem definidos de longo prazo, a capacidade de governança setorial, etc.;

- h) **Gestão e Qualidade dos Serviços:** Da mesma forma, parâmetros e padrões de eficácia e eficiência das ações de saúde, instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços, mecanismos concretos de definição de metas pactuadas (contratos de gestão – públicos ou privados), assim como práticas de certificação de qualidade são pouco utilizadas. O emprego de modelos de gestão por resultados com sistemas de custos, controladorias, planos de metas, auditoria clínica, sistemas de qualificação do trabalho em saúde, remuneração por desempenho, entre outros, mostra-se tímido e pouco difundido nas organizações de saúde, o que dificulta a formação de uma cultura de eficiência gestora no interior do sistema. Na gestão intergovernamental, apenas os consórcios surgem como instrumentos de busca por maior flexibilidade e economicidade, mas com escopo de ação limitado a aquisição de produtos e serviços específicos e nem sempre com resultados comprovados e modelos de governança bem definidos;
- i) **Regulação do Sistema e Coordenação Gerencial:** os marcos legais recentes de condução da política nacional de saúde (NOAS e PACTO PELA SAÚDE) enfatizaram a necessidade de se fortalecer a capacidade de coordenação e regulação das três esferas de Estado sobre a dinâmica de produção de serviços de saúde e o conjunto dos prestadores, buscando ampliar o conhecimento e o controle dos fluxos financeiros e assistenciais do sistema. Esses esforços ainda se encontram em processos de consolidação, exigindo uma agenda de longo prazo para que seja possível superar a baixa funcionalidade e racionalidade do processo de organização e gestão dos sistemas de saúde em âmbito regional. A consolidação da política de regulação com a universalização do emprego dos

complexos reguladores ainda não é uma realidade plena. Da mesma forma, há pouca difusão de instrumentos e sistemas de coordenação gerencial e suporte logístico voltados para a construção de arranjos funcionais regionalizados, como os de transporte sanitário, comunicação, suprimentos, etc;

- j) **Forma de Acesso à Integralidade e Judicialização da Política de Saúde:** a não efetivação das diretrizes de acesso às ações e serviços de saúde provoca a multiplicação de formas de pressão sobre o sistema de saúde. São comuns a superlotação de unidades de urgência e emergência, hospitais gerais, clínicas especializadas, entre outros e a desorientação dos usuários quanto a padrões de referência e contra-referência no interior do sistema. Em virtude dessa não efetivação, o direito constitucional de acesso universal à saúde, que representa um marco na história da proteção social do país, torna-se uma prerrogativa para a apropriação individualizada e inadequada de recursos públicos pela via judicial. Além de possibilitar a utilização desigual do sistema de saúde, em virtude do perfil sócio-econômico dos que acessam o Judiciário, tal prática desarticula e fragmenta processos de planejamento e programação assistencial e financeira dos entes federados, especialmente dos municípios;
- k) **Gestão do Trabalho em Saúde:** a estruturação de políticas de gestão do trabalho de longo prazo dotadas de capacidade técnica, para operar tanto processos de organização de serviços e ações de saúde quanto exercer funções de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde, é um desafio a ser superado. Outro aspecto que fragiliza a base técnica e gerencial de formulação e implementação das políticas de saúde são os vínculos precários de emprego, reduzindo o grau de continuidade dos programas, ampliando os riscos de perda de competências e diminuindo a capacidade de aprendizagem e acúmulo de experiências. Simultaneamente, a precariedade das relações de vínculo funcional reduz a capacidade de integração interna de políticas e programas em virtude da elevada rotatividade de pessoal, com reflexos semelhantes sobre as relações federativas;
- l) **Participação, Controle Social, Avaliação e Monitoramento:** instituídas no início da década de noventa como elementos extremamente inovadores de gestão pública, as práticas e experiências de participação da comunidade na formulação

das políticas de saúde e no controle das ações do Executivo, expressos nas conferências e nos conselhos, tornaram-se um modelo para uma série de outras políticas. Apesar de serem uma das maiores conquistas do processo de democratização do país, os conselhos de saúde enfrentam dificuldades para promover a plena vocalização e inserção dos interesses e necessidades plurais de cidadania, a efetividade e a transparência da gestão pública em saúde. Da mesma forma, os instrumentos de controle, monitoramento e avaliação dos programas e políticas de saúde apresentam pouca integração e encontram-se em processo de consolidação;

Os **desafios estruturais**, acima apresentados sob a forma de **elementos de fragmentação do sistema**, dificultam a consolidação do caráter único e integrado do SUS, capaz de cumprir seus princípios constitucionais. A concretização plena do **caráter único e integrado do SUS** exige a articulação adequada de diversas **dimensões** que estruturam a composição policêntrica de seu arcabouço institucional a partir das relações fundamentais do sistema como política pública:

- Dimensão dos processos de pactação, planejamento e gestão intergovernamentais (**relações internas ao Estado**);
- Dimensão da formação de vontade política e do controle social (**relações Estado-Sociedade**);
- Dimensão da contratação de unidades de provisão de serviços (**relações Estado-Mercado**);
- Dimensão do aporte e da alocação de recursos financeiros (**relações entre financiadores**);
- Dimensão das decisões legislativas e judiciais (relações entre os Poderes de Estado);
- Dimensão da organização dos modelos de atenção (**relações entre provedores, profissionais e cidadãos**);
- Dimensão da articulação com outras políticas sociais (**relações de intersetorialidade na seguridade social**);

A superação dos obstáculos exige a formulação de estratégias e políticas capazes atuar de forma concomitante no enfrentamento dos conflitos políticos e na proposição de soluções inovadoras de construção institucional para integrar plenamente o sistema.

2.2 ESTRATÉGIAS RECENTES DE INTEGRAÇÃO REGIONAL DO SUS

Sendo assim, a formulação de estratégias direcionadas a ampliar o **grau de integração** do SUS deve considerar a articulação simultânea dessas dimensões de forma a valorizar e reafirmar seus fundamentos históricos. A plena integração do SUS envolve não só o enfrentamento de questões de natureza relacionadas à atenção e à gestão, mas fundamentalmente aos desafios de cunho político como as relações federativas, o papel do Estado, a relação como o mercado, o papel da sociedade, a relação entre os poderes de Estado, etc. Superar a **fragmentação** do SUS requer novas estratégias para a produção de saúde, organizacionais e políticas **integradoras** capazes de manter seu caráter universal, integral, democrático e descentralizado.

No centro desse debate estão a questão federativa e o ordenamento espacial de referência para a organização das funções do sistema de saúde (formulação, planejamento, implementação, organização, provisão de serviços, gestão, etc.). A descentralização trouxe a capacidade de aproximar as políticas públicas das questões fundamentais de cada agenda local, superando uma visão uniformizante da realidade brasileira, porém a dinâmica dos elementos inerentes às questões sociais não se limita ao recorte espacial dos municípios, especialmente no que se refere aos fenômenos sanitários: o **processo saúde-doença** possui forte determinação pela dinâmica das relações sócio-econômicas, políticas e culturais que são **construídas historicamente** a partir de **amplas bases territoriais**.

Esse é o tema estruturante para a **integração** de um sistema de saúde que pretende prover atenção **integral e equitativa** aos cidadãos, com eficiência de gestão e produção de saúde, principalmente quando se sabe que a organização dos serviços de saúde de maior densidade tecnológica exige níveis mínimos de escala econômica e bases populacionais de maior amplitude do que a esfera municipal.

Dessa forma, uma nova estratégia de integração do SUS pressupõe a necessidade de compatibilizar a atuação local e municipalizada com a expressão regional dos determinantes sociais da saúde, exigindo um novo pacto federativo, uma nova base espacial de planejamento e novas estratégias eficientes e integradoras correspondentes de organização do cuidado (modelo de atenção), de gestão, de alocação de recursos, de participação e controle social, de afirmação do caráter público das ações e serviços de saúde, de controle, regulação, monitoramento e avaliação, etc.

Logo, superar os obstáculos de fragmentação passa pela construção de um sistema de saúde estruturado em **redes regionalizadas de atenção**, recuperando o formato organizacional previsto no texto constitucional e nas leis orgânicas da saúde.

Esses movimentos de reconstrução institucional do SUS devem estar fundamentados em um formato de organização regionalizada da produção de saúde, flexível nas diversas conjunturas geográficas específicas do país, a partir do qual devem estar organizados os modelos de atenção, gestão e governança federativa do SUS.

A **regionalização** como estratégia de construção de sistemas integrados de saúde tem sido ao longo da história da proteção social um dos fundamentos internacionalmente consensuais, principalmente se considerarmos os sistemas universais unificados nacionalmente. Tradicionalmente, sua fundamentação está associada à capacidade de reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar os recursos, além de representar um processo de fortalecimento da descentralização.

No caso brasileiro, estratégias de regionalização estiveram presentes em diversas experiências e formatos como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde – PIASS (1976), O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV SAÚDE (1980), as Ações Integradas de Saúde – AIS (1982-1986) e o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS (1987). Na história recente do SUS, apesar da presença do conceito de redes regionalizadas como fundamento constitucional do SUS, estratégias mais consistentes voltadas especificamente para a **integração regional** voltaram ao centro do debate apenas com o processo de discussão e formulação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, publicada em 2001.

