



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA DE FÁTIMA VALVERDE DREYER

**UMA PROPOSTA PARA O PLANEJAMENTO
REGIONAL DO SUS**

Salvador
2010

MARIA DE FÁTIMA VALVERDE DREYER

**UMA PROPOSTA PARA O PLANEJAMENTO
REGIONAL DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Salvador
2010

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

D778p Dreyer, Maria de Fátima Valverde.

Uma proposta para o planejamento regional do SUS / Maria de Fátima Valverde Dreyer. Salvador: M.F.V.Dreyer, 2010.

173 f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Regionalização. 3. Planejamento Estratégico. 4. Planejamento em Saúde. 5. Gestão em Saúde. I. Título.

CDU 614.2

MARIA DE FÁTIMA VALVERDE DREYER

**UMA PROPOSTA PARA O PLANEJAMENTO
REGIONAL DO SUS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva
Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

APROVADA EM 02 DE AGOSTO DE 2010

Banca Examinadora

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha - Orientadora _____

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
(2003).

Ana Luíza Queiroz Vilasbôas _____

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da
Bahia (2006).

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes _____

Doutora em Administração pela Escola de Administração da Universidade Federal da
Bahia (2000).

Salvador
2010

Dedico este trabalho ao Mestre Maior.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades, pelos caminhos, por essa mágica chamada vida!

Aos meus pais, Manoel e Odete, meus amados! Meus tesouros!

Aos meus irmãos queridos, verdadeiros presentes e exemplos: Lúcia, pela firmeza em trilhar a vida! Lito, pela certeza da constância do seu afeto! Nide, pela força e perseverança em sua vida! Tonho, pela ponderação, ao mesmo tempo séria e dócil! Jorge, pela capacidade de transformar a sisudez do homem maduro na alegria de um menino maroto! Paulo, pelo mesmo carinho, desde criança! Sérgio, pela insistência em buscar ser feliz!

A minhas cunhadas, pela convivência, sempre tão fraterna!

Aos sobrinhos queridos e seus filhotes, filhos também meus, pelo aprendizado, pela alegria das vidas renovadas!

A minha afilhadinha Nana, por se tornar razão, pretexto, motivo de continuar no caminho perene das tentativas de acertar.

A Antônio Dreyer, Luíza Menezes, Maurício Barreto e Emília Sena, pela parte importante que fizeram em um dado momento dessa minha caminhada.

Ao Professor querido Jairnilsom Paim, pela minha iniciação a uma maneira diferenciada e definitiva de encarar a minha profissão.

A Washington Abreu, por se encontrar no momento certo na minha vida, me dando as ferramentas acertadas e necessárias para retomar uma etapa inacabada.

Aos especiais companheiros da Assessoria de Planejamento da SESAB, pelo apoio paciente e compreensivo. Chaider, Tásio, Dani e Wilker: obrigada pela ajuda, em momentos tão cruciais!

À Profa. Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, pela sua valiosa e encorajadora contribuição nesse 'reinício', mas, principalmente, pela sua leveza, simplicidade, tornando tão doce e generosa sua orientação.

À Profa. Dra. Ana Angélica Rocha, por me conduzir ao fio da meada dessa proposta.

Aos colegas de turma do Mestrado, tanto da Epidemiologia como da Gestão, pelo incentivo e solidariedade. Matary, obrigada pela cumplicidade, pela troca, pela amizade que ganhei.

Aos professores e funcionários do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pelo apoio pedagógico e administrativo.

A todos os amigos que fizeram e fazem parte da minha história, pela força, pela ajuda, pela compreensão e pela paciência, contribuindo assim para que este trabalho pudesse ser realizado.

Tendemos a nos orgulhar do que talvez devesse nos envergonhar: de viver numa época “pós-ideológica” ou “pós-utópica”, de não nos preocuparmos com uma visão coerente de boa sociedade e de ter trocado a preocupação com o bem público pela liberdade de buscar satisfação pessoal. E, no entanto, se pararmos para pensar por que essa busca de felicidade na maioria das vezes não consegue produzir os resultados que esperamos e por que o sabor amargo da insegurança torna a bênção menos doce do que nos disseram que seria, não iremos longe sem trazer de volta do exílio ideias como a do bem público, da boa sociedade, da igualdade, da justiça e assim por diante – ideias que não fazem sentido senão cuidadas e cultivadas na companhia de outros.

Bauman

DREYER, Maria de Fátima Valverde. Uma proposta para o planejamento regional no SUS. 173 p. il 2010. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

RESUMO

Com o objetivo de compreender alguns dos grandes desafios vividos hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS), três aspectos importantes na gestão desse sistema serão abordados neste trabalho: a descentralização, a regionalização e o planejamento. Ao buscar passos que levem ao alcance de soluções para esses desafios, situando os aspectos com que o planejamento vem se desenhando no processo da gestão deste Sistema, por meio da prática ou do arcabouço normativo, constatamos que a articulação almejada entre os entes federados, por meio de um planejamento ascendente, não pode deixar de ser considerada para a consolidação do SUS, em um quadro da regionalização permeado por diversidades e dificuldades. É nesse panorama que os espaços regionais de gestão colegiada surgem, como alternativa viabilizadora do planejamento na gestão regionalizada. Para retratar o entrelaçamento: descentralização, regionalização e planejamento, procurando entender as várias correntes teórico-metodológicas que vêm orientando esse conjunto de práticas, foi realizada revisão de literatura, revisitando-se conceitos, bem como do arcabouço normativo destes três aspectos no país. A partir dos limites e desafios da operacionalização das normatizações e instrumentos planejadores da regionalização, o estudo propõe uma metodologia de planejamento nos Colegiados de Gestão Regional, objetivando fortalecer a gestão neste âmbito, buscando a cooperação e compartilhamento entre gestores, de forma dialogada e consensuada. A modelagem metodológica, elaborada em consonância com os pressupostos básicos do PlanejaSUS, com os instrumentos de planejamento estadual e municipal e instrumentalizada com o planejamento estratégico-situacional, o planejamento comunicativo e analítico institucional, bem como com alguns aspectos da administração estratégica, tem como eixo estruturante a busca por um produto que configure a identidade do grupo, como espaço regional, sem perder de vista o caráter dinâmico e solidário que deve permear uma gestão compartilhada e que venha a contribuir para a conformação de uma nova roupagem para a regionalização no âmbito estadual.

Palavras-chave: SUS – Regionalização. Planejamento estratégico-situacional. Planejamento Comunicativo. Colegiado de Gestão Regional.

DREYER, Maria de Fátima Valverde. A proposal for the regional planning of the Brazilian Public Health System (SUS). 173 pp. ill 2010. Master Dissertation - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

ABSTRACT

In order to understand some of the big challenges the Brazilian Single Health System (SUS) faces today, three major aspects in that system's management are covered in this paper: decentralization, regionalization and planning. By seeking the steps leading to the solutions for such big challenges, and by locating the aspects with which planning has been developed in that System's management process, through the practice or normative framework, we have found that the question of the requested articulation among the Federation entities through an ascending planning, must be taken into account for the consolidation of the SUS system. Thus, the scenario of diversities and difficulties of SUS' regionalization finds the collegiate management regional spaces as an enabling alternative. By seeking aspects picturing the interlaced decentralization, regionalization and planning, and understanding the different theoretical-methodological streams that have been guiding that set of practices, the literature review was made, revisiting concepts, as well as the normative framework of those three aspects in Brazil. From the management limits and challenges of the standardizations and planning instruments of regionalization, the study proposes a planning methodology in the Regional Management Collegiates among managers, in a dialogued and agreed-upon manner. The methodological modeling, made in compliance with the basic presuppositions of PlanejaSUS, with the instruments of State and Municipal planning and qualified with the strategic-situational planning, the communicative and analytical-institutional planning, as well as with some aspects of the strategic administration, has as its center line the search for a product configuring the group's identity as a regional space, not losing sight of the dynamic and joint character.

Keywords: SUS – Regionalization. Strategic-situational planning. Communicative planning. Regional Management Collegiate.

LISTA DE QUADROS

Quadro – 1	Alguns elementos caracterizadores das regiões, de acordo com as formulações convencionais e não convencionais	33
Quadro – 2	Aspectos relacionados à regionalização, no processo de descentralização da saúde no Brasil	35
Quadro – 3	Linha do tempo das normatizações do SUS na contextualização da descentralização, da regionalização e do planejamento	36
Quadro – 4	Linha do tempo do movimento dos entes federados na contextualização da descentralização, regionalização e planejamento do SUS	37
Quadro – 5	Movimentos do planejamento com seus principais aspectos/determinantes por localidade, com enfoque no Brasil, segundo o período.	42
Figura – 1	Diagrama de Sistema de Saúde	85
Figura – 2	A visão territorial da microrregião de saúde, enquanto nível de gestão do sistema.	97
Quadro – 6	Alguns critérios de priorização mais adequados à ambiência regional e colegiada dos métodos de abordagem e aplicação	123
Quadro - 7	Matriz SWOT	126
Quadro - 8	Matriz GUT	127
Quadro - 9	Matriz de Avaliação de Fatores Externos	129
Quadro- 10	Matriz de Avaliação de Fatores Internos	129
Quadro - 11	Matriz de Desempenho Competitivo	129

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
AIS	AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE
ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
CEBES	CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
CENDES	CENTRO DE ESTUDOS DO DESENVOLVIMENTO DA UNIVERSIDADE CENTRAL/VENEZUELA
CEPAL	COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA
CGR	COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL
CIB	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CIMS	COMISSÕES INTERINSTITUCIONAIS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CIPLAN	COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO
CIS	COMISSÕES INTERINSTITUCIONAIS ESTADUAIS DE SAÚDE
CIT	COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CONASEMS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASP	CONSELHO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PREVIDENCIÁRIA
CONASS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CONFERES	CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE
COSEMS	CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CPM	COMPETITIVE PROFILE MATRIX
CPPS	CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICAÇÃO DE SAÚDE
CRIS	COMISSÕES INTERINSTITUCIONAIS REGIONAIS DE SAÚDE/ CADERNOS REGIONAIS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE
EC	EMENDA CONSTITUCIONAL
EFE	EXTERNAL FACTOR EVALUATION
ERP	ESTIMATIVA RÁPIDA PARTICIPATIVA
FCS	FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO
GED	GRUPO ESPECIAL DE DESCENTRALIZAÇÃO
GESPÚBLICA	PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO PÚBLICA E DESBUROCRATIZAÇÃO
GUT	GRAVIDADE/ URGÊNCIA/TENDÊNCIA
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IFE	INTERNAL FACTOR EVALUATION
ILPES	INSTITUTO LATINO-AMERICANOS DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL
MDC	MATRIZ DE DESEMPENHO COMPETITIVO
M&A	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
MEC	MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA
MPAS	MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOAS	NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOB	NORMA OPERACIONAL BÁSICA
OEA	ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPS/OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PAB	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA
PAS	PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE
PES	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM SAÚDE/PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
PDI	PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO
PDR	PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
PESS/NEPP/ UNICAMP	PROGRAMA DE ESTUDOS EM SISTEMAS DE SAÚDE/NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS/UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
PLANEJASUS	SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS
PMS	PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
PNS	PLANO NACIONAL DE SAÚDE
POI	PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO INTEGRADA
PPA	PLANO PLURIANUAL
PPI	PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA
PREV-SAÚDE	PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE
PRM&A	PLANO REGIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
PRO-ADESS	PROJETO DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO
PRS	PLANO REGIONAL DE SAÚDE
PS	PLANO DE SAÚDE
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RAG	RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO
SAMHPS	SISTEMA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SES	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SPT/2000	SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000
SUDS	SISTEMA UNIFICADO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SWOT	STRENGTHS-WEAKNESSES / OPPORTUNITIES-THREATS
TCGE	TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL
TCGM	TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
PARTE I - A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO NO SUS: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS, NORMATIVOS E TEÓRICO-CONCEITUAIS	
1 A DESCENTRALIZAÇÃO E O SUS: ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS	21
1.1 O CARÁTER POLISSÊMICO DA DESCENTRALIZAÇÃO: DA DUBIEDADE À PLURALIDADE CONCEITUAL	24
1.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E A CONDUÇÃO DO SUS	26
2 A REGIONALIZAÇÃO ALCANÇADA NA TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO E SUA AMPLIAÇÃO CONCEITUAL	29
2.1 EM BUSCA DE UM ENTENDIMENTO CONCEITUAL MAIS AMPLIADO PARA A REGIONALIZAÇÃO: A POLARIZAÇÃO REGIÃO/REGIONALIZAÇÃO	30
2.2 A TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE ALCANÇANDO A REGIONALIZAÇÃO, NA CONDUÇÃO DO SUS	34
3 OS PERCURSOS DO PLANEJAMENTO E ALGUMAS DAS SUAS CONCEITUAÇÕES REVISITADAS	39
3.1 DO PLANEJAMENTO CENTRALIZADO ÀS PERFORMANCES DO PLANEJAMENTO ATRAVÉS DAS TRAJETÓRIAS DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO	40
3.2 REVISITANDO ALGUNS ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DO PLANEJAMENTO	45
4 AS INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO	54
4.1 A RELAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA ORGANIZAÇÃO SISTÊMICA DO SUS	54
4.2 UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL EM TORNO DO ESPAÇO COLEGIADO	58
PARTE II – O ENTRELAÇAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO, DA REGIONALIZAÇÃO E DO PLANEJAMENTO, NO CONTEXTO DA GESTÃO	

PACTUADA DO SUS: DOS LIMITES E DESAFIOS A UM CONVITE A UMA PRÁTICA ARTICULADORA

5	ONDE ESBARRAM A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E SEUS INSTRUMENTOS PLANEJADORES?	63
5.1	DISCUTINDO LIMITES E DESAFIOS NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO	63
5.2	OS PERCALÇOS DAS NORMATIZAÇÕES NO QUE CONCERNE À DESCENTRALIZAÇÃO, À REGIONALIZAÇÃO E AO PLANEJAMENTO	69
6	A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO NO CONTEXTO DA GESTÃO COMPARTILHADA: UM CONVITE À ARTICULAÇÃO?	74
6.1	A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO NA CONDUÇÃO DO SUS: PARA ONDE APONTAM SEUS DESAFIOS?	74
 PARTE III – UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO NO ÂMBITO REGIONAL		
7	ALGUNS PRESSUPOSTOS PARA A ABORDAGEM DA PROPOSTA METODOLÓGICA	82
7.1	IDENTIFICANDO OS OBJETIVOS DA PROPOSTA METODOLÓGICA	85
7.2	O ESPAÇO PARA DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA METODOLÓGICA: OS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE/CGR	87
7.3	AS MOTIVAÇÕES DA FORMAÇÃO DOS CGR - “MOTIVO PARA QUE” E O “MOTIVO PORQUE”	88
7.4	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PACTO DE RESPONSABILIDADE NO PLANEJAMENTO REGIONAL	89
7.5	A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE REGIONAL: SEU EXERCÍCIO COMO ELEMENTO IMPORTANTE DA PROPOSTA	91
7.5.1	A definição da missão do CGR: um ponto de partida	91
7.5.2	O reconhecimento do desenho regional no Plano Diretor de Regionalização – PDR	92
7.5.3	A discussão em torno da situação do sistema de saúde da região	93

7.6	SOBRE A SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA	95
7.7	COMPARTILHANDO O PLANEJAMENTO PARA UMA GESTÃO COMPARTILHADA	96
7.8	TRATANDO DE ASPECTOS EM TORNO DE UMA GOVERNABILIDADE COMPARTILHADA	98
7.9	UMA ABORDAGEM DAS DUAS FACES DO PLANO: SUA IMPORTÂNCIA PARA A INTERSETORIALIDADE	101
7.10	SOBRE A MANUTENÇÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL NO COTIDIANO DA PRÁXIS DOS GESTORES	103
8	A PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO NO ÂMBITO REGIONAL DO SUS	107
8.1	ALGUNS ASPECTOS DE ORDEM OPERACIONAL	108
8.1.1	A coordenação e condução do processo	108
8.1.2	Apoio técnico e logístico	109
8.1.3	Um moderador para as discussões?	110
8.2	ETAPA I: OFICINAS DE VALIDAÇÃO DA PROPOSTA E DE FORTALECIMENTO DA IDENTIDADE REGIONAL	111
8.2.1	Conteúdo e aspectos metodológicos da Etapa I	111
8.2.2	Produtos da Etapa I	116
8.3	ETAPA II: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO REGIONAL	117
8.3.1	Conteúdo e aspectos metodológicos da Etapa II	117
8.3.2	Produtos da Etapa II	124
8.4	ETAPA III: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	124
8.4.1	Conteúdo e aspectos metodológicos da Etapa III	125
8.4.2	Produtos da Etapa III	130
9	DISCUTINDO OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DA PROPOSTA	136
	REFERÊNCIAS	142
	APÊNDICES	159

APRESENTAÇÃO

O diálogo, a parceria, a cooperação e a solidariedade compõem a base que permitirá ao SUS enfrentar os inúmeros desafios inerentes aos processos de gestão loco regionais, fomentando a cogestão. Mais importante que resultados isolados é o fortalecimento da prática coletiva, do planejamento e da gestão, capaz de integrar as necessidades e as soluções mais convenientes às Regiões de Saúde.

(BRASIL, 2006, p. 28).

Na trilha da compreensão de alguns dos grandes desafios vividos hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS), três aspectos importantes na gestão desse sistema serão abordados neste trabalho: a descentralização, a regionalização e o planejamento.

Procurar entender o percurso desses processos no campo da saúde no país conduz à necessidade de buscar sua contextualização histórica, bem como sua conceituação, da mesma forma que, para a compreensão da trajetória do planejamento em saúde, é necessário um respaldo teórico dos movimentos nacionais que perfileram o caminho percorrido por esta prática.

Ao buscar identificar passos que venham a subsidiar novos rumos para o alcance dos grandes desafios vividos hoje pelo SUS, situando os aspectos com que o planejamento vem se desenhando no processo da gestão deste Sistema, seja através da prática, ou do arcabouço normativo, constatamos que a questão da articulação entre os entes federados, através de um planejamento ascendente, não pode deixar de ser considerada para a consolidação do SUS. Pois, como sistema, para ser viabilizado num país com realidades tão diferentes encontradas nas unidades federadas, necessita ser modelado em rede, de forma hierárquica e regionalizada.

Entretanto, ao focarmos a descentralização, enquanto uma das grandes diretrizes da saúde preconizadas na Constituição, como forma de assegurá-la como um direito de todos e dever do Estado e a gestão regionalizada como outra diretriz central da Constituição, para o alcance da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, nos deparamos com um *gap* existente no plano das normas e dos instrumentos, do ponto de vista do planejamento, entre o espaço macropolítico (estadual) e o micropolítico (municipal), ou seja, existe um vácuo no plano da normatização, para o processo do planejamento no espaço mesopolítico (regional). Isso fica evidenciado nos movimentos que foram se desenrolando no âmbito nacional, estadual e municipal, e que foram resultando em normas e instrumentos para a

gestão e para o planejamento em particular, alcançando, na atualidade, com o Pacto de Gestão, espaços delimitados de gestão colegiada entre municípios para o âmbito regional, os Colegiados de Gestão Regional (CGR), porém deixando a lacuna de inexistir uma correspondência dessa instância na normatização do planejamento do SUS, através da proposta de um Sistema de Planejamento, o PlanejaSUS.

Este sistema, ao referir-se ao planejamento regional, traz como seus instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), sendo que, com relação aos dois primeiros, através Portaria Nº 2.751 de 2009 (BRASIL, 2009), já ficam agregados ao Plano Estadual de Saúde, como componentes deste. No que diz respeito à PPI, é uma ferramenta complementar ao processo de regionalização, enquanto elemento de organização da oferta dos serviços, porém se constitui um instrumento ainda muito engessado em seus aspectos técnicos e econômicos, ao buscar uma racionalidade na aplicação dos recursos, com propostas de distribuição mais equitativa entre os municípios, porém dirigida mais pela oferta do que pela demanda ou necessidade dos serviços. Quanto à negociação e à pactuação necessárias para a viabilização deste instrumento, trazendo os aspectos políticos e de poder na região, o instrumento falha ao não vincular-se a dispositivos de planejamento mais abrangentes para a região, que possa tornar a gestão mais próxima de uma negociação e pactuação de fato colegiada, compartilhada e fazendo nascer um aspecto que até então tem sido mais virtual que real, que é a cooperação solidária.

Assim, ainda que sob uma normatização que abrange a todas as esferas federadas, a gestão do SUS vem se caracterizando por uma diversidade organizacional, com problemas que configuram esse contexto de aspectos variados, como expressam Hortale, Conill e Pedroza (1999, p. 80): “[...] regulação de custos, maximização da eficiência, alocação de recursos, auto-regulação dos profissionais, prestação de contas etc.” e que resultam muitas vezes em práticas e decisões dissociadas, díspares e muitas vezes conflituadas.

É nesse ponto que identificamos a necessidade de articular a discussão da regionalização com o planejamento, como instrumento de gestão, buscando não apenas entender as várias correntes teórico-metodológicas que vêm orientando esse conjunto de práticas, mas também intencionando vislumbrar aspectos que possam encaixar melhor essa cadeia de entrelaçamento entre os processos de descentralização, regionalização e o próprio planejamento, sem perder de vista o *leitmotiv* desta proposta, ou seja, seu caráter vivo, dinâmico e solidário, que venha a contribuir para a conformação de uma nova roupagem para a regionalização no âmbito estadual. Ainda que possa parecer utópico, não se pode pensar em

atuar compartilhadamente entre gestores de saúde no âmbito regional, sem que traga à cena estes dois valores: integração e solidariedade.

Para esta articulação abordamos o planejamento estratégico situacional e comunicativo no âmbito regional, em seus aspectos relacionados aos sistemas municipais de saúde, tendo como pano de fundo a diversidade que vem caracterizando a condução do SUS, em seus aspectos organizacionais da atenção à saúde, de gestão, de logística e de financiamento, visitando algumas discussões sobre o Pacto de Gestão, que introduz o espaço colegiado de gestão do SUS, numa lógica de organização regionalizada da atenção.