Essa estratégia foi motivada pela necessidade de aprofundar o processo de

descentralização sob novos formatos espaciais e instrumentais para o planejamento, tendo em vista a fragmentação do SUS desde então observada em um universo de 5.565 municípios, onde aproximadamente 72% desses possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2007), com os reflexos correspondentes em termos de acesso, resolutividade, capacidade de planejamento, gestão, financiamento, entre outros.

As estratégias e instrumentos de **integração regional**, até então delineados, eram de baixa institucionalidade como os consórcios, Programação Pactuada e Integrada – PPI e experiências esparsas de Comissões Intergestores Bipartites regionais, ou mesmo restritas sob a forma de uma série de arranjos colaborativos setoriais estruturados a partir do compartilhamento de objetivos, interesses e recursos denominados de “redes” de promoção, diagnóstico e tratamento (oncologia, cardiologia, saúde do trabalhador, saúde mental, etc.), de unidades especializadas, de conhecimento, pesquisa e ensino (bibliotecas, centros de pesquisa, informações, educação continuada, etc.), de apoio social (dependentes, estomizados, etc.), entre outras. Tais arranjos resultaram em importantes resultados em termos de efetividade do SUS, mas são focados em políticas específicas, enquanto uma rede regionalizada de atenção à saúde possui a integralidade como fundamento de seu conteúdo de ações e serviços de saúde.

A NOAS representou um marco importante de instituição de uma lógica de estruturação de **redes regionalizadas** como um **sistema de saúde integrado regionalmente**, uma vez que trouxe elementos estratégicos de **integração intermunicipal** como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de **planejamento integrado** como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos.

A NOAS **propôs** ainda mecanismos de promoção da racionalidade sistêmica como a análise de capacidade instalada, projeção de realocação otimizada de recursos e investimentos, processos de controle e regulação, etc. Todos esses elementos **pretendiam** o estabelecimento de bases de organização regional mais consistentes para o SUS estruturadas a partir da ampliação das prerrogativas de coordenação da esfera estadual.

Entretanto, alguns aspectos de sua formulação resultaram em insuficiências em sua

capacidade de fundamentar processos consistentes de integração regional como o excessivo grau de normatização, a centralização na esfera estadual nos processos de planejamento e regulação, a ênfase na dimensão assistencial, a padronização dos recortes territoriais de organização dos serviços, a ausência na definição de um modelo de atenção, de sistemas de suporte logístico, entre outros. O debate sobre as contradições geradas por sua implementação resultou na formulação e aprovação do PACTO PELA SAÚDE 2006.

Este introduziu novas estratégias de integração e articulação da política de saúde ao instituir como marcos fundamentais de consolidação institucional do SUS um **novo formato de condução das relações entre as esferas de Estado** e o desafio de **superar a fragmentação das políticas e programas nacionais**. Sua materialização se verifica na **pactuação de responsabilidades federativas** em torno:

- De prioridades que apresentam impacto sobre a situação de vida da população brasileira (PACTO PELA VIDA);
- Do compromisso com os fundamentos políticos e constitucionais do SUS (PACTO EM DEFESA DO SUS); e
- De princípios e diretrizes para a descentralização, o financiamento, o planejamento, a programação, o controle social e a educação em saúde (PACTO DE GESTÃO).

O PACTO estabeleceu o **espaço regional** como o lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal. Sua centralidade na estratégia do PACTO decorre das especificidades que o caracterizam em termos de natureza federativa, amplitude territorial e singularidades sociais:

- O **espaço regional** não é de exclusiva jurisdição de nenhuma das esferas de Estado, portanto permite o encontro **solidário, cooperativo e responsável** dos entes federados;
- O **espaço regional** é amplo o suficiente para conter estruturas de gestão e

provisão de serviços de saúde cuja complementaridade compõe um conjunto capaz de garantir a **integralidade da atenção**;

- O **espaço regional** se institui a partir de relações singulares em termos sócio-econômicos, culturais e sanitários, o que representa uma base consistente de **relações de interdependência** para a **integração de políticas e programas**, assim como das **ações e serviços de saúde**;

Portanto, o **espaço regional** é adequado para permitir a construção concomitante dos dois marcos fundamentais do PACTO: relações de cooperação entre as esferas de Estado e articulação e integração de políticas e programas de saúde. Essa percepção fica evidente quando se considera que, para o cumprimento pela maioria dos municípios brasileiros das metas relativas às prioridades¹ estabelecidas no PACTO PELA VIDA, são necessárias articulações de sistemas intermunicipais, ou mesmo interestaduais, nos casos de necessidade de serviços de maior densidade tecnológica, o que torna a **regionalização** um processo essencial para o cumprimento do PACTO pelos estados e municípios brasileiros.

No PACTO PELA GESTÃO, a **regionalização** é definida como o **eixo estruturante** a partir do qual serão delineadas e ordenadas as ações para o cumprimento pelos gestores estaduais e municipais das respectivas responsabilidades relativas à descentralização, ao financiamento, ao planejamento, à programação, ao controle social e à educação em saúde.

Sendo assim, a **regionalização** assume novamente o status de **processo principal** de redefinição dos pressupostos do **modelo de descentralização** estabelecido no SUS, que passa a ser orientado pelos princípios de **territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade e participação e controle social**.

¹ As onze **prioridades sanitárias** estabelecidas no **PACTO PELA VIDA, atualizadas pela Portaria GM N.º 325/08**, são: atenção à saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids, promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica, saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem (BRASIL, 2008).

Os objetivos estabelecidos **no Pacto Pela Saúde**, para orientar a regionalização, são a garantia de acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços, a integralidade na atenção, o fortalecimento do papel dos estados e municípios e a otimização de recursos.

Portanto, o efetivo cumprimento do **PACTO** somente ocorrerá pela suspensão das fronteiras municipais e estaduais com a valorização e institucionalização do **espaço regional** como base de organização, gestão e governança do sistema de saúde.

Mais recentemente, o PROGRAMA MAIS SAÚDE, ao definir a saúde como parte essencial de um processo amplo de desenvolvimento, ressaltou a construção de uma **visão regionalizada do país** como um dos requisitos essenciais à consolidação do SUS como sistema universal e unificado:

O movimento de descentralização e de municipalização das ações de saúde, embora forte e de alta relevância, ocorre de modo fragmentado, perdendo-se uma **visão regionalizada do País**. Assim, ainda há muito a avançar na organização do SUS como **rede federativa, regionalizada e hierarquizada**, de modo a superar a situação de desigualdade na oferta e a conferir maior eficiência sistêmica às ações implementadas (BRASIL, 2008, p. 06.).

Sendo assim, os marcos legais e programáticos mais recentes da política de saúde apontam a **regionalização** como processo principal de **integração** do SUS, capaz de aportar elementos importantes para a superação de seus principais **obstáculos estruturais** de consolidação como política pública.

3. A REGIONALIZAÇÃO E AS REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE²

A construção de um **processo efetivo e concreto de regionalização** da política de saúde requer a **combinação simultânea** de uma série de elementos técnicos, humanos, econômicos, de gestão, políticos, culturais, entre outros, tornando-o um **processo complexo** e de longo prazo. Isto porque a sua materialização no SUS exige um movimento de integração no **espaço regional** estruturado a partir da **articulação funcional e sistêmica** de estruturas físicas, informações, pessoas, processos de trabalho, tecnologias de intervenção clínica, unidades e formas de produção de serviços, estratégias de comunicação, processos decisórios, recursos financeiros, etc., capaz de prover ações efetivas e humanizadas adaptadas às singulares locais, nos momentos necessários, de forma universal e equitativa, maximizando a utilidade dos recursos e minimizando os custos de sua produção.

Esse processo requer um profundo conhecimento da realidade regional onde se insere o sistema de saúde, uma vez que esse é um elemento essencial para estabelecer uma relação de vínculo com os cidadãos-usuários e poder planejar ações e serviços adaptados às suas realidades sócio-econômicas e culturais para que sejam realmente efetivas. Da mesma forma, é fundamental o conhecimento dos recursos disponíveis ao sistema de saúde regionalmente distribuídos, os processos de trabalho e quadros atuantes de forma a dimensionar as reais potencialidades e capacidades do sistema. Exige ainda processos de organização do cuidado bem delineados e articulados,

²Atenção à Saúde “(...) engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros).” (BRASIL, 2007c).

de gerenciamento e financiamento correspondentes e alinhados, além do desafio político de construir arranjos organizacionais, estratégias, táticas e instrumentos de sustentabilidade dos processos de interdependência, cooperação e co-gestão. Essa sustentabilidade está intensamente relacionada com o desenvolvimento de processos conjuntos de planejamento, buscando compor planos concretos e factíveis, fundamentados em avaliações das potencialidades e limitações relacionadas à capacidade de cumprimento de objetivos e metas coletivamente pactuadas.

Devem estar presentes, assim, mecanismos de alocação racional de recursos, organizados a partir de uma disposição tecnológica hierárquica buscando ampliar a capacidade de atenção na porta de entrada do sistema, de forma que as demais tecnologias sejam incorporadas a partir das necessidades de cada usuário, considerando economias de escala e escopo. Torna-se necessário ainda uma devida distribuição geográfica dos serviços de saúde dos recursos humanos e dos programas, possibilitando a conexão de diferentes expertises clínicas e de saúde coletiva, para prover uma atenção integral a partir de mecanismos e estratégias de articulação e referenciamento adequado, suficientes para responder às necessidades de saúde de uma determinada base populacional.

Para tanto, torna-se necessário desenvolver processos consistentes de planejamento da oferta de serviços, adequando-a à demanda existente e futura, de forma a tornar a aplicação dos recursos o mais racional possível dentro dos limites dos princípios constitucionais, a partir de mecanismos de coordenação capazes de proporcionar maior equidade, integralidade e qualidade das ações de saúde.

A regionalização como processo de integração exige fundamentalmente a construção de estratégias para buscar a unidade de orientação e direção dos processos decisórios, de forma a compor linhas de comando coerentes e articuladas, aproximando-se de uma efetiva coordenação gestora regional.

De forma geral, em um processo consistente de regionalização por meio da implementação de redes integradas de atenção à saúde, articulam-se indissociavelmente três dimensões essenciais que são: da atenção, da gestão e da governança. Em cada uma delas, a regionalização concreta exige estratégias, processos e instrumentos consistentes de **articulação funcional e sistêmica**.

Considerando o modelo federativo brasileiro onde não há relações de hierarquia entre as três esferas de Estado, além da necessidade articulação com outras políticas, com outros poderes de Estado etc., processos de **articulação funcional e sistêmica no espaço regional**, formado pela jurisdição de vários municípios e outros atores autônomos importantes, somente são efetivos quando fundamentados em estratégias de coordenação eficientes como as proporcionadas pela **organização e gestão em rede**.

As redes são formadas por organizações e atores autônomos que mantêm relações estáveis de trabalho coletivo a partir dos vínculos de interdependência existentes. São consideradas estruturas organizacionais eficientes de coordenação capazes de articular de forma flexível e racional diversos tipos de recursos (humanos, técnicos, financeiros, políticos, etc.) a partir da construção de relações de complementaridade entre as organizações e atores envolvidos.

As redes possibilitam o compartilhamento de recursos e a definição de objetivos comuns coletivamente planejados e construídos, combinando a divisão do trabalho técnico (com certa hierarquia dada por critérios tecnológicos) com a horizontalidade das relações políticas, especialmente em ambientes federativos. Esse aspecto é importante porque reafirma a racionalidade e a funcionalidade dos processos de trabalho com a sustentabilidade das relações de governança política.

As redes constroem e reafirmam relações de confiança e a busca de objetivos de coletivamente definidos em meio à produção de benefícios comuns. Da mesma forma, tendem a criar processos caracterizados por maior nível de democratização, uma vez que operam por meio da produção de consenso entre os participantes, sendo a circulação de informações o recurso estratégico nas decisões. Possuem maior capacidade de produção efetiva de resultados no enfrentamento de problemas complexos, uma vez que sua estrutura policêntrica e matricial permite diversas combinações de saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão capazes de analisar e solucionar diferentes quadros influenciados por múltiplas variáveis simultaneamente.

Portanto, a construção de sistemas de saúde no **espaço regional** adquire maior efetividade e eficiência quando organizados sob a forma de **redes regionalizadas de atenção à saúde que consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado**

espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

*A estruturação de uma **Rede Regionalizada de Atenção à Saúde** possui como objetivos a provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada à saúde, articuladas a partir da complementaridade de diferentes densidades tecnológicas e organizadas por critérios de eficiência microeconômica na aplicação dos recursos. São construídas mediante o planejamento, a gestão e o financiamento intergovernamentais cooperativos e voltadas para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde adaptadas às necessidades populacionais de cada **espaço regional** singular.*

A configuração dos aspectos relacionados à gestão, ao financiamento e à governança deve estar delineada de forma a materializar o objetivo fundamental do SUS que é a produção de saúde, na medida em que o uso de recursos e estruturas públicas de gestão e estratégias políticas devem buscar a finalidade maior da política pública a que se destina.

Dessa forma, as formas de organização em rede possibilitam a obtenção de resultados que superam outras formas de coordenação gerencial. As formas de organização em rede possibilitam o acesso, a combinação e o emprego de organizações e recursos (financeiros, econômicos, políticos, conhecimento, etc.) de forma relativamente estável e com grau elevado de flexibilidade. A capacidade de circulação de informações e competências amplia-se significativamente quando atores e organizações operam em rede pela emergência de um padrão de interconexão não disponível em hierarquias. **Um processo de regionalização fundamentado em um formato de organização em rede permite ampliar significativamente o grau de integração da política de saúde de forma compatível com os princípios constitucionais do SUS.**

Os fundamentos de instituição de uma estrutura regionalizada de atenção à saúde organizada em rede devem compreender a construção de dispositivos com capacidade suficiente para superar os elementos de fragmentação a partir dos fundamentos constitucionais do SUS. Uma estratégia ou modelo de integração regional da política de saúde no SUS pressupõe a formação de estruturas organizadas em rede capazes de considerar as especificidades do modelo de política social que fundamenta a política

social no Brasil a partir de 1988.

Portanto, apesar da construção de uma estrutura regional em rede pressupor um processo de integração da atenção à saúde, com a presença de mecanismos de coordenação entre unidades e processos de trabalho, a plenitude do processo exige a definição correspondente de modelos e estruturas de planejamento, gestão, financiamento, governança e avaliação e monitoramento.

4. PREMISSAS E DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DAS REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considerando os princípios constitucionais do SUS, os fundamentos de regionalização do PACTO PELA SAÚDE e as diretrizes estratégicas do *PROGRAMA MAIS SAÚDE*, o processo de integração do SUS em **espaços regionais** específicos se organizam a partir de um conjunto premissas e diretrizes organizacionais, articuladas e ordenadas.

As premissas e diretrizes de organização fundamentam o processo de construção e institucionalização das redes regionalizadas de atenção à saúde, recuperando o **fundamento constitucional** de organização unificada do SUS como uma **rede regionalizada** de produção de saúde.

As **premissas** são as bases conceituais que orientam os gestores na formação de redes regionalizadas de atenção à saúde. As premissas se desdobram em **diretrizes de organização**, que consistem em linhas concretas de organização de um sistema de saúde de saúde em âmbito regional. Assim, a articulação das ações e serviços de saúde em um formato de **redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde**, capazes de prover atenção integral, com maior equidade, eficiência de gestão e capacidade de acolhimento aos usuários, fundamenta-se nas seguintes **premissas e diretrizes de organização**:

4.1 PREMISAS:

4.1.1 Centralidade no Usuário: uma organização integrada em rede sempre se fundamenta na **primazia dos resultados**. Logo, a organização de uma Rede Regionalizada de Atenção à Saúde deve se pautar pela **centralidade das necessidades do usuário-cidadão** definidas por sua inserção sócio-econômica e cultural em cada espaço regional específico, buscando ampliar a efetividade das ações de intervenção. O objetivo maior de todos os processos de estruturação e gestão do sistema consiste na produção de saúde, de forma que as estratégias de coordenação de ações e articulação de recursos devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos usuários contemplados pela área de abrangência da **Rede Regionalizada de Atenção à Saúde**. Sendo assim, é fundamental o domínio de informações detalhadas sobre o ambiente de inserção do usuário e de sua família, o que amplia a capacidade de planejamento e implementação de ações de saúde;

4.1.2 Integração produtiva e continuidade do cuidado : as organizações em rede mantêm a continuidade dos processos e fluxos de produção em virtude das múltiplas conexões organizacionais que a compõem e da ausência de segmentação típica das organizações de natureza burocrática. Da mesma forma, as organizações integradas em rede permitem uma relação mais próxima com os usuários (população-alvo) uma vez que possuem diversas interfaces de comunicação em virtude de sua capilaridade. Sendo assim, uma organização integrada em rede permite um contato prolongado e mais próximo com sua população de referência por meio de diversas formas de vínculo e acompanhamento, uma vez que se insere em seu ambiente de existência diversificando formas de abordagens e contatos. Uma organização em rede se estrutura a partir da coordenação de diversas unidades de produção de saúde em um todo, de forma a compor uma ação coerente e efetiva continuamente, sem perder de foco a condição do usuário em cada momento. Uma organização em rede estabelece uma base de referência interna para organizar a atenção à saúde a sua população e, a partir dessa, integra as unidades de saúde em cadeias produtivas, articula as demais

interfaces de relacionamento e intervenção em espaços adequados e nos momentos necessários;

4.1.3 Reconhecimento da Complementaridade e da Interdependência: as organizações em rede se estruturam sobre amplos vínculos com várias formas de conexão capazes de produzir diversas **combinações de saberes** para a análise e a abordagem de problemas complexos e multideterminados, como problemas de saúde que envolvem elementos objetivos, subjetivos e sociais. Uma organização em rede é composta por atores e organizações especializadas, as quais, integradas, permitem a formação de uma **pauta flexível e ampla de ações de intervenção**. Uma organização em rede não se fundamenta em funções estanques, mas na **associação de potenciais e saberes** e na **articulação de competências** variadas permitindo um tratamento singular, individualizado e integral em cada caso. Essa natureza da organização em rede permite a **formação de variados olhares e perspectivas de análise e intervenção**, o que impulsiona um amplo potencial de inovação na resolução de problemas concretos a partir de maior amplitude de compreensão das causas e da dinâmica dos problemas abordados. A **atuação complementar**, ao articular potenciais e **saberes** em questões concretas, intensifica a **capacidade de aprendizagem** da organização, superando um olhar segmentado e estagnado da realidade.