Com esse panorama procuramos identificar, entre os momentos metodológicos do planejamento estratégico situacional, com seus instrumentos, atributos e critérios, possibilidades de adequação que possa(m) contribuir na consolidação de um espaço de cogestão regional; e, visitando outros enfoques e vertentes do planejamento estratégico, bem como alguns elementos da administração estratégica, identificar contribuições metodológicas para elaboração do planejamento em um contexto regional. Buscamos também nos respaldarmos no suporte teórico-conceitual e metodológico, além dos principais movimentos que conduziram ao arcabouço legal da descentralização, da regionalização e do planejamento.

Desta forma, não pretendemos, com esse estudo, lidar com essas organizações regionais, como instituições concebidas como fatos sociais totais, que, como mostra Goffman (1996), citado por Hortale, Conill e Pedroza (1999, p. 80), desconsideram “o contexto e a sociedade em que se inserem, os grupos de interesses em conflito, as diferenças de acesso aos serviços, motivadas tanto por barreiras organizacionais ou financeiras, quanto por características da população local.” A nossa intenção é, pois, considerar todos esses aspectos assinalados.

Assim, nosso objetivo é elaborar uma proposta metodológica de planejamento regional em saúde, que melhor se adéque às discussões das diversidades que compõem uma região de saúde e às dificuldades inerentes às formas autárquicas de gestão municipal, na direção de uma regionalização cooperativa e que possa contribuir para o fortalecimento da gestão regional de saúde, como mais um dos elos de cooperação entre gestores municipais de saúde, utilizando os espaços de organização já formados, os Colegiados de Gestão Regionais de Saúde.

Para tanto, intencionamos:

- a) Elaborar uma modelagem metodológica para o planejamento regional no âmbito estadual do SUS, que se conecte com os instrumentos de planejamento dos

níveis estadual e municipal, em consonância com os pressupostos básicos do PlanejaSUS;

- b) Elaborar um rol de orientações como sugestões para o planejamento regional, nos Colegiados de Gestão Regional.

A questão que colocamos é: a partir de tecnologias hoje conhecidas e validadas no meio científico, para um planejamento na gestão pública em saúde, que seja dialógico e coletivo, como conseguir viabilizá-lo de acordo com seus principais momentos como a identificação, descrição e análise dos problemas que são comuns aos gestores de um determinado espaço regional? Como, utilizando uma discussão metodologicamente definida, priorizar, analisar a viabilidade, mas, principalmente, reconhecer os problemas comuns àquele espaço? E como considerá-los como de co-responsabilidade entre os gestores, naquele panorama territorial cujos limites são tênues, do ponto de vista georreferencial, frágeis, do ponto de vista da responsabilidade e incertos, do ponto de vista da sua governabilidade?

E ao reportarmo-nos ao planejamento, nosso propósito neste trabalho é - saindo das dimensões geográficas até então mais amplamente processadas nesse campo: o espaço municipal e o estadual - focarmos-lo na dimensão regional, como uma ferramenta, se não viabilizadora, propulsora de mecanismos que propiciem formas alternativas de governabilidade no processo da regionalização.

Da mesma forma, é nosso propósito também, ao tratar desse tema, não nos aprofundarmos nos três instrumentos de planejamento norteadores do planejamento regional no SUS: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada e Integrada da média e alta complexidade (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI), não por considerá-los de menor importância, mas por nos propormos, lançando mão de referenciais teóricos, a identificar novas possibilidades metodológicas que possam direcionar para o que pretendemos. E o que pretendemos é - ousando utilizar um pleonasma - 'planejar, planejando' uma ferramenta metodológica que possa fortalecer a integração de práticas organizativas no espaço regional, que venha inclusive subsidiar a viabilização do PDR, do PDI e da PPI, no âmbito estadual.

A partir dessas considerações, indagamos: que ferramentas metodológicas de planejamento seriam pertinentes ao fortalecimento da gestão regional do SUS, no âmbito estadual?

O planejamento estratégico, através de seus instrumentos e vertentes, pode ser um elemento norteador na construção de uma ferramenta para o planejamento regional no SUS?

Assim, nosso trabalho será composto dos passos metodológicos:

- a) Revisão de literatura, em seus aspectos teórico-conceituais, sobre a descentralização, a regionalização, o planejamento, e suas trajetórias no país;
- b) Revisão do arcabouço normativo relativo ao processo de descentralização, regionalização e de planejamento no país, a partir das Normas, até alcançar o Pacto pela Saúde e o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS;
- c) Construção de linhas do tempo no que se refere à descentralização, regionalização e ao planejamento no país: das Normatizações e dos principais movimentos políticos dos entes federados.

Pretender delinear um dispositivo para a gestão do SUS no âmbito regional, mediante a elaboração de uma proposta metodológica para o planejamento regional é buscar fortalecer o espaço de gestão colegiada. Assim, em nosso entender, a proposta procura esclarecer a variedade de situações encontradas nos segmentos que conformam esse espaço organizativo, onde são manifestados interesses diferenciados, identidades ou diversidades sociais, culturais, políticas e econômicas, cada qual disputando o seu espaço.

Dessa forma, tendo como principal traço metodológico a maleabilidade, como um mecanismo indutor a reflexões e possibilidades criativas, a nossa ideia é trazer alguns pontos a serem considerados no processo de planejamento em um espaço regional de saúde - o espaço colegiado de gestão regional - mais como subsídio para fortalecer uma gestão compartilhada, na direção da regionalização, do que como elaboração, tão somente, de um instrumento, um roteiro prefixado de planejamento, apenas para cumprir uma determinação formal.

Esse caráter vivo, dinâmico e solidário que trazemos para uma proposta de planejamento no âmbito regional, vem encontrar ressonância nas considerações de Rivera e Artmann (1999, p. 357) sobre o fio condutor para o casamento definitivo do planejamento com a gestão que é “ajudar a desenvolver uma dinâmica [...] que potencialize o diálogo gerador de compromissos [...].” E é através desse 'fio condutor' que identificamos a importância do planejamento na condução de uma gestão colegiada no âmbito regional, em que qualquer compromisso, para ser assumido, deve passar por um processo de planejamento dialógico ampliado.

PARTE I

A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO NO SUS: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS, NORMATIVOS E TEÓRICO-CONCEITUAIS

1 A DESCENTRALIZAÇÃO E O SUS: ALGUNS APONTAMENTOS TEÓRICO - CONCEITUAIS

A descentralização [...] convida os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios a articularem-se, cooperarem entre si e zelarem pela qualidade das ações e serviços de saúde.

(BELTRAMMI, 2008, p. 159).

A descentralização traz uma larga variedade de discussão em torno da sua aplicabilidade e da sua conceituação, engendradas em modelos de desenvolvimento econômico, em contextos políticos e medidas governamentais diversificados, o que suscita, muitas vezes, uma dispersão na sua compreensão, com conseqüente distanciamento da sua real complexidade.

Viana, Lima e Oliveira (2002) discutem a abordagem da descentralização em Dente (1997), um complexo emaranhado de situações para fazer uma análise detalhada das causas que levaram à mudança do modelo centralizador do Estado, através de medidas descentralizadoras, sob três perspectivas:

A perspectiva econômica: pela incapacidade dos Estados em captarem recursos da esfera produtiva e pelos endividamentos públicos elevados, fatos decorrentes das inovações tecnológicas e da globalização, levando a buscar, como solução, a descentralização federalista;

A perspectiva política: pelo quadro mundial que se apresentava na década de 1970, com a transição do autoritarismo para a democracia em muitos países do mundo ocidental; pela emergência de autoridades administrativas independentes, sem vínculos com o circuito diretamente intermediado pelo governo (agências reguladoras, bancos centrais independentes, o mercado financeiro, os meios de comunicação de massa e as telecomunicações); pelo desmoronamento de antigos vínculos de identidade nacional, com conteúdo político-ideológico; e pelos desequilíbrios socioeconômicos entre regiões de um mesmo país;

A perspectiva do Estado: destacando-se o enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social - que havia sido criado para mediar a relação Estado *versus* sociedade, por intermédio da regulação da organização e da produção de bens e serviços públicos ou privados, e para garantir alguns direitos sociais à população, já que não conseguia mais cumprir seu propósito, diante da falência que se anunciava no panorama mundial. O Estado então parte para a busca pela eficiência e equilíbrio financeiro, o que resultou em propostas de descentralização das atividades de regulação, provisão e financiamento de bens e serviços sociais.

Buscando uma compreensão política da descentralização, como estratégia de reforma do Estado, Guimarães (2002) faz um levantamento bibliográfico dos estudos sobre descentralização, privilegiando o âmbito governamental por se relacionar mais com as Ciências Políticas e a Administração Pública, agrupando-os em algumas dimensões, a partir de duas vertentes ¹:

A vertente dos aspectos procedimentais da descentralização, correspondendo a uma dimensão administrativa, com transferências de recursos financeiros ou de competências para unidades subnacionais de governo.

A vertente do aspecto processual, com a dimensão social e a política. A autora agrupa nesta vertente, três linhas de ação:

Na primeira linha, a descentralização como estratégia para aumentar a participação social na formulação, implementação e controle de políticas.

Na segunda linha, a descentralização como fenômeno político processual, com distribuição territorial de poder, envolvendo novos atores sociais e novos interesses em contextos de reforma política e, portanto, gerando conflitos. São dessa segunda linha os estudos críticos sobre as estratégias de reação aos regimes autoritários e centralizadores, na direção da democracia e do desenvolvimento regional.

A terceira linha aproxima as discussões em torno da descentralização e do federalismo: aí a descentralização é vista, ou como transferências intergovernamentais e as relações da descentralização com federalismo, ou identificando diferenças ou convergências entre os dois conceitos, os efeitos da descentralização de políticas sociais em países federalistas, assim como os limites e possibilidades da descentralização nos estados unitários e nos federais.

Nesta segunda vertente Smith (1985), citado por Guimarães (2002), com sua obra *“Descentralization: the territorial dimension of the state”*, considerada clássica sobre o tema, tece alguns comentários a respeito da descentralização, como uma demanda que, naquela época do estudo, já a considerava universal e a sua aplicabilidade, sendo várias as circunstâncias e diversas as organizações em que a descentralização é considerada, através da combinação hierárquica de diferentes instituições e funções, e concluindo que é vista nos dias

¹ Guimarães (2002) apresenta, de Penfold-Becerra (1998), as várias disciplinas nas quais a descentralização é contemplada: as ciências políticas – enquanto mecanismo democrático, através da autonomia dos níveis periféricos, o que direciona para a democratização; a ciência econômica – enquanto transferência de responsabilidades das atividades econômicas públicas para o setor privado; a sociologia – como mecanismo para o empoderamento da sociedade, na direção da cidadania; a administração pública – com políticas para diluir poder decisório e administrativo das agências públicas centrais para a periferia, através da desconcentração, ou seja, transferência de responsabilidades administrativas.

atuais como uma condição necessária para o desenvolvimento social, econômico e político dos Estados Modernos.

A partir deste estado da arte, a autora identificou alguns consensos existentes quanto aos elementos centrais da descentralização: a transferência de recursos financeiros de poder decisório; o controle social sobre a aplicação de recursos; o aumento de responsabilidades e das competências locais.