Uma organização maior integrada em rede surge quando as organizações componentes compreendem que o trabalho isolado não é suficiente para a resolução dos problemas, ou seja, quando há o reconhecimento explícito da **Interdependência**. A percepção de que a complementaridade permite um potencial resolutivo maior do que o trabalho isolado impulsiona a busca pelo **aprofundamento das relações de interdependência**. Essa adquire maior intensidade à medida que se amplia o intercâmbio de recursos para a consecução de objetivos comuns, como forma de fornecer sustentabilidade às ações desenvolvidas de forma conjunta no cumprimento de metas planejadas. O compartilhamento de recursos envolve ainda a definição de suas formas de alocação como condição essencial para a obtenção dos objetivos planejados, uma vez que essas devem ser alinhadas com as estratégias e as linhas de ação definidas coletivamente;

4.1.4 Construção de Objetivos Comuns e Racionalidade Sistêmica: uma organização integrada em rede desenvolve objetivos comuns a partir do uso racional dos recursos disponíveis, articulando de forma funcional as competências e os potenciais dos atores e organizações que a compõem. A emergência da rede envolve o desenvolvimento de **ações coletivamente planejadas** e deliberadamente orientadas para a ênfase na realização de objetivos comuns, ao mesmo tempo em que mantém a autonomia de gestão dos entes envolvidos. Somente quando há a percepção de que os objetivos compartilhados devem ser construídos por meio do engajamento integrado de todos os atores e organizações envolvidas, torna-se possível aprofundar a interdependência que sustenta as relações de coordenação no interior da rede. Esses objetivos são definidos de forma compartilhada e fundamentam os compromissos dos membros, as estratégias de ação, a alocação de recursos e o processo decisório posterior. A materialização desses objetivos requer uma estratégia que vincule os fins pretendidos com os meios disponíveis, de forma a maximizar a alocação de recursos, a articulação das competências e potenciais e as táticas escolhidas. Uma organização integrada em rede pressupõe a definição prévia de estratégias de **racionalidade sistêmica** na alocação de recursos e **funcionalidade** de articulação de competências na construção dos objetivos coletivos. O processo de trabalho em uma organização em rede se fundamenta em uma lógica de eficiência microeconômica que busca a maximização do uso dos diversos tipos de recursos disponíveis (financeiros, humanos, tecnológicos, etc.). Uma organização integrada em rede se orienta para a obtenção de resultados relativos às metas e prioridades fixadas no processo de definição de objetivos comuns.

4.1.5 Coordenação, Flexibilidade e Desempenho: os desafios de construção de uma organização integrada em rede, com foco no usuário, continuidade do cuidado, reconhecimento da interdependência e complementaridade das ações e a construção de objetivos comuns com racionalidade sistêmica, exige a presença de mecanismos gerenciais de coordenação consistentes, diversificados e adaptados a cada realidade singular. É fundamental a sincronia constante entre os vários elementos meios com a finalidade da organização integrada em rede de forma que se produza um alinhamento entre a forma de disposição e o intercâmbio dos recursos com os objetivos estabelecidos e as estratégias de organização do trabalho coletivo. Esse tipo de organização se

fundamenta em uma estrutura organizacional que mantém a conexão permanente entre suas partes e possibilita o fluxo continuado e articulado de informações, usuários, recursos técnicos, recursos humanos, comandos, etc. Esse processo de coordenação deve possuir maior velocidade na definição e implementação de tarefas operacionais, uma vez que o foco de sua ação está nos fins e não nos meios. A flexibilidade na alocação de recursos e na tomada de decisões é um dos elementos essenciais que distingue as redes de uma organização burocrática, o que possibilita respostas coordenadas e no tempo certo. A consistência dos mecanismos de coordenação associada à flexibilidade gerencial permite ampliar constantemente o desempenho. O desempenho das unidades que compõem a rede está relacionado a sua capacidade de contribuir para o cumprimento das metas coletivas, por meio da responsabilização em acordos específicos entre os atores e organizações implicados;

4.1.6 Compartilhamento Decisório, Responsabilização e Institucionalidade: o processo decisório em redes requer, além da percepção efetiva da interdependência pelos atores envolvidos, uma transformação dos fundamentos culturais de relacionamento entre as partes envolvidas, o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de construção de consenso e de compartilhamento de percepções, e a instituição de instâncias organizacionais de suporte e intermediação entre os atores envolvidos. Pressupõe também o estabelecimento de um conjunto bem definido de regras mínimas que regulem os processos decisórios envolvendo diversos atores e organizações, assim como um certo grau de estabilidade estrutural a partir da qual seja possível estabelecer relações de confiança. Essa organização surge quando a dinâmica das relações adquire maior consistência e fornece certo grau de institucionalização às interações, resultando na formalização de padrões e parâmetros de intercâmbio de recursos, organização do trabalho coletivo e orientação dos processos decisórios. Somente quando são estabelecidas bases institucionais sólidas (arcabouços jurídicos adequados, espaços de pactação, canais de interação, etc.), torna-se possível o desenvolvimento de ações estrategicamente planejadas, objetivos comuns, a fixação de **compromissos relativos a metas acordadas coletivamente** e o intercâmbio constante e duradouro de recursos. Uma organização integrada em rede desenvolve uma **institucionalidade** (normas, espaços, padrões, contratos, guias, etc.) para **reduzir as**

incertezas envolvidas nas interações entre atores e organizações autônomas e fixar **padrões estáveis de relacionamento** para a busca de **objetivos comuns**. Essa institucionalidade permite que a rede seja voltada especificamente para o **aprofundamento da interdependência** existente, em torno do planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação estratégica direcionada a intervenção no ambiente social. Assim, a organização de política pública em rede pressupõe uma **governança**³ fundamentada em uma estrutura de compartilhamento decisório e uma institucionalidade reguladora das relações de poder e dos padrões de interação entre os atores e organizações envolvidos, onde se especificam papéis definidos na divisão do trabalho coletivo, sempre buscando a valorização dos objetivos públicos e coletivos. Uma política pública integrada em rede pressupõe a ampliação da capacidade regulatória do Estado de forma a proporcionar bases institucionais sólidas para a definição de parâmetros da relação público-privado. Essa institucionalidade permite a construção constante de processos de aprendizagem capazes de superar impasses e estagnações no processo decisório e na formação de compromissos coletivos;

4.1.7 Pluralidade, Democratização e Transparência: uma organização integrada em rede consiste em um ambiente permeável à expressão da pluralidade de valores e interesses, conformando canais de construção de uma cidadania plural. O processo decisório se estrutura a partir do compartilhamento de poder e da busca pela construção de consensos e respeito aos valores democráticos, considerados essenciais à efetividade dos resultados. A construção de objetivos e metas expressa as prioridades definidas de forma representativa. As estratégias e as formas de materialização dos objetivos e metas, assim como os processos correspondentes de coordenação e alocação de recursos, são monitorados e avaliados de forma transparente, fornecendo subsídios para ampliar o grau de eficácia e eficiência das ações desenvolvidas de forma conjunta.

³ **Governança** é definida como a capacidade de ação pública na implantação das políticas e na consecução de metas coletivas, incluindo o conjunto dos mecanismos e procedimentos necessários para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade. No projeto, A governança das redes de atenção à saúde é entendida como capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (BRASIL. 2007d, p. 2).

As premissas acima apresentadas consistem em valores que irão orientar a estruturação de sistemas de saúde integrados em espaços-população específicos, organizados sob a forma de **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde**, cuja estruturação deve-se pautar pelas seguintes diretrizes de organização:

4.2 DIRETRIZES GERAIS:

4.2.1 Territorialização: de todo o conjunto de ações que compõem a política de saúde, mediante o estabelecimento de unidades regionais definidas a partir das relações de interdependência sócio-econômica, cultural e sanitária existentes abrangendo e delimitando uma determinada população de responsabilidade da **Rede Regionalizada de Atenção à Saúde**. Os processos de planejamento, organização, gestão e financiamento das políticas de saúde devem estar fundamentados no conhecimento da realidade regional historicamente construída e expressa em indicadores atualizados de natureza demográfica, socioeconômica, política, epidemiológica e sanitária, ou seja, **espaços-população** determinados. Tais informações e indicadores deverão estar organizados e articulados em modelos que estabeleçam relações causais capazes de orientar e fundamentar a ação do Estado em políticas eficazes para a intervenção na realidade. Sempre que possível, deve-se levar em consideração a análise das relações sociais, políticas e culturais construídas no processo histórico de apropriação do território pela população como parte do processo de conhecimento do espaço regional. A partir do conhecimento das características fundamentais de cada **espaço-população** torna-se possível compreender o ambiente social e geográfico onde estão inseridos os indivíduos e suas famílias, cujo bem-estar consiste no objetivo maior de todo sistema de saúde. Assim, o processo, as estratégias e instrumentos utilizados na **territorialização** devem permitir compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença específicos daquele **espaço-população**. Essa compreensão deve ser a base da definição dos fundamentos do modelo de atenção mais adequado à população para a qual está organizada **Rede Regionalizada de Atenção à Saúde**, permitindo a identificação dos perfis populacionais em termos de situação de saúde e a projeção de soluções adequadas a cada um deles. **A territorialização da política de saúde** pode compreender ainda,

sempre que se verificar necessário, o referenciamento espacial (geo-referenciamento) das estruturas de provisão (unidades de saúde), das informações, indicadores, relações, fluxos, estruturas físicas (transporte, comunicação, energia, serviços, produção, lazer, etc.) e dos equipamentos sociais (escolas, centros de referência da assistência social, tribunais de justiça, etc.) considerados relevantes para o sistema de saúde. Esse processo deve possibilitar a identificação e a compreensão da situação de saúde atual e futura, e a projeção de soluções integradas de política eficazes, eficientes e equitativas. Os processos de intervenção na forma de ações e políticas concretas de saúde adquirem maior eficácia quando fundamentados e direcionados a uma realidade conhecida, cujas características e dinâmica passam a orientar o modelo de atenção à saúde, o planejamento, a programação, a gestão e a governança do sistema. O Pacto Pela Saúde aponta as regiões e macrorregiões com recortes para os Planos Diretores de Regionalização, sendo que nas regiões se tem como meta a resolubilidade até a atenção secundária e na macro a terciária;

4.2.2 Modelo de Atenção: fundamentado na organização do cuidado pela atenção primária, em consonância com os fundamentos da Estratégia da Saúde da Família, forma a garantir a continuidade da atenção, a formação de vínculo terapêutico e a coresponsabilização clínica durante todo o processo de permanência do cidadão na rede de saúde, em seus diversos espaços de atenção. Seus fundamentos devem ser orientados pelas características sócio-econômicas, demográficas, culturais e sanitárias de cada espaço-população para o qual se organiza a Rede Regionalizada de Atenção à Saúde. Sua estruturação se fundamenta: no estabelecimento da estratificação da população/famílias por riscos sócio-sanitários; na vinculação da população às equipes de atenção primária à saúde; na identificação das subpopulações com fatores de risco; na identificação das subpopulações com doenças ou condições estabelecidas por graus de riscos; na elaboração de projetos terapêuticos individuais e projetos de saúde coletivos; no acolhimento aos usuários; na orientação para o auto-cuidado; nas práticas de saúde com trabalho em equipes multi e interdisciplinares; na implementação de Diretrizes de Atenção, partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão e da produção de autonomia; na implementação de linhas de cuidado, protocolos assistenciais e gerenciais correspondentes, entre outras formas, dispositivos, instrumentos e estratégias de

organização e coordenação do cuidado. A atenção primária deve se constituir na porta de entrada efetiva do sistema de saúde a partir da qual se realiza a gestão do cuidado e se estruturam as referências para os demais serviços de maior densidade tecnológica. A mesma é responsável pela orientação dos usuários no acesso aos demais meios diagnósticos e unidades especializadas de forma a garantir a atenção integral. As demais características do modelo de atenção a ser adotado em cada região são específicas e variam de acordo com cada contexto e momento, estando relacionados aos fatores de socioeconômicos e culturais , buscando articular, de maneira singular, diferentes formas de cuidado e intervenção. **A configuração do modelo de atenção deve contemplar a integração entre as ações de saúde de natureza individual e coletiva, assim como a articulação da atenção primária com as diversas políticas de saúde (saúde da mulher, do trabalhador, do homem, etc.) de forma ampliar a transversalidade entre os programas específicos e ampliar o grau de integralidade da atenção.** A atenção primária deve orientar ainda o planejamento de um escopo funcional da oferta das ações especializadas buscando conformar a quantidade, a qualidade e a distribuição geográfica adequada às necessidades da população. A definição da atenção primária com porta de entrada, ou primeiro nível de referência, deve estar estruturado a partir de um processo de adscrição populacional consistente. As informações decorrentes do cadastramento dos usuários devem fundamentar a organização e o planejamento das ações integradas de saúde, o desenvolvimento de estratégias de interação com a comunidade e as famílias, a estruturação de políticas de tecnologias de informação, construção de uma política de regulação integrada ao modelo de atenção, entre outros;

4.2.3 **Intersetorialidade:** representada na articulação com as demais políticas sociais como estratégia para materializar uma concepção ampliada de saúde que considere o acesso articulado e adequado a outros serviços e benefícios sociais como condição de cidadania. A saúde como manifestação de bem-estar social envolve uma série de elementos objetivos e subjetivos que resulta de vários aspectos da inserção social de um cidadão, cuja qualidade requer a ação simultânea de uma série de políticas que são parte dos direitos sociais definidos na constituição. Sendo assim, uma **Rede Regionalizada de Atenção**

à **Saúde** deve abranger a articulação, mediada pelo modelo de atenção, das ações de saúde com as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, entre outras. Torna-se essencial a elaboração e implementação de políticas integradas por meio de ações e projetos intersetoriais com potencial ampliado de inserção social, resgate da cidadania e desenvolvimento econômico, tanto no interior de cada uma das esferas de Estado quanto em uma perspectiva intergovernamental.

4.2.4 Planejamento Estratégico Integrado: regionalmente, estruturado a partir da identificação de prioridades de intervenção definidas com base nas necessidades de saúde da população e voltado para a garantia de acesso à integralidade da atenção com maximização dos recursos disponíveis. Os critérios adotados devem ter como objetivos a formação de estruturas integradas de atenção à saúde funcionais e resolutivas no **espaço-população**. O processo de planejamento deve considerar a redefinição dos padrões atuais de organização da oferta regional de serviços e sua adequação à demanda real expressa pelas necessidades de saúde da população. São fundamentais o diagnóstico consistente da realidade sanitária da região, o levantamento dos recursos assistenciais, técnicos e humanos existentes em cada município, a avaliação das estruturas, processos e fluxos de organização da atenção e a definição de objetivos de médio e longo prazo compatíveis. A formulação de políticas estratégicas de longo prazo deve fornecer os eixos programáticos a partir dos quais os entes envolvidos fixarão os objetivos comuns a serem atingidos, considerando uma avaliação criteriosa das potencialidades e limitações regionais. O estabelecimento de objetivos comuns deve estar relacionado com a correspondente definição das funções a serem exercidas por cada um dos gestores regionais que fundamentará os compromissos coletivos assumidos. O planejamento integrado deverá se orientar pela construção coletiva regional de diagnósticos concretos da situação de saúde, a projeção de um cenário futuro a ser alcançado (imagem-objetivo), a formulação de políticas e planos correspondentes com objetivos e metas, o desenho de estratégias de implementação e intervenção e a construção de processos de monitoramento avaliação. Os processos de planejamento devem buscar articular

recursos e ações para concretizar as características do modelo de atenção definido para cada região, especificamente a diretriz de ordenamento do cuidado pela atenção primária. O estabelecimento da futura configuração da estrutura de serviços de saúde (volume, distribuição territorial, tamanho e natureza das unidades, tipo de serviço, nível de especialização, grau de densidade tecnológica, etc.) deve se pautar prioritariamente em parâmetros de necessidades de saúde (indicadores demográficos, sócio-econômicos, epidemiológicos, etc.), considerando, posteriormente, os parâmetros de economia de escala. O processo de planejamento integrado em âmbito regional deve considerar ainda as formas de articulação entre o modelo de atenção, as estruturas de gestão, as modalidades de financiamento e alocação de recursos e o arcabouço institucional de governança da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde;

4.2.5 Modelo de Co-Gestão: fundamentado em estratégias, instrumentos e mecanismos capazes de proporcionar suporte gerencial suficiente para fornecer materialidade às características da configuração do modelo de atenção. A presença de estruturas de governança regional como os Colegiados Gestores Regionais precisa ser acompanhada de um suporte gerencial consistente capaz de desenvolver atividades de coordenação com flexibilidade e desempenho. As estruturas de coordenação devem envolver a construção de bases organizacionais voltadas para articular recursos, tarefas e decisões dos entes envolvidos para os fins definidos pelo planejamento integrado em âmbito regional, e devem ser exercidas mediante o compartilhamento de funções e atribuições entre os gestores envolvidos. Os elementos de coordenação gerencial (regulamentos, contratos, guias da atenção, sistemas de informação, modelo orçamentário, estrutura organizacional, processos de formação, mecanismos comunicação, etc.) devem estar intrinsecamente associados aos fluxos de organização da atenção de forma a articular a gestão e a produção de saúde em um processo único e indissociável. Essa articulação consiste na base de organização e funcionamento de todos os sistemas setoriais de suporte à coordenação como os sistemas de informação, transporte em saúde, suprimentos e medicamentos, comunicação em saúde, entre outros. A flexibilidade baseada em decisões descentralizadas deve buscar uma sintonia constante com a formação de **uma coordenação regional efetiva**, de forma a manter a funcionalidade do modelo de atenção e do planejamento estratégico

integrado. Essa funcionalidade pressupõe também a associação entre os ambientes intra e interorganizacional, de forma que os modelos de gestão das unidades de saúde devem ser estruturados buscando ampliar a articulação com as linhas de coordenação do modelo de atenção e do processo de coordenação gerencial no âmbito regional. Da mesma forma devem ser estruturados os processos de monitoramento e avaliação de desempenho buscando definir, fixar e vincular as responsabilidades micro-sanitárias (das unidades, gestores e profissionais) com as macro-sanitárias (dos entes federativos e governantes) por meio de instrumentos formais de estabelecimento de objetivos e metas (ex. contratos de gestão). O processo de integração regional pode ser avaliado de forma coletiva pelas três esferas de Estado mediante o estabelecimento de modelos de certificação composto por um conjunto de atributos e indicadores de desenvolvimento da **Rede Regionalizada de Atenção à Saúde** ao longo de um contínuo (completamente fragmentado-plenamente integrado) articulado com um sistema de avaliação de desempenho;