Tobar (1991) também identifica elementos comuns às diferentes definições da descentralização, apontando algumas destas características, como: sugestão a um fortalecimento da esfera "local," seu caráter político e administrativo, sua viabilidade de acontecer condicionada a um contexto geral de reforma, a impotência da conceitualização dicotômica centralização *versus* descentralização, face aos dados empíricos.

Sobre essa impotência conceitual, Mendes (2008) se refere a uma tensão entre a centralização e a descentralização, em que ambos os princípios convivem simultaneamente, esta última se configurando como tal na própria situação de centralização. Bobbio (1986), citado por Guimarães (2002), traz essa discussão ao considerar a descentralização e a centralização como fórmulas, mais do que institutos, com princípios e tendências, mas não existindo em sua forma pura ao mostrar que não existe essa dicotomia na análise do problema, que deve ser feita com a ideia de continuidade no processo centralização - descentralização, com a conclusão da autora de que este binômio deve ser visto em seu conjunto.

A autora traz também nessa discussão a contribuição de Burdeau (1998), para quem a descentralização é muito mais uma forma de organização do poder, que permite adaptar as condições de formação dos sistemas políticos, combinando mais com a centralização do que a suprimindo.

Ainda se referindo à tensão centralização - descentralização existente nesta discussão, Coraggio (1969) se baseia em duas teses: a dos "eficientistas" (referindo-se aos que privilegiaram a eficiência na alocação de recursos) e a dos "descentralistas" (aos que privilegiaram a eficácia na alocação de recursos, cujo principal critério seria a equidade), numa relação transversal com o debate sobre os modelos de desenvolvimento, no modo como diferentes estratégias econômicas têm recorrido às diversas configurações da divisão espacial das atribuições e encargos governamentais.

Para Coraggio (1969) os "eficientistas" condicionam a estrutura espacial ao maior crescimento do país e se reportam ao produto social como um resultado maximizado pela centralização que, se não leva ao favorecimento das regiões, pelo menos não as prejudica. Os "descentralistas" valorizam outras funções na distribuição espacial e governamental do poder,

como a de favorecer a administração e facilitar o processo político (CORRAGGIO, 1969, apud TOBAR, 1991).

Concluindo esta abordagem, salientamos o que muitos autores têm discutido a respeito da descentralização, associando-a com a necessidade de se organizar a política pautada na democracia e na justiça social, como uma decorrência do próprio conceito de federalismo², um modelo de organização política do Estado que exige a descentralização para o aprimoramento e a melhora do relacionamento entre os níveis de governo, da capacidade de governo das esferas subnacionais e do controle da população organizada sobre os governos [LOBO, 1990; (CARVALHO; SANTOS, 1995, apud MOTTIN, 1999)].

1.1 O CARÁTER POLISSÊMICO DA DESCENTRALIZAÇÃO: DA DUBIEDADE À PLURALIDADE CONCEITUAL

O problema da descentralização é de caráter político. A implementação eficaz e eficiente deste processo é de caráter administrativo.

(TOBAR, 1991, p. 35).

A polivalência conceitual que acompanha a descentralização desde o início da trajetória do SUS suscita a necessidade de trazer à discussão os aspectos relacionados aos vários sentidos que se dá a este termo. De “camaleão político” a “panacéia,” a diversificação na conceituação da descentralização ganha roupagens diferenciadas que vão desde a fertilidade da disseminação do uso do termo - que se expande mais que os próprios processos de deslocamento do poder, adquirindo a conotação de uso diversificado em função de cada caso, conforme interesses antagônicos (TOBAR, 1991) - até o seu uso para as mais diferentes situações e problemas da sociedade (MATUS, 1999 apud GUIMARÃES, 2002).

Assim, ao tratar dos conceitos da descentralização segundo alguma taxonomia preestabelecida, Tobar (1991) atribui à descentralização, como princípio de análise, um *status*

² Souza (1998) traz de Burgess (1993) o conceito de valor para o federalismo, que vai ideologizar a federação, ou seja, o federalismo, enquanto ideologia política são os valores, atitudes, crenças e interesses que, uma vez articulados, fazem com que ações sejam apoiadas em propósitos e compromissos. Para Viana, Lima e Oliveira, (2002, p. 495), o federalismo é assim entendido: “investiga as motivações (padrões de interesses) em contextos econômicos, políticos e socioculturais específicos, que levam ao desenho de cada federação”, concluindo que a “discussão abstrata dos tipos de federalismo não contribui com as análises sobre políticas públicas, pois é rara a existência de um modelo único e permanente de relação centro/periferia.

de "meio", como tática e como estratégia, visando determinados "fins" que são anteriores e superiores à própria descentralização. Desta forma, a polissemia na descentralização se fundamenta em função da combinação dos fins e valores com que seja concebida, que passa por vários campos conceituais, levando à sua taxonomia, seja através dos mecanismos de transferência de recursos, seja em função dos objetivos almejados com a descentralização.

Como analisa Guimarães (2002), todos os conceitos são passíveis de críticas. A autora os considera apenas como um exercício de taxonomia, pouco ajudando a entender o processo da descentralização na sua totalidade complexa e com muitas interfaces, que é dinâmico e intrinsecamente gerador de conflitos, na medida em que envolve transferência de poder, ou seja, aspectos difíceis de serem organizados em uma tipologia³.

Boisier (1991), citado por Guimarães (2002), mostra que existem paradoxos nos usos da descentralização, ainda que com uma intencionalidade posta, na sua defesa ou não, que são de várias ordens: de *sinonímia* - termos diferentes usados como equivalentes; de *tipologia* - usos equivocados para os diferentes tipos de descentralização; *política* – quando não fica clara na descentralização em pauta, sua intencionalidade democrática; de *lógica processual* – imputando uma linearidade processual à descentralização; *axiológica* – a descentralização, ou como um instrumento ou um fim em si mesmo, geralmente de cunho mais valorativo que conceitual.

Uma questão importante a ser abordada neste ponto é a dubiedade conceitual que existe entre a descentralização e a desconcentração, termos que, para alguns autores, não devem ser considerados como sinônimos, cada um tendo suas próprias especificidades, ainda que haja pontos de conexão entre eles:

Tobar (1991, p. 4) é taxativo ao dizer que a descentralização implica em redistribuir o poder, uma transferência na alocação das decisões. “É, portanto, mexer nos interesses dos grupos de poder”; já a desconcentração é a “delegação de competência sem deslocamento do poder decisório.” Ou seja, para o autor, o uso indistinto de ambos os conceitos, “longe de representar uma 'confusão', é a articulação consciente de um determinado uso da palavra como meio para atingir fins precisos e manifestos.”

³ Guimarães (2002) traz os tipos da descentralização de Penfold-Becerra (1998): *desconcentração* – transferência de responsabilidades administrativas; *delegação* - transferência de responsabilidades gerenciais numa estrutura burocrática; *privatização* - transferência de responsabilidades públicas para órgãos privados. E de Boisier (1991): *funcional* - transferência de competências específicas; *delimitadas* – a transferência se restringe a um setor de atividade; *territorial* - transferência de poder decisório para instâncias de jurisdição de âmbito territorial; *política* – corpo gerado por processos eleitorais, podendo ser reconhecida sua estrutura administrativa descentralizada (municípios, províncias, etc.).

A descentralização, que vem sendo conceituada através de um eixo central - a distribuição de poder - traz a conotação de mudança profunda de estrutura do poder, com distribuição de espaços de decisão, ou seja, aumentando-se a autonomia em seus aspectos políticos, administrativos e financeiros; já a desconcentração se resume na distribuição de competências físicas, humanas e financeiras, que são os meios para serem exercidos os espaços de decisão, não interferindo no poder centralizado, ainda que a descentralização não possa ocorrer sem a desconcentração, o que não acontece no sentido inverso [LOBO, 1990; TOBAR, 1991; (TEIXEIRA, 1990; RIVERO, 1990; UGÁ, 1991, apud MOTTIN, 1999)].

1.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E A CONDUÇÃO DO SUS

A tendência atual do debate sobre a descentralização parece apontar para uma articulação entre a dimensão normativa, que privilegia a discussão sobre arranjos institucionais, e a dimensão política que privilegia os embates e confrontos de poder, tanto entre níveis de governo, como entre atores políticos e sociais distintos. Essa tendência parte do reconhecimento de que a descentralização afeta as relações de poder e introduz novos conflitos nas relações entre esferas de governo e entre grupos distintos da sociedade, não podendo, portanto, ser concebida apenas na sua dimensão formal/legal.

(GUIMARÃES, 2002, p. 11).

A política de saúde no Brasil é marcada, até meados da década de 1970, pela centralização das decisões e dos recursos financeiros no governo federal, dentro de uma lógica administrativa típica de governos autoritários, o que resultou em uma forma alijada de governar por parte dos municípios, destituídos da capacidade de formular e financiar sua própria política de saúde, como uma consequência nefasta dessa centralização autoritária. (LIMA, 2007).

Para tratar da descentralização da saúde no Brasil, Guimarães (2002) faz o seguinte compilado das vertentes teóricas sobre o tema:

A descentralização do ponto de vista da racionalização da organização da oferta dos serviços de saúde e da aplicação dos recursos financeiros, trazendo, através de uma racionalidade técnico-administrativa, a organização do sistema nacional de saúde, atribuindo os papéis em cada nível.

A descentralização como estratégia de reforma política em direção à democratização, se dividindo em três linhas: a que traz a descentralização como princípio norteador das reformas

de saúde no contexto de reforma do Estado; a que é relacionada aos estudos da municipalização; e a que versa sobre os estudos a respeito dos espaços colegiados de decisão, através dos conselhos e da participação social.

A descentralização sob a ótica das intermediações nos conflitos de interesses, das análises dos enfrentamentos políticos e as tendências do projeto de reformas do sistema de saúde no país. Nesta terceira vertente se incluem estudos dissertatórios, como os de Paim (1991) e Arretche (1996), citados por Guimarães (2002), onde a descentralização é concebida ora como não exclusiva nem excludente, ora como não sendo necessariamente resultado da municipalização.

O marco legal da descentralização da saúde no Brasil é a Constituição de 1988, se traduzindo através dos Artigos 196 a 200, como fruto do movimento pela Reforma Sanitária, que levantou essa bandeira como um dos mais relevantes mecanismos para a viabilização de um dos seus princípios-chaves - a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

A Reforma Sanitária, ao trazer em seu escopo a necessidade de ampliar a concepção de saúde, como direito do cidadão e como dever do Estado, apresenta a proposta da criação de um sistema de saúde de caráter universal e equânime, em um movimento que preconizava a organização das ações e serviços de saúde sob a lógica da integralidade do cuidado e a gestão do sistema fundamentada na descentralização político-administrativa e na participação cidadã (PAIM, 2008).

Entretanto, ainda que a Constituição de 1988 tenha trazido propostas basilares para a efetiva democratização da saúde no Brasil, o País não se isenta dos efeitos da globalização, refletidos em medidas racionalizadoras da gestão pública como exigências a ela subjacentes. Exigências que ocorrem principalmente no campo econômico, conforme mostra Cordeiro (2001), citando Vergara (2000), que implicam, ao mesmo tempo, tanto em políticas reformistas do Estado, como, por conta destas políticas, em consequências sociais que agravaram a má distribuição da renda nacional, levando ao desemprego e comprometendo a equidade.

A descentralização da saúde se insere então, na trajetória do SUS, em um contexto de ambivalência: de um lado, como parte de uma estratégia de racionalização técnico-administrativa, infringida pela crise fiscal⁴ - crise esta que foi propulsora do ideário da

⁴ Para Tobar (1991) as teses descentralistas só começam a ter importância quando é enfatizada sua função econômica. Se reportando a Habermas (1980), para quem a crise fiscal e de governabilidade dos estados que entraram no capitalismo tardiamente pode ser atribuída aos déficits de legitimidade e de racionalidade, a

modernização da gestão pública, criticado amplamente pela sua ineficácia e iniquidade - e de outro lado, como uma estratégia de democratização, trazendo princípios como universalização da cobertura do atendimento e equidade das ações e serviços (ROCHA; FARIA; 2004), enfim, vinculando a aproximação das decisões e da participação local à eficiência e à democracia.

Esta ambivalência fica evidenciada nas normas para a descentralização do SUS, ao deixarem de apresentar importantes elementos preconizados no Sistema Único, a exemplo: da NOB 01/93, que tratou apenas da descentralização da assistência médico-hospitalar, não incorporando a execução de outras ações como a vigilância sanitária, epidemiológica e o controle de doenças (PIOLA, 2002); da NOAS, com a chamada recentralização seletiva, ao trazer para o nível estadual uma carga maior de poder administrativo e político.

Guerreiro e Branco (2008) consideram que o principal dilema vivido pelo SUS repousa nesta contradição congênita, entre uma política de saúde de cunho universalista e a conciliação com os princípios neoliberais que preconizam o Estado mínimo, buscando sempre a redução dos custos.

2 A REGIONALIZAÇÃO ALCANÇADA NA TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO E SUA AMPLIAÇÃO CONCEITUAL

Parece incrível que uma proposta como a regionalização, formulada há quase cem anos, reiterada em diversos documentos e declarações internacionais, assumida por países que optaram por sistemas universais de saúde, incorporada à Constituição da República Federativa do Brasil, reproduzida pela Lei Orgânica da Saúde e disseminada por normas e pactos do SUS, ainda não tenha sido efetivamente implantada. A racionalidade quase óbvia que encerra tal proposta para um país com a extensão territorial do Brasil e com uma complexa organização de serviços de saúde contrasta com as dificuldades e obstáculos para implementá-la durante décadas.

(PAIM, 2008).

Muitas são as expectativas que a descentralização traz para a atenção à saúde, como as que Pestana e Mendes (2004) identificam naquilo que eles chamam de 'fortalezas' na prática da descentralização como processo social, reportando-se a Mills e colaboradores (1990) para pontuá-las na descentralização dos sistemas de serviços de saúde, como: maior eficiência na alocação de recursos pela influência dos usuários locais; as mudanças locais, com inovações e adaptações; maior participação popular no processo decisório, levando a resultados mais qualitativos, com mais transparência, responsabilidade e legitimidade; maior integração intersetorial e interníveis de governo e entre agências não governamentais, o que traz embutida a perspectiva sistêmica, com a ideia de trama institucional (MOTTIN, 1999; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Falar de regionalização cooperativa, em um contexto configurado pela pluralidade de objetivos, de recursos, de culturas, de organizações e de atores (MENDES, 2008), induz à necessidade de buscar elementos teórico-conceituais e metodológicos que venham ajudar a discussão em torno de formas do processo de trabalho e da condução política na gestão regionalizada.

2.1 EM BUSCA DE UM ENTENDIMENTO CONCEITUAL MAIS AMPLIADO PARA A REGIONALIZAÇÃO: A POLARIZAÇÃO REGIÃO/REGIONALIZAÇÃO

Se dissermos que a região não faz mais sentido, estaremos sendo condizentes com aquelas ideias liberais que crêem na globalização como um vetor homogeneizador dos lugares. Mas se insistirmos na utilização do conceito de região, teremos que adaptá-lo para o período e a realidade em que vivemos. A dificuldade de reformular o conceito se deve à dificuldade de enxergar a região nesse mundo cada vez mais mutante.

(MELGAÇO; ALBUQUERQUE, 2004, p. 79).

Assim como com a descentralização, a regionalização se reveste de uma gama de concepções que, juntamente com a ideia de região, formam um amplo campo de pesquisa conceitual. Pela natureza dinâmica e incerta que esses termos encerram, do ponto de vista geográfico, econômico, político e social, e considerando as mudanças pelas quais esta conceituação vem passando historicamente - desde as concepções de ordem econômica, passando por abordagens de cunho geográfico, até as mais recentes concepções críticas de região, como entidade socialmente construída⁵, conforme tratada em Paasi, (2000, p. 3), fica evidenciada a dificuldade de fechar um quadro conceitual para ambos.

De acordo com Cunha (2000), o conceito de região surge quando se dá a centralização do poder em um local e a extensão deste poder sobre uma área de grande diversidade social, cultural e espacial. O Império Romano designava *regione* à área que, independente ou não, estava subordinada ao poder centralizador de Roma. Com a queda deste império ocorre a descentralização do poder, resultando na fragmentação regional em território regional, enquanto estrutura de poder, configurando-se o feudalismo (Cunha, 2000).

Para Corrêa (1991, 1997), as grandes mudanças ocorridas no mundo, desde meados da década de 1960 e início da década de 70, com novos adventos da modernização e com o surgimento de novas possibilidades de usos do território, aumentando em vários aspectos sua complexidade, faz surgir no meio científico, conceitos diversificados para a categoria de região (CORRÊA, 1991; 1997, apud ALBUQUERQUE; IOZZI, 2008).

França e Leite (2008) mostram como surgem as críticas à ciência geográfica, diante das suas limitações em aprofundar satisfatoriamente a análise dos processos de desenvolvimento sócio econômico e de desigualdades sócio espaciais, no contexto dos avanços das técnicas, da

⁵ A região como entidade socialmente construída é assim tratada em Paasi (2000, p. 3): É um processo através do qual uma unidade territorial se torna uma entidade estabelecida na estrutura espacial e é então identificada nas práticas institucionalizadas políticas, econômicas, culturais e administrativas e na consciência social, e reproduzida continuamente nessas práticas sociais. (tradução nossa).

aceleração do capitalismo e da intensificação das relações em escala mundial, críticas essas que levam ao surgimento de novos modelos geográficos. É assim que surgem então duas correntes críticas nos anos 1970, uma de base marxista - a Geografia Crítica - e outra de base fenomenológica.

Para Breitbach (1988), a 'Geografia Crítica' buscou um enfoque que permitisse levar em conta as relações entre a organização social e a configuração espacial, devendo passar, entretanto, pelo reconhecimento de uma relação dialética entre as determinações da natureza e as de ordem social, a fim de evitar que fosse privilegiada a influência do meio físico sobre os processos sociais, ou das mudanças sociais, à margem das determinações da natureza. É aí que sobressaem importantes nomes como Milton Santos, Ruy Moreira e David Harvey, que criticam a neutralidade do espaço, inserindo-o numa totalidade social, passando a discutir sobre 'formação espacial'⁶, articulando as categorias modo de produção e formação econômico-social.

Desde a década de 1970, Milton Santos já trazia o espaço geográfico com um papel ativo diante das relações sociais lá ocorridas. Para ele e Silveira, o território em si não deve ser objeto de análise das Ciências Sociais, mas o "território usado", um novo espaço geográfico, configurado pelos movimentos da população e a pela distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, acompanhados pelo arcabouço normativo, em seus aspectos civil, fiscal e financeiro, tudo isso sendo alcançado pela cidadania (SANTOS; SILVEIRA, 2008).

A perspectiva fenomenológica, que critica a marxista pela negligência em seus estudos quanto aos aspectos subjetivos na região e pelo excesso de economicismo, considera em seus estudos regionais, as experiências vividas. Esse aspecto é mostrado por França e Leite (2008), através de Frémont (1980), em que o espaço, em sua dimensão abstrata, deixa seu lugar na centralidade da referência desses estudos para o 'espaço vivido', possibilitando, assim, o entendimento da região a partir da construção mental individual, que se inscreve na consciência coletiva.

É principalmente através da Geografia Crítica, fundamentada no materialismo histórico e dialético, bem como da Geografia Humanista e Cultural, que são fundamentados os conceitos pautados por vários autores, para os quais se deve "atentar e distinguir as

⁶ Breitbach (1988) traz de Sormani (1977) as diferenciações entre: formação espacial - "[...] a forma que assume, em cada etapa histórica, o padrão de assentamento e de redes de interconexão que, sinteticamente, ficará expressa pelo padrão dos usos do espaço vinculados a todas e a cada uma das práticas humanas"; e formação social: uma comunidade historicamente constituída e recortada territorialmente, que possui características próprias que a diferencia de outras, seja por razões etno históricas ou de outra natureza, mas cuja gênese e evolução estão condicionadas por modalidades particulares de reprodução social que se manifestam na desigualdade de seu desenvolvimento.

ideologias, as intencionalidades, as teorias e a crítica social que embasam os conceitos de região, no atual período histórico” (SOUZA, 1976; CORRÊA, 1991; SANTOS, 2000; RIBEIRO, 2004, apud ALBUQUERQUE; IOZZI, 2008, p. 93).

Breitbach (1988) formula dois grupos de abordagens conceituais para a região, a partir de Coraggio, Rofman, Lipietz, dentre outros, e dos historiadores mexicanos, Moreno Toscano e Florescano: o das formulações 'convencionais', caracterizando-se pela abstração do sistema social que está na origem da formação regional, formulando leis de caráter universal, onde o condicionamento histórico não é levado em conta; e o das concepções 'avanzadas', caracterizando-se pela consideração da existência de um sistema social com determinantes históricos para suas formulações.

De Paula, a partir de vários autores que abordaram a dimensão vivida em acordo com a categoria território, identifica na 'vivência que matricia estes territórios', o fenômeno denominado como "território vivido", pois é aí onde acontece a interação diária entre as pessoas e as relações destas com o espaço; derivando daí a relevância que a subjetividade, a intersubjetividade, o conhecimento experiencial e intuitivo dos indivíduos passam a ter na compreensão desses territórios (DE PAULA, 2009, p. 3).

Misoczky (2002) introduz outra forma de ver a região, através do conceito de "território situado," a partir das relações de poder e dos conflitos existentes entre os atores que habitam o território, constituindo uma rede complexa de relações sociais; das acumulações e dos fluxos criados a partir da movimentação dos atores sociais no tempo e no espaço; da projeção da identidade dos atores sobre o território; da vivência dos atores sociais no território, a partir do projeto de vida de cada um; e das imagens, representações e projetos que permitem ao indivíduo tomar consciência de seu espaço (consciência territorial). Com este conceito de "território situado," a autora afirma não ser possível compreender o território sem conhecer os fluxos espaciais e temporais, sem identificar as relações à distância, sem compreender as relações de poder e os interesses em disputa, enfim, sem incorporar o movimento e a política.