4.2.6 Financiamento Conjunto Intergovernamental: estruturado de forma a reduzir os estímulos à fragmentação, buscando compor incentivos ao compartilhamento de responsabilidades, à continuidade do cuidado, à eficiência da gestão e à equidade. Tendo em vista que os recursos financeiros são um poderoso instrumento de conformação de estruturas e processos, as formas de alocação de recursos e as modalidades de pagamento devem estar alinhadas com o formato do modelo de gestão, as linhas do planejamento integrado e a organização da atenção. Esses formatos devem buscar fortalecer as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na gestão, no planejamento e na atenção. A alocação dos recursos de custeio no **espaço-população** da Rede deve se pautar por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, enquanto as modalidades de pagamento devem estar conformadas como estímulos institucionais à continuidade da atenção, ao compartilhamento de responsabilidades e ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. Da mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que devem se pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional

de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Investimentos das Regiões;

4.2.7 Modelo de Governança: estruturado de forma a proporcionar estabilidade e unicidade ao processo decisório e bases institucionais sólidas para os processos de gestão e atenção. A governança está associada à definição de marcos institucionais que regulam as relações de longo prazo entre os atores envolvidos, ou seja, aos processos macro-políticos. A unicidade de comando político formado a partir de consensos democráticos é um fundamento essencial no processo de integração regional, o que permite construir linhas de decisórias coerentes para fundamentar os processos de co-gestão, planejamento integrado e organização da atenção. Logo, as estruturas de compartilhamento decisório regional devem adquirir maior institucionalidade, sendo estabelecidas como lócus privilegiado para uma série de decisões de relevância, e sustentada com maior capacidade de gestão. Da mesma forma, um modelo efetivo de governança para as **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde** deve enfrentar as questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, entre outros. O modelo de governança deve se fundamentar na busca pela materialização dos pressupostos constitucionais de compartilhamento efetivo de atribuições federativas e preponderância do valor público sobre os interesses privados. Sendo assim, um modelo de governança concreto exige o fortalecimento do Estado, tanto internamente (relações intergovernamentais e estrutura de organização), quanto em suas relações com o mercado, uma vez que a integração em rede pressupõe o exercício das prerrogativas regulatórias da função pública. Esse exercício pressupõe a definição de marcos regulatórios capazes de introduzir uma agenda de reestruturção das bases institucionais que ampliem a estabilidade do processo de integração no **espaço regional**: a análise constante do comprometimento dos entes federativos com o aporte suficiente de recursos legalmente destinados ao setor, a definição de marcos de incorporação de tecnologia, o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), de critérios de incorporação da oferta complementar, de formatos de exercício das funções de Estado em Saúde com padrões

de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros. As relações federativas são um componente central no modelo de governança, o que requer um tratamento especial: para a construção de **uma Rede Regionalizada de Atenção à Saúde** torna-se fundamental a definição de compromissos macro-sanitários expressos formalmente em instrumentos como contratos públicos intergovernamentais, ou equivalentes, de forma a ampliar a estabilidade das relações políticas e à interdependência no porte dos recursos. As instâncias e arranjos de governança nas regiões são os Colegiados de Gestão Regional e nas macrorregiões os Colegiados Macrorregionais ou as Comissões Intergestoras Bipartite (CIBs) com suas Câmaras Técnicas e coordenações executivas;

4.2.8 Participação e Controle Social: ampliados de forma a possibilitar sua potencialização tanto no processo de formação de vontade política (definição de prioridades em conferências) e garantia da vocalização dos interesses plurais, quanto no exercício de suas prerrogativas constitucionais de controle social. As estruturas locais e estaduais de controle social podem desenvolver mecanismos e instrumentos de articulação às instâncias de gestão regional com o Colegiado Gestor Regional para desempenhar suas funções de democratização do processo de regionalização. Esse processo de articulação pode envolver também a disseminação de instrumentos inovadores de controle social como fóruns regionais, ouvidorias, auditorias, disquesaúde, pesquisas de satisfação do usuário, etc, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de avaliação monitoramento das políticas de saúde. São considerados importantes também as estratégias e mecanismos de democratização e transparência dos espaços intra-organizacionais como as unidades de saúde com potencial de discussão de novos processos de trabalho e modelos de organização. Da mesma forma, a articulação dos conselhos de saúde com órgãos dos Poderes Judiciário e Legislativo, assim como com entidades da sociedade civil organizada voltadas para a promoção da transparência das ações públicas devem ser incentivadas e valorizadas;

As premissas e diretrizes para a institucionalização de um modelo de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, aqui proposto, representam os fundamentos que orientam a construção de **sistemas integrados de atenção à saúde no espaço regional,**

devem ser adequadas as especificidades e singularidades sanitárias, sócio-econômicas e políticas de cada região, sem perder a coerência com os princípios da reforma sanitária, cujas formas de organização, gestão e governança deverão oferecer bases para a resolução dos obstáculos de estruturais de consolidação do SUS, reduzindo seus elementos de fragmentação. As estratégias, instrumentos e mecanismos para tal organizados a partir do presente marco serão definidos em agendas específicas de curto e médio prazo.

5. AGENDA TRIPARTITE PARA DISCUSSÃO

O processo de implantação de redes regionalizadas de atenção à saúde requer a definição de uma agenda concomitante das esferas de gestão do SUS que possibilitem construir bases sólidas para a implementação das **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde** no SUS. Esta agenda abrange as principais questões relativas ao processo de consolidação institucional do SUS como política pública de saúde, dentre as quais, ressaltamos as seguintes:

- 1. Ampliação da Resolutividade e Estratégias de Fortalecimento da Capacidade da Atenção Primária, fundamentada na Estratégia da Saúde da Família, como coordenadora do cuidado;***
- 2. Implementação de Territórios Integrados de Atenção à Saúde;***

3. *Reestruturação dos Serviços de Apoio Diagnóstico, da Atenção Especializada e Hospitalar;*
4. *Implementação de Linhas de Cuidado a partir das Prioridades definidas no PACTO PELA SAÚDE e da Política de Regulação;*
5. *Implementação de ações da Política de Promoção à Saúde nas regiões e macrorregiões definidas no processo de territorialização;*
6. *Desenvolvimento do suporte logístico às redes;*
7. *Implementação dos dispositivos e instrumentos da Política Nacional de Humanização;*
8. *Revisão dos Atuais Mecanismos de Transferências Financeiras Federais e Modalidades Incentivo e de Pagamento à Prestadores;*
9. *Fortalecimento e Qualificação da Gestão Regional;*
10. *Políticas para a Valorização dos Trabalhadores e Gestores/Gerentes do SUS;*
11. *Aprimoramento de Modelos Intraorganizacionais de Gerência adotados no SUS;*
12. *Revisão do Arcabouço Jurídico que fundamenta a organização do SUS.*

6. PROPOSTA DE METODOLOGIA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A implementação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde é complexa e deve estar fundamentada em uma metodologia construída com os atores implicados, uma vez que esses são autônomos e estão inseridos em dinâmicas locais e regionais específicas. Sendo assim, a construção coletiva e pactuada busca fortalecer a aliança entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde. Práticas verticalizadas e normativas rígidas são antagônicas à proposta de construção e gestão coletiva de projetos para a consolidação do SUS.

Essa forma de construir processos de organização da política de saúde é motivada pela novo formato de relações intergovernamentais instituído por meio do PACTO PELA SAÚDE, que resgatou a natureza concorrente e compartilhada de desempenho de funções públicas presentes no arcabouço de governança do SUS e na Constituição de 1988.

Nessa linha, a ação do gestor federal se coloca de uma nova forma buscando compor um papel articulador de forças e recursos, construtor de consensos, impulsionador de inovações e provedor de recursos técnicos e gerenciais considerados estratégicos.

Assim, o gestor federal orienta sua ação para compatibilizar as diferentes percepções dos atores envolvidos, fortalecer a estabilidade política do sistema, proporcionar incentivos alinhados à construção de novas experiências e disponibilizar instrumentos e técnicas inovadoras para estados e municípios. Portanto, o gestor federal atua como um **apoiador** de movimentos de regionalização construídos pelo trabalho coletivo dos demais atores e instituições envolvidas.

Essa forma de atuação, compatível com as responsabilidades da União no Termo de Compromisso de Gestão Federal, resulta em metodologia de desenvolvimento e organização das atividades relativas à formação de redes fundamentada em **cinco núcleos**: (1) os princípios metodológicos, (2) a natureza e atuação dos grupos de condução, (3) as etapas de desenvolvimento, (4) os instrumentos orientadores e (5) a organização das oficinas.

6.1 PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS

Os princípios metodológicos gerais são os fundamentos que definem as estratégias de atuação e de organização do Ministério da Saúde em todo o processo de organização de uma Rede de Atenção à Saúde - RAS em uma determinada região de saúde, denominada de “campo de prática”:

- a) **Composição Interfederativa e Intragovernamental:** tanto o desenho das estratégias maiores, relativas à elaboração de documentos-base e dos processos de formação, quanto a definição das equipes de trabalho de cada campo de prática, busca articular os diversos acúmulos e representar os diferentes interesses presentes na arena política do SUS. A natureza interfederativa é garantida pela presença constante de representantes do MINISTÉRIO, do CONASS e do CONASEMS, enquanto a composição intragovernamental se expressa nas várias áreas de política de saúde que compõem o Ministério e as secretarias de saúde estadual e municipal envolvidas;
- b) **Implicação de Gestores, Trabalhadores e Sociedade Civil:** o público que compõe as reuniões de trabalho e as oficinas de atividades é composto por atores com diversos

olhares, uma vez que somente o engajamento de todos produz resultados concretos e duradouros;

- c) **Desenvolvimento Matricial das Atividades e Articulação de Competências:** cada um dos grupos de condução busca articular profissionais com competências diferenciadas e provenientes de unidades com atribuições diferentes dentro do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde estadual e municipal envolvidas;
- d) **Planejamento metodológico e avaliação participativa e formativa de todo o processo de apoio:** as várias atividades de apoio devem ser devidamente planejadas e organizadas, definindo os objetivos das mesmas, seus produtos e conjunto de tarefas e recursos necessários à realização de cada uma das etapas. O processo sistemático de avaliação das atividades e de seus resultados se constitui em dispositivo de aprendizagem institucional e do grupo de condução.

A partir desses quatro princípios metodológicos, são definidas a organização e a forma de atuação dos grupos de condução, assim como o formato de desenvolvimento das atividades de apoio, a natureza dos instrumentos orientadores e o escopo das diretrizes de organização das oficinas.

6.2 OS GRUPOS DE CONDUÇÃO

O processo de apoio institucional aos estados e municípios relacionados a cada uma das regiões de saúde se iniciaria partir de demanda dos atores envolvidos. A proposta metodológica de organização para o apoio à implementação de uma RAS em uma região envolveria a constituição de um grupo técnico permanente tripartite, formado por representantes do Ministério da Saúde, de CONASS e CONASEMS, denominado de **Grupo de Condução Tripartite** com apoio de **Áreas Estratégicas Complementares de Apoio**, tanto do MS como das SESs e SMSs.

a) **Grupo de Condução Tripartite:** esse consiste na equipe de referência para a condução do processo de sistematização, organização, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de um “campo de prática”. Sua composição envolve 03

(três) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde, 02 (dois) representantes da Secretaria Executiva, 01 (um) representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 01 (um) representante da Secretaria de Vigilância Sanitária, 02 (dois) representantes do CONASS e 02 (dois) representantes do CONASEMS. Cada um dos entes e unidades envolvidas teria ainda um suplente. As atribuições do **Grupo de Condução Tripartite** envolvem responsabilidades de formulação e desenvolvimento das atividades do campo prática, tais como a ativação dos atores, a articulação de competências e informações, a negociação com estados e municípios e outras áreas do MS, SESs, SMSs, entre outros;

b) Áreas Estratégicas de Apoio: A partir da realização de cada uma das etapas de desenvolvimento das atividades, o **Grupo de Condução Tripartite** analisa a necessidade de lançar mão de novos conhecimentos, técnica e práticas para ampliar o potencial de expansão e consolidação da RAS. Esses são agregados ao processo de trabalho mediante a inserção de unidades de política do Ministério e das secretarias de saúde dos estados e dos municípios, denominadas de **Áreas Estratégicas de Apoio**. Seu escopo de composição e momento de inserção é bastante variável e depende da dinâmica do processo de desenvolvimento de cada “campo de prática”. Suas atribuições estão relacionadas ao conjunto de competências demandas e à orientação definida no GC, que buscará articular cada área complementar no âmbito do **Plano de Organização da RAS** de cada “campo de prática”.

c) Grupo de Condução Regional: é o Ator responsável pelas atividades formulação do **Plano de Organização da Rede de Atenção**, deve ser composto por indicações do Colegiado de Gestão Regional, da SES e do COSEMS, contará com apoiadores do MS e da instituição formadora parceira, preferencialmente das Escolas de Saúde Pública dos Estados. Uma vez que as atividades de apoio do Ministério da Saúde estão sempre voltadas para apoio a modelagem de uma experiência de Rede de Atenção, por unidade federada, torna-se extremamente relevante o comprometimento das Escolas de Saúde Pública e/ou de Governo dos estados ou da instituição de formação parceira da SES em todo processo. O engajamento dessas instituições permitirá a replicação posterior de todo processo institucional nas regiões não contempladas na primeira fase.

6.3 O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

O apoio à implementação/qualificação das RAS em uma Região de Saúde específica é um processo de desenvolvimento institucional, onde os atores envolvidos reconhecem a necessidade de aprofundar a interdependência existente a partir do trabalho coletivo estrategicamente planejado.

Logo, o desenvolvimento das atividades deve estar estruturado para construir relações de convergência de esforços e recursos e de aprimoramento técnico e gerencial de maneira concomitante. Cada etapa se estrutura em movimentos de absorção, resignificação e desenvolvimento conjunto de novas técnicas, estratégias, instrumentos e formas de organização do sistema regional de saúde e de aprofundamento das relações de confiança por meio da afirmação da responsabilidade com os objetivos coletivos elaborados.

Assim, cada etapa é tanto um momento técnico quanto político, onde os atores implicados se engajam no compromisso de redefinir e aperfeiçoar os sistemas locais de saúde em uma estrutura regional de provisão de ações e serviços de saúde integrada de forma funcional.

O momento inicial desse processo é o de *Articulação, Sensibilização e Pactuação de Compromissos entre os Atores*, onde o apoio do Ministério da Saúde é desencadeado a partir de demanda do gestor estadual, em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado correspondente (COSEMS). O processo de discussão deve evoluir com o envolvimento dos Conselhos de Gestão do SUS e eventos com usuários e trabalhadores. Propõe-se a criação de uma agenda inicial de atividades integrada e pactuada entre SES e ESP, COSEMS e MS, considerando o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Plano Estadual de Saúde. O produto esperado nesta fase é uma resolução da SES, instituindo o **Grupo de Condução Regional** da implementação da RAS ou a formalização do apoio do MS ao processo.

Esse momento representa o passo inicial de apoio à implementação/qualificação das **RAS**, que desencadeia um processo participativo para o desenvolvimento de atividades e oficinas no campo de prática de uma dada região de saúde. Cada uma das oficinas produz desdobramentos em termos de compromissos e produtos que integrados produzem um capítulo temático do plano. Assim, o primeiro capítulo consiste na

explicitação dos compromissos e definição das responsabilidades entre os entes envolvidos no processo.

Uma vez definido o compromisso coletivo, acorda-se um cronograma para o desenvolvimento de 03 (três) conjuntos consecutivos de oficinas de trabalho com momentos de concentração e dispersão, assim como produtos correspondentes.

CONJUNTO DE OFICINAS 1: Análise da Situação de Saúde, da Capacidade Instalada, do Plano de Atenção à Saúde e do Sistema de Governança da Região, com Revisão do Plano Diretor de Regionalização (onde for pertinente):

Esse conjunto de oficinas busca elaborar, onde for pertinente, uma avaliação do atual momento de configuração e dinâmica tanto da conjuntura epidemiológica e sanitária da região quanto do sistema de saúde em suas múltiplas dimensões. O objetivo consiste em mapear as linhas estratégicas de atuação para a conformação das características futuras desejadas do sistema de saúde em termos da atenção, da gestão e da governança. Esse conjunto é composto por oficinas com as seguintes temáticas cada uma respectivamente:

- ✓ **Análise da Situação de Saúde:** dados demográficos, perfil sócio-econômico, determinantes sociais das doenças, curvas de mortalidade, morbidade hospitalar e por Doenças de Notificação Compulsória e outras informações epidemiológicas. Identificação dos recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos que tenham identidades culturais, econômicas, sociais, e redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde, em consonância com as diretrizes de regionalização do Pacto Pela Saúde;
- ✓ **Análise da Configuração e Funcionamento da Atenção:** atenção básica, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), da atenção especializada e hospitalar, fluxos assistenciais, PPI e dados gerenciais das redes de atenção;
- ✓ **Avaliação do Suporte de Apoio Logístico da Rede:** complexo regulador, cartão nacional de saúde, prontuário eletrônico; sistema de transportes sanitários cooperativos e eficazes (de usuários e resíduos de serviços de saúde), sistema de gestão de suprimentos, manutenção predial e de equipamentos, identificação das instituições de ensino em saúde para integração com a região de saúde; e

- ✓ **Avaliação do Sistema de Governança:** instâncias de gestão da região, Colegiado de Gestão Regional, agendas de trabalho câmaras técnicas, grupos de trabalho, organização e funcionamento da secretaria executiva do CGR, processos e instrumentos de gestão, etc.