As autoras supracitadas aportam, assim, uma discussão da territorialidade em uma realidade que não se restringe à distribuição espacial de bens materiais e de fluxo de pessoas, mas a partir da capacidade dos atores sociais em inventar maneiras de criar, recriar e utilizar os territórios de maneira dinâmica, sem normas preestabelecidas quanto aos meios de sua organização, como fruto das articulações de categorias como organização social, em que estão as regras de relacionamento e das configurações e formas.

Buscando identificar os principais atributos relacionados às concepções de região/território no decorrer do processo histórico-social - o que foi direcionando para o

alargamento conceitual e analítico da discussão em torno do binômio região/regionalização - nos reportamos a vários estudos, tomando como categorias as abordagens 'convencionais' e as 'não convencionais', organizados no Quadro 1⁷:

FORMULAÇÕES CONVENCIONAIS	FORMULAÇÕES NÃO CONVENCIONAIS
SOBRE A REGIÃO	
Atribuição de homogeneidade	Diversidade, desigualdade, complementaridade
Relações de semelhança da natureza/meio físico	Relações da natureza X relações de ordem social
Uniformização de processos padronizadores	Unilateralidade de processos homogeneizantes
Coesão de processos identificadores; universalização; isenção das diferenças	Integração parcial/ ou em redes
Lógica zonal: sistema contíguo de região	Regiões descontínuas; relação de teleação
Limites geográficos	Proximidade organizacional/coerência entre pontos funcionais
Recorte da delimitação da região	Recorte da dinâmica territorial
Espaço neutro, estanque, rigidamente delimitado	Espaço numa totalidade social dinamizado, relacional
Formação espacial exclusiva	Formação espacial mais o modo de produção/ formação econômico-social
Espaço como dimensão abstrata	Espaço de experiências vividas (Espaço vivido)
Leis de caráter universal/ isenção do caráter histórico	Consideração dos determinantes históricos
Abstração do sistema social	Consideração do sistema social
SOBRE O TERRITÓRIO	
Território como palco processador inerte às relações sociais.	<u>Território usado</u> : ente dinamizador da sociedade; movimento da população e suas relações sociais.
Território alheio às relações de poder e interesses em disputa.	<u>Território situado</u> : atores sociais utilizando-o de maneira dinâmica, sem normas pré-estabelecidas quanto à sua organização de relacionamentos e das configurações e formas.
Território onde não aparece interação diária entre as pessoas e as relações destas com espaço.	<u>Território vivido</u> : compreendido pela subjetividade, intersubjetividade, conhecimento experiencial e intuitivo dos indivíduos.

Quadro 1 - Alguns elementos caracterizadores das regiões, de acordo com as formulações convencionais e não convencionais.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das contribuições de vários autores: Santos, 1994, 1996; Haesbaert, 1998; Souza, 1995, de acordo com as obras de Albuquerque & Iozzi, 2008 e Viana, 2008.

A partir destas formulações quanto à conceituação de região e território, trazemos alguns aspectos levantados nesses estudos, como em França e Leite (2008), que trazem de Haesbaert (1999) uma diferenciação entre região e regionalização: a região se reveste de uma

⁷ Ainda que tenhamos nos baseado em Breitbach (1988), a opção de não usar os dois termos por ela utilizados: 'convencionais' e 'avançadas', vem de uma intenção nossa em não atribuímos como 'avançada' uma formulação feita por autores e estudiosos, em um campo que é dinâmico, mutável e, portanto, passível de modificações e aprofundamentos nas suas análises e conceituações, o que pode transformar uma formulação avançada em outra ainda mais avançada ou mais convencional. Por essa razão optamos por categorizá-las como convencionais e não convencionais.

delimitação conceitual mais definida, a partir da qual a regionalização se apresenta como um instrumento analítico, um pressuposto metodológico, adjetivando os territórios na sua diversidade, na dependência do pesquisador.

2.2 A TRAJETÓRIA DA DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE ALCANÇANDO A REGIONALIZAÇÃO, NA CONDUÇÃO DO SUS

Qualificar a regionalização do SUS demanda iniciativas de “concertação” social e validação cultural, assim como ações de lideranças democráticas.

(BRASIL, 2006, p. 8).

É no contexto permeado pelo pressuposto da racionalidade das políticas reformistas que a descentralização da saúde no Brasil tem uma de suas maiores expressões: a organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, conforme declarada na Constituição⁸, (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica 8080 (BRASIL, 1990), que emerge na trajetória do SUS como uma importante estratégia para viabilizar a descentralização, cotejando a necessidade de instrumentalizar sua racionalidade técnico-administrativa e que vem se desenhando desde as NOB (01/91, 01/93 e 01/96).

Viana e cols (2008) organizaram em quatro ciclos o processo de descentralização do SUS, considerando: o perfil de financiamento; o fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais; o ambiente intergovernamental e a conformação de pacto nacional e de políticas regionais. O primeiro ciclo, acontecendo no plano político nacional, na conjuntura da democratização dos anos 1980; o segundo, na primeira metade da década de 1990, se configurando pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal; o terceiro ciclo, na segunda metade da década de noventa, se caracterizando por medidas de financiamento para municípios mais pobres; o quarto ciclo, na primeira metade dos anos 2000, com ênfase no processo de regionalização do SUS.

Para mostrar de forma esquemática como a descentralização e a regionalização vão se consubstanciando na trajetória da saúde no País, elaboramos um quadro, seguindo a lógica dos ciclos de Viana e cols (2008), com os principais movimentos relacionados à regionalização e à descentralização, à qual acrescentamos mais um ciclo, com alguns aspectos

⁸ A descentralização política brasileira pós-regime militar, que se consolida pela Constituição de 1988, gerou, de acordo com Pestana e Mendes (2004), o fenômeno do federalismo municipal, caracterizado pelo status de membros da Federação concedido aos municípios e pela repartição de recursos da União e dos Estados para os municípios.

correspondentes à segunda metade dos anos 2000, fica caracterizados pela tentativa de consolidar alguns dos marcos conceituais da regionalização:

CICLO	PERÍODO	ASPECTOS
Primeiro ciclo	Década de 1980	Movimentos estaduais/municipais por maior autonomia decisória e financeira: bandeira - descentralização; ampliação de transferências financeiras intergovernamentais; difusão de modelos de territorialidade de sistemas de saúde (distritos locais de saúde: unidade mínima do sistema de saúde - base territorial geográfica; rede de serviços com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população) ⁹ ; universalização gradativa dos serviços; reafirmação da regionalização como mecanismo de organização/direção/gestão do SUS (Lei 8.080).
Segundo ciclo	Década de 1990 (primeira metade)	Mais recursos para municípios, por séries históricas de produção e faturamento; Descentralização operacional (NOB 01/91); 1991: Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS: pressuposto básico - definição de “área geográfica.” Modalidades de habilitação dos municípios (NOB 01/93); 1994: Programa Saúde da Família/PSF - definição de territórios: “adscrição de população” / “território de abrangência” / “territorialização” ¹⁰ ; Incentivos para a adoção do PSF; Programação Pactuada Integrada (PPI) - negociação entre as três esferas de governo - representados pela Comissão Intergestores.
Terceiro ciclo	Década de 1990 (segunda metade)	Financiamento para municípios de regiões mais pobres (NOB 96); Transferências de recurso financeiro per capita e por programas - Piso de Atenção Básica – PAB fixo e variável.
Quarto ciclo	Década de 2000 (primeira metade)	Ênfase na regionalização - ampliação do acesso, com base na distribuição/organização dos serviços (NOAS 01/2001; 01/2002); - instrumentos de planejamento - Plano Diretor de Regionalização/PDR; Plano Diretor de Investimento/PDI; Programação Pactuada Integrada/PPI.
Quinto ciclo	Década de 2000 (segunda metade)	A gestão do SUS pelo Pacto pela Saúde ¹¹ : pela Vida; pela Defesa do SUS; de Gestão: com a proposta dos Colegiados Regionais de Saúde.

Quadro 2 – Aspectos relacionados à regionalização, no processo de descentralização da saúde no Brasil.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das contribuições de Viana e cols (2008).

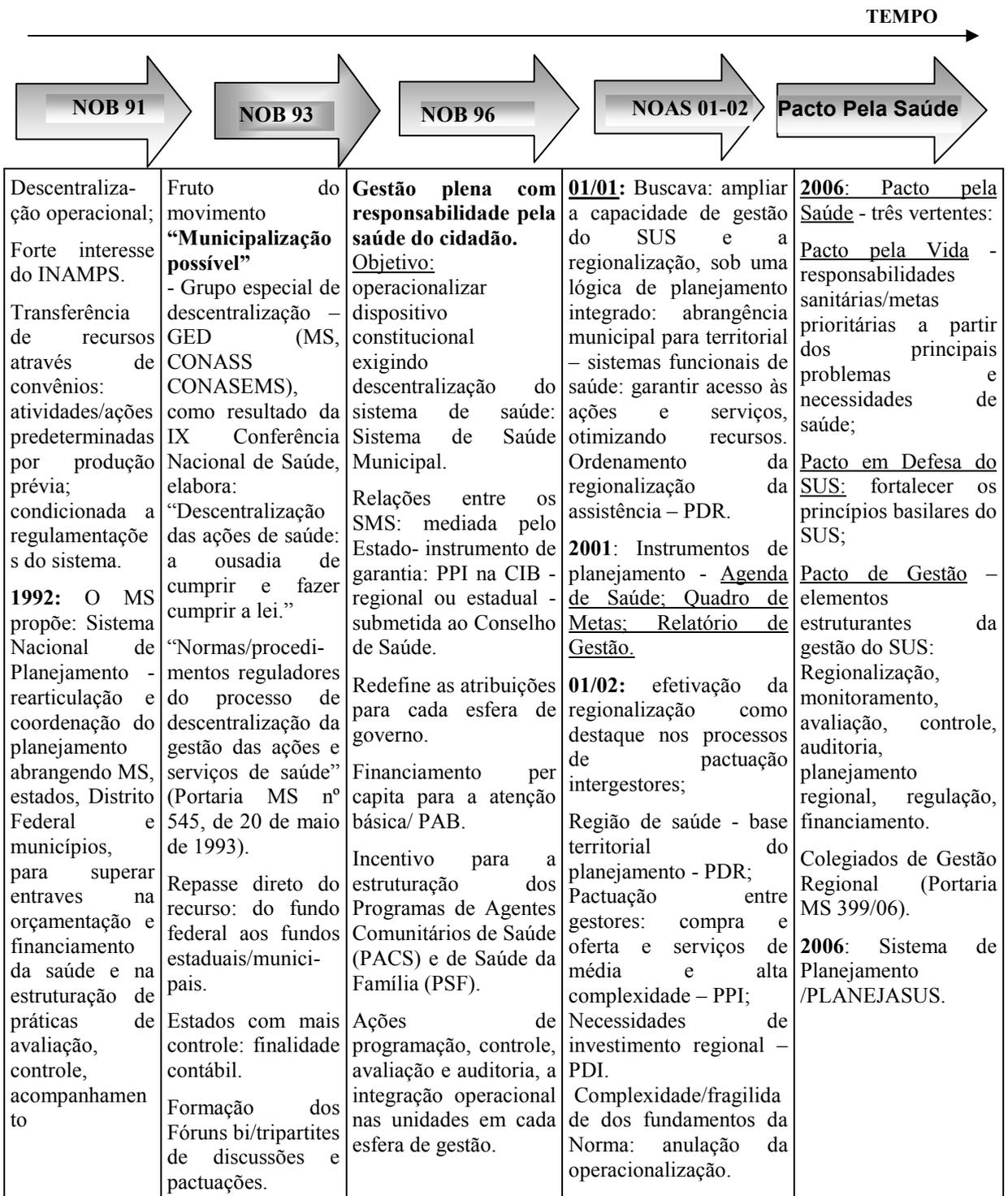
Com esse processo de regionalização no SUS se desenhando desde as NOB (01/91, 01/93 e 01/96), através de critérios e mecanismos para a descentralização da gestão, como saltos para aprimorar e organizar a implementação do SUS a partir dos resultados que vão sendo alcançados, nas várias experiências ocorridas no país, apresentamos o Quadro 3 os

⁹ Com experiências no Brasil, através de cooperação técnica Brasil-Itália: Salvador/Pau da Lima-BA, Natal-RN, Cachoeira de Macacu-RJ, ocorrendo paralelamente ao enfoque estratégico situacional no planejamento, na perspectiva de romper com a lógica autoritária e vertical na organização dos serviços, desenvolvido através do método CENDES/OPAS (GONDIM,2008).

¹⁰ 1. Vinculada a uma unidade básica; 2. Área sob a responsabilidade de uma ESF; 3. Ferramenta metodológica para reconhecer as condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

¹¹ 1. Responsabilidades sanitárias através de metas prioritárias do país; 2. Fortalecer o SUS em seus princípios básicos; 3. Eixos estruturantes: territorialização, flexibilidade nos desenhos das regiões, cooperação entre gestores, financiamento solidário, subsidiariedade; competências mínimas da esfera local; monitoramento, avaliação, controle, auditoria; planejamento regional; regulação; participação e controle social.

principais aspectos da normatização do SUS relacionados à descentralização, à regionalização e ao planejamento, uma linha do tempo da trajetória do SUS, revisitando essas normatizações:



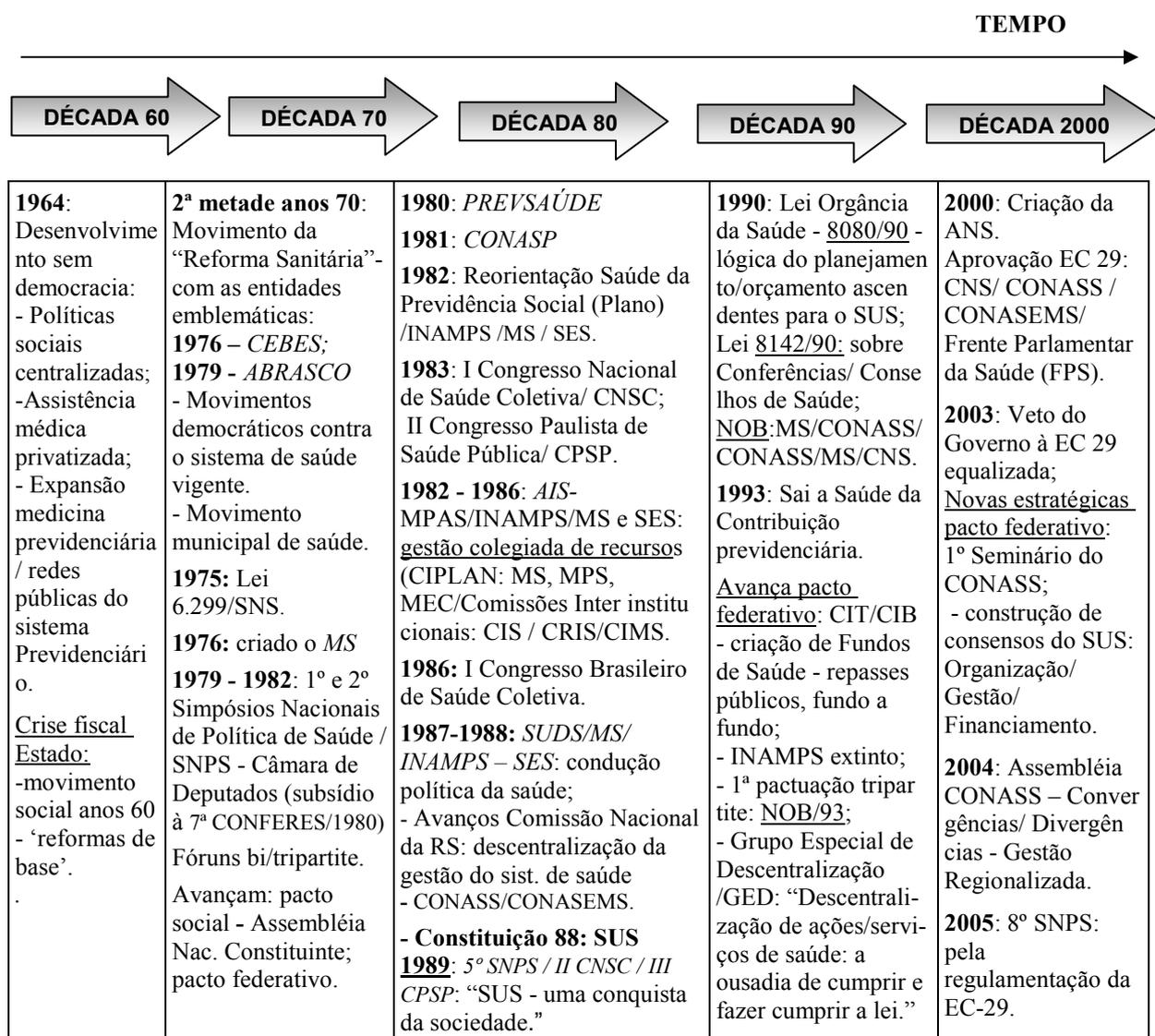
Quadro 3 - Linha do tempo das normatizações do SUS na contextualização da descentralização, da regionalização e do planejamento.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das contribuições: MS, 1992, apud Vieira, 2009; Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Brasil, 1992; 1996a; 1993; 1997; 2001; 2001a; 2002; 2003; 2003a; 2004; 2006; 2006a; 2006b; 2006c; 2006d; 2006e; 2009; 2009^a; Pestana e Mendes, 2004.

Como já vinha ocorrendo desde a NOB 01/93 e a NOAS, o Pacto também resultou de um intenso processo de discussão e pactuação entre gestores dos três níveis de governo:

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e Ministério da Saúde (MS), diferenciando-se pela formalização desta participação, mediante o compromisso firmado através da assinatura das representações dos três níveis de governo, configurando-se em um pacto de responsabilizações sanitárias interníveis.

Para mostrar a participação dos entes federados nessa trajetória, traçamos no Quadro 4 uma linha do tempo, desde a década de 1960, com as décadas mescladas pela maneira como os fatos foram acontecendo, evidenciando como os movimentos que antecederam a Constituição de 1988 foram acontecendo na história do SUS. Destacamos aí a atuação da CEBES e ABRASCO, principais protagonistas do importante movimento pela Reforma Sanitária.



Quadro 4 - Linha do tempo do movimento dos entes federados na contextualização da descentralização, regionalização e planejamento do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das contribuições: Brasil, 1988; 1980; 1990; 1990a; 1993; 1997; 1998; 2004; Lima, 1999; Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Silva, 2000; Vieira, 2009.

É na perspectiva de maximizar as fortalezas e minimizar as debilidades da descentralização que vemos um papel estratégico no contexto brasileiro nos movimentos interfederados, em torno dos impasses e das grandes dificuldades com as quais se tem convivido no cotidiano do SUS. Um contexto que é marcado pelas diferenças socioeconômicas entre estados e municípios e expressas, no setor saúde, pela distribuição desigual de serviços, tecnologias e profissionais de saúde.

Assim, esses movimentos, que adquirem formas e contornos diferenciados, vêm como um estímulo à cooperação intergovernamental, o que pode levar à colaboração técnica e/ou financeira, à redução da disputa por recursos, pela delegação de responsabilidades no desenvolvimento das ações.

Dessa forma consideramos que a regionalização - como uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão - é norteadora da descentralização da saúde, mediada pela organização da rede de atenção à saúde, levando-se em conta o que as regiões de saúde devem representar nesse processo, submetidas conceitualmente a uma ótica que: perpassa a diversidade, desigualdade e complementaridade; contraponha as relações da natureza às relações de cunho social; considere a integração em redes, a proximidade organizacional e a coerência entre pontos funcionais, sobrepujando os rígidos limites geográficos; os recortes se dêem pela dinâmica territorial considerando espaços em uma totalidade social dinamizada, relacional, ampliada pela formação econômico-social.

Enfim, uma regionalização que seja pautada conceitualmente por espaços com experiências vividas, em que sejam levados em consideração seus determinantes históricos e o sistema social, e por noções de território que deixem de ser inertes e alheios às relações sociais e às relações de poder e interesses em disputa.

Concluindo, uma regionalização que, longe de ser prescindida das discussões e medidas na atualidade em torno da construção do SUS, deve ser cada vez mais posta em prática, através de buscas de aprofundamento de uma gestão regionalizada, onde o processo de negociação e pactuação apontem cada vez mais para a relevância de um mecanismo de cogestão, que seja permanente, cooperativo, compartilhado e solidário e que venha a fortalecer e garantir os princípios constitucionais da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade.

3 OS PERCURSOS DO PLANEJAMENTO E ALGUMAS DAS SUAS CONCEITUAÇÕES REVISITADAS

Durante muitas décadas nós profissionais do planejamento operamos unanimemente com a convicção de que nossa racionalidade acadêmica, científica ou técnica era necessária e suficiente para incorporar o máximo de racionalidade possível às decisões de gestão e à ação em função de objetivos ou metas, explícitas ou subentendidas, de desenvolvimento, de solução de problemas ou de melhoramento do desempenho de algum organismo ou organização.

(ROBIROSA, 2002, apud GARCIA, 2005, p. 8).

Para abordarmos a trajetória do planejamento no Brasil, por meio de seus principais movimentos e aspectos legais, faremos uma incursão nos grandes movimentos de cunho mundial que introduzem o planejamento como ferramenta de governo, determinando os rumos tomados na América Latina e como estes se manifestam no Brasil.

Giovanella (1991, p.28) encontra em Giordani (1974) o surgimento do planejamento, com a instituição da propriedade social dos meios de produção na sociedade socialista para substituir o mercado, como instrumento de alocação de recursos e distribuição de produtos e para estabelecer proporções justas entre produção e consumo, oferta e demanda, e nos vários ramos da economia, para satisfazer as necessidades de todos nessas sociedades. Assim, o planejamento, como instrumento de economia e política, aparece na década de 30, sendo utilizado primeiramente na União Soviética, em 1929, como instrumento de política econômica, no Primeiro Plano Quinquenal (PAIM, 1981; LAFER, 1975: p. 9, apud GARCIA, 2005).

E nos países capitalistas, Dallabrida (2005) e Giovanella (1991) se reportam a Keynes (1985), que, na década de 30, ao propor soluções para a crise do capitalismo, admitia a necessidade do sistema capitalista ser administrado, e da economia então existente nas sociedades capitalistas ser politizada, baseadas nas "livres leis de mercado" - o *laissez faire*. É de Keynes a proposta do planejamento estatal, para dar maior dirigismo e racionalidade ao Estado.

Para Onocko (2001) o surgimento das teorias da administração e do planejamento no capitalismo atual acompanha o raciocínio de alguns pensadores modernos (Foucault, 1987; Castoriadis, 1987 e Bourdieu, 1992), que relacionaram a constituição dos discursos e a conformação do campo e do objeto das diferentes disciplinas à época, à constituição não só histórico-social como também subjetiva dos autores.

Assim, a 'racionalidade moderna', em nome da eficiência, introduz a ideia do funcionamento “azeitado”¹² entre os meios e os fins, como um dos seus pressupostos básicos, o que se dá através de buscas de técnicas e métodos para manter essa 'teoria' - a “organização capitalista do mundo globalizado”.

3.1 DO PLANEJAMENTO CENTRALIZADO ÀS PERFORMANCES DO PLANEJAMENTO, ATRAVÉS DAS TRAJETÓRIAS DA DESCENTRALIZAÇÃO E DA REGIONALIZAÇÃO

França e Leite (2008) mostram - ao referirem a relação da região com as redefinições da economia mundial e, conseqüentemente, da nacional, alterando a configuração das regiões - a conexão destas com os interesses do capital, algumas se enquadrando nas ‘regiões do mandar’, as que recebem inúmeros recursos financeiros, e as ‘regiões do fazer’, marginalizadas socialmente e economicamente pelo grande capital. E pontuam que é nesse processo de uso das regiões pelos grandes detentores do poder que o planejamento é utilizado muitas vezes para tentar homogeneizá-las, “como palco para as ações, sendo que elas possuem dinamicidades, conteúdo histórico” (FRANÇA; LEITE, 2008, p. 2).

Seguindo a linha de entendimento do planejamento em saúde no rol de possibilidades mediadoras das conexões entre a formulação de diretrizes políticas e levando em consideração ser a descentralização uma diretriz operacional, abordamos Teixeira nessa discussão, ao se referir à descentralização como um meio e não como um fim em si mesma, considerando que, para se qualificar esta descentralização, como uma proposta de fato modificadora da situação sanitária, ou seja, para extraí-la da condição tão somente de uma reforma administrativa, há que se definir seus objetivos e metas, estabelecendo assim a sua finalidade (TEIXEIRA, 1990, apud MOTTIN, 1999).

Fazer uma conversa do planejamento com a regionalização implica em ter o traçado dos principais movimentos que levaram aos processos de planejamento no mundo e, mais especificamente, no Brasil, o que remonta a um longo caminho na história política, econômica e social dos países, cada um com suas especificidades e necessidades, ainda que com processos muitas vezes imbricados ou semelhantes, mas que demandariam uma extensa

¹² Termo no sentido de 'engajado' (Onocko, 2001).

discorrência até alcançarmos os aspectos mais relacionados à descentralização e à regionalização.

Assim, optamos por fazer um resumo esquemático do planejamento, buscando identificar os passos dados nos movimentos que foram associados com o processo descentralização e regionalização, no entendimento da estreita relação da região com as políticas públicas regionais e os planejamentos regionais, para o que nos reportamos a vários autores e normatizações, buscando reter os principais aspectos associados aos referidos movimentos, tanto do ponto de vista do planejamento como do ponto de vista da descentralização e da regionalização, com ênfase no Brasil.

Com isso pretendemos apreender os aspectos político-econômicos mais importantes na trajetória do planejamento, iniciando pelo panorama mundial, passando pela América Latina, em que apontamos os principais movimentos do planejamento nesses contextos, desde aqueles relacionados às correntes centralizadoras até aqueles que acompanham a descentralização e a regionalização.

Procuramos assim resumi-los a partir dos grandes movimentos originadores do planejamento internacionalmente, alcançando o contexto latino-americano e o brasileiro, apresentados no Quadro 5, visualizados por década e por localidade, no período que vai desde a década de 1930 até a atualidade.

O Brasil se insere, portanto, em todas as décadas, com os aspectos considerados mais relevantes para a compreensão da trajetória do planejamento em nosso País, com a percepção do percurso dos principais movimentos e eventos no decorrer das décadas, bem como a percepção de fatos que associam estes movimentos aos grandes movimentos mundiais e principalmente da América Latina, até o advento do PlanejaSUS.

ANOS	LOCAL	MOVIMENTOS	PRINCIPAIS ASPECTOS/DETERMINANTES
Anos 30	URSS: 1928-32	Primeiro Plano Quinquenal	Imprimir racionalidade às transformações almeçadas para a sociedade após revolução.
	Países capitalist as	Plano Marshall (Keynes: planejamento estatal - maior dirigismo e racionalidade).	Recuperar devastação da Europa pós 2ª Guerra: forma mais eficaz de contrapor-se ao socialismo (GIORDANI, 1974, apud GIOVANELLA, 1991).
	Brasil	Conselho Federal de Comércio Exterior ¹³ ; Ministério da Educação e Saúde / Departamento Nacional de Saúde Pública.	Primeiras intervenções no desenvolvimento: instrumentos intervencionistas na economia - resultados da Revolução de 1930 e a modernização (SCHMIDT, 1983, apud GARCIA, 2005)
Anos 40 a 50	Países do "3º Mundo" América Latina	ONU/Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL. Planejamento social na AL: planejamento governamental - econômico /desenvolvimento (COSTA, 2007).	Planejamento: instrumento para formulação de políticas sociais/superação do subdesenvolvimento - industrialização rápida: aumentar a renda per capita; necessidade de superar as diferenças econômicas com os países capitalistas centrais ¹⁴ .
	Brasil	<u>Propostas:</u> 1944/45: Relatório Simonsen; <u>Diagnósticos:</u> 1942/43 - Missão Coke; 1948 - Missão Abbink; 1961 - Plano Salte; 1951/53 - Comissão Mista Brasil/EUA.	Tentativas de coordenar e planejar economia e espaço brasileiro, mais como esforço de racionalização do orçamento nacional do que propriamente planejamento (FRANÇA; LEITE, 2008; LAFER, 1975, apud GARCIA, 2005).
Anos 60	América Latina	1963: Iª Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas - Primeiro plano decenal de saúde.	Primeiros programas na saúde, em decorrência da Carta de Punta del Este ¹⁵ com metas decenais.
		1965: Planejamento na Saúde - Método Cendes (OPS/OMS) - Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central/ Venezuela.	Transposição do planejamento econômico normativo, linha Cepalina: conhecimentos técnicos "neutros," normativo e economicista, fundamentado pela relação custo-benefício.
		1968: Centro Pan-Americano de Planificação de Saúde/CPPS: capacitação de "funcionários de alto nível"; divulga o método.	Marco teórico da formulação de políticas, com formulação de estratégias, construção da imagem objetivo e análise do jogo de forças.
	Brasil	1955-1960: Governo Juscelino Kubitschek - Plano de Metas, ou Plano Trienal; Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE); 1959: PND (Planos de	Planos de governo, normativos ¹⁶ influenciados pela ótica Cepalina; Os PND: Tentativas de promover uma política de planejamento regional. Articulados à política de extensão de cobertura dos serviços de saúde; Contexto político-econômico:

¹³ Para estudar/propor recomendações ao comércio exterior e a incentivos para a incipiente indústria nacional, e decidir sobre criação de outras instituições relacionadas à agricultura, minerais, matérias primas, materiais para indústria bélica etc. (GARCIA, 2005).

¹⁴ Planejamento aí é entendido como instrumento para desenvolvimento; este, significando crescimento do produto nacional, e aceleração do seu ritmo: industrialização, modernização (Giovanna, 1991). São participantes brasileiros: Celso Furtado, Maria da Conceição Tavares, Carlos Lessa e Fernando Henrique Cardoso (COSTA, 2007).

¹⁵ Os Estados Unidos lançam, através da Organização dos Estados Americanos - OEA, em Punta del Este - Uruguai, o "Programa Aliança para o Progresso": para o desenvolvimento e contra o socialismo - clara intenção de controle social, vindo daí a decisão de se incorporar os setores sociais à planificação do desenvolvimento (GIOVANELLA, 1991).

¹⁶ Inviabilidade econômica da política de saúde previdenciária no Brasil, com ênfase no setor privado: diagnóstico - gastos excessivos pela irracionalidade do uso dos recursos e múltiplas instituições; planejar - entendido como melhor uso para os recursos disponíveis - é incorporado ao governo pós-64, estendendo essa visão economicista à saúde (AMARAL; SCARAZATTI, 2008).

ANOS	LOCAL	MOVIMENTOS	PRINCIPAIS ASPECTOS/DETERMINANTES
		Desenvolvimento) dos governos militares: SUDAM (66); SUDESCO (67); SUDESUL (69).	concepção de desenvolvimento na AL, envolvendo educação e saúde e não só economia.
Anos 70	América Latina	Ilpes- Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social.	Planejamento estratégico: Estrategia y Plan, 1972 – Matus; O político como objeto do planejamento.
		1972: IIIª Reunião Especial Ministros de Saúde das Américas; Planejamento estratégico – Saúde.	IIIª Reunião: extensão dos serviços de saúde a populações urbanas e rurais desassistidas (OPS/OMS, 1975) - sem resposta do CENDES.
		1975: <i>Formulación de Políticas de Salud – OPS/CPPS</i> .	Introdução da estratégia no planejamento de saúde;
		1975-79: PSP (OMS): meta social saúde para todos no ano 2000.	PSP- OMS: processo de programação sanitária por países; base - experiências de diversas regiões.
		1975: Escola de Saúde Pública de Medellín.	Enfoque Estratégico da Programação em Saúde
	1978: Conferência de Alma-Ata	“Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.	
	Brasil	1974: instituição do Ministério da Saúde.	Surge no Brasil o planejamento, como instrumento governamental de saúde.
Anos 80	América Latina	1980: formalização da orientação metodológica/ OMS. Início dos anos 80 - descentralização e municipalização da atenção primária – Chile.	Processo de Gestão para Desenvolvimento Nacional da Saúde (OMS): formulação das políticas nacionais de saúde; programação geral; orçamento por programas; plano geral de ação; programação; execução; avaliação; reprogramação; informação.
		1981: Testa - pensamento estratégico;	Notas sobre las Implicaciones de la Meta SPT/2000, la Estrategia de Atención Primaria y los Objetivos Regionales Acordados para la Planificación y Administración de los Sistemas de Servicios de Salud (BARRENECHEA; TRUJILLO, 1987).
		1982: <i>Matus – PES</i> : Conceitos básicos de situação e produção social	Situação: base fenomenológica; produção social: base marxista.
		1982: OPS/SPT- Enfoque estratégico	Elementos: da administração geral, do PES e do enfoque de risco.
		1987: <i>Salud para Todos en el Año 2000</i> .	Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud.
	Brasil	1980: <i>PREV-SAÚDE</i> Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde. (Sem aplicação na prática).	Rede de serviços básicos- cuidados primários: proteção/promoção/recuperação da saúde em quantidade/qualidade; meta: cobertura de saúde a toda a população até 2000.
		1982: <i>CONASP</i> - Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária.	Parte também das propostas de implantação de rede para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização.
		1983: <i>AIS</i> : Política de Ações