Espera-se como **produtos** desse processo o **diagnóstico consolidado da região de saúde** elaborado nas oficinas acima descritas e, onde for pertinente, uma **resolução da CIB** do estado contendo as disposições para a revisão do PDR.

Conjunto de Oficinas 2: O Planejamento da Configuração Futura da Região de Saúde

Esse conjunto de oficinas permite projetar o desenho ideal da organização e da dinâmica do sistema de saúde integrado regionalmente com os atores envolvidos na análise das informações levantadas no Conjunto de Oficinas 1. O objetivo desse segundo conjunto de atividades consiste em delinear as linhas de estratégia para compor os planos setoriais de redefinição das características atuais do sistema regional de saúde, com a formulação de indicadores desejados e a programação de ações correspondentes.

Esse conjunto é composto por oficinas com as seguintes temáticas:

- ✓ **Proposição da Situação Desejada:** diretrizes do modelo de atenção, gestão e governança tendo como centralidade o *fortalecimento da atenção primária à saúde, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, os sistemas de apoio diagnóstico terapêutico, a implantação do complexo regulador da região e a estruturação da gestão regional da rede;*
- ✓ **Elaboração dos Planos Operativos para a Implementação e/ou Qualificação da Rede de Atenção à Saúde:** a partir do diagnóstico realizado no primeiro conjunto de oficinas e dos objetivos delimitados na oficina de situação desejada, busca-se construir planejamentos setoriais capazes de orientar a ação dos atores em termos das funções a serem desempenhadas por cada um, os recursos e competências a serem alocados, as responsabilidades pactuadas, a forma de interação, as programações setoriais, os cronogramas, as metas, etc.;

- ✓ **Atualização/elaboração do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e PPI da Região:** uma vez desenhados planos setoriais e as linhas de atuação dos envolvidos, torna-se essencial produzir um levantamento de novos investimentos necessários para que seja possível obter a configuração desejada de integração regional das ações e serviços de saúde. Nessa oficina, busca-se levantar quais são os investimentos, como eles contribuem para a consecução dos planos setoriais, quais as alternativas possíveis a cada um deles, qual seria o cronograma de implantação, qual a estratégia de obtenção dos recursos necessários, etc.;
- ✓ **Análise dos Aspectos do Financiamento e Orçamento:** uma vez levantados os investimentos necessários à configuração desejada do sistema, busca-se analisar quais os impactos em termos de custeio futuro e das possíveis estratégias de gestão financeira, orçamentária e de aquisição de bens e serviços para fornecer suporte adequado de sustentação da nova estrutura. São analisadas a estrutura de receitas e despesas dos municípios, seu modelo de gestão orçamentária (PPA, LDO e LOA), os instrumentos de controle e custos, os sistemas de compras e aquisição, gestão de pessoal etc.

Espera-se como **produto** desse processo o desenvolvimento de uma estratégia de reconstrução dos sistemas de saúde para um modelo integrado composta pela situação desejada, os planos operativos correspondentes, os investimentos necessários e a sustentabilidade de gestão.

Conjunto de Oficinas 3: Fortalecimento do Colegiado de Gestão Regional (CGR) responsável pela Implementação do Plano e sua sistemática de monitoramento e avaliação:

Nesse terceiro bloco de oficinas o objetivo é projetar e desenvolver a estrutura institucional de suporte político capaz de conduzir de forma adequada todo o conjunto de decisões em um processo coerente com os compromissos assumidos nas oficinas anteriores. São oficinas com as seguintes temáticas:

- ✓ **Desenvolvimento do sistema de monitoramento e avaliação do plano;**

- ✓ **Constituição/aperfeiçoamento das Câmaras Técnicas permanentes do CGR;**
- ✓ **Pactuação no CGR do sistema de governança da rede de atenção da região;**
- ✓ **Estruturação dos processos de formação para gestores e equipes técnicas das secretarias de saúde envolvidas no apoio à implementação/qualificação de Redes de Atenção à Saúde.**

Espera-se com produto desse conjunto de oficinas uma estratégia de constituição do CGR como instância de governança da rede instituído, com sistema de monitoramento e avaliação do Plano definido e Câmaras Técnicas efetivadas e funcionando.

6.4 A ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS

O detalhamento das **atividades e metodologia** do processo de apoio à implementação de redes em conjunto com os gestores estaduais e municípios são os momentos essenciais de encontro para o desenho das estratégias conjuntas de ação e a pactuação de responsabilidades. Para cada atividade ou oficina de trabalho deve-se:

- ✓ Apresentar roteiros, textos de apoio e documentos relativos à rede de atenção elaborados para ser distribuídos aos participantes;
- ✓ Apresentar e discutir os conceitos envolvidos na etapa;
- ✓ Ter como público alvo membros do CGR, técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde, do nível central e regional e profissionais de equipe das unidades de saúde da região da atenção primária, especializada, hospitalar e vigilância sanitária;
- ✓ Explicitar e contratar compromissos e responsabilidades dos participantes;
- ✓ Programar as etapas da atividade/oficina considerando os produtos esperados;
- ✓ Articular o trabalho da dispersão de modo a envolver as equipes da SES e SMS,
- ✓ Realizar avaliação final da atividade/oficina bem como dos produtos da dispersão.

- ✓ Garantir sistema de comunicação para os participantes do processo, que consistem em instrumentos registro, de transferência de dados e interação entre as equipes de trabalho, como fóruns de debates on-line, grupos de e-mails, blogs, portfólio de atividades, etc.

7. BIBLIOGRAFIA

ABRÚCIO, F. L. A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PERÍODO FHC E OS DESAFIOS DO GOVERNO LULA. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 41-67, 2005.

ALVES, G. DO “NOVO SINDICALISMO” À “CONCERTAÇÃO SOCIAL”: ASCENÇÃO (E CRISE) DO SISNDICALISMO NO BRASIL (1978-1998). **Revista de Sociologia e Política**, n. 15, p. 111-124, 2000.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 43, n. 6, p. 431-458, 2002.

BELUZO, L. G. O paradoxo da credibilidade. **Política Econômica em Foco**, n. 2, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria N. 325, de 22 de fevereiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos: 2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, **Série Pactos pela Saúde 2006**, 2007a.

_____. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 15 de jul. 2007b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Federal. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, **Série Pactos pela Saúde 2006**, 2007c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – QUALISUS-REDES, 2007d.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, **Série Pactos pela Saúde 2006**, volume 1, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8.080**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8.142**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

CAMPOS, G. W. S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de usos e a democracia em instituições: o Método da Roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: A luta do CEBES.** Lemos Editorial, 1997.

CHORNY, A. H. Planificación in Salud: viejas ideas en nuevas ropajes. **Cuadernos Médicos-Sociales**, n. 73, 1998.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Oficina de Redes de Atenção no SUS: Guia do Facilitador.** Brasília: CONASS, 2008.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, suplemento, p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, 907-923, 2002.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. (Org). **O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC.** Brasília: ENAP, 2002.

DINIZ, E. **GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS ECONÔMICAS E ELITES EMPRESARIAIS: Brasil anos 1990.** Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 43, p. 62-78, 2008.

FLEURY, S.; MAFORT, A. L. M. **Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde.** Rio de Janeiro: FGV, 2007.

_____. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

_____. A Seguridade Social e os dilemas da inclusão social. **Revista de Administração Pública**, v. 39, n. 3, p. 449-469, 2005.

_____. **CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL**. Seminário “Cuidadania y Desarrollo Humano”, PNUD, Bogotá, 2005.

_____. **ESTADO SEM CIDADÃOS: Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA E AMPASA). **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 20, v. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. **Hygeia**, v. 2, n.3, p. 35-46, 2006.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA – IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2008.

KUSCHNIR, R. **A Construção da Regionalização: Nota Técnica sobre O PACTO PELA SAÚDE**. Versão preliminar, Rio de Janeiro, ENSP, 2007.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. *et. al.* **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2005.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LOPREATO, F. O Endividamento dos Governos Estaduais nos anos noventa. **Economia e Sociedade**, n.15, dez 2000.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. POLÍTICA E BUROCRACIA NO PRESIDENCIALISMO BRASILEIRO: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. , n. p. , 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. **Pesquisa Debate**, v. 12, n.1, p. 65-91, 2001.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MELO, M. A. **Federalism, Hyperconstitucionalization, and Constitutional Reforms in Brazil**. Trabalho preparado para o Congresso Internacional da International Political Science Association, Fukuoka, 2006.

MENDES, E. V. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Belo Horizonte, mimeo, 2007.

NICOLETTO, S. C. F.; CORDONI Jr, L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais

de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.2, p. 56-69, 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Documento de Trabajo.VII Foro Regional – Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: out. 2007.

PACHE, D. F. *et al.* Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. **SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADORA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, N. R. **TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS.** Brasília, 6ª Versão, mimeo, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. **Revista do CONASEMS**, jan. 2008.

SOUZA, C. FEDERALISMO, DESENHO CONSTITUCIONAL E INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS NO BRASIL PÓS-1988. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 105-121, 2005.

TAVARES, M. C. **Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. **Projeto Economia da Saúde – Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido**. Relatório de Pesquisa, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP. **O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil**. Campinas: UNICAMP, Caderno n. 46, 2000.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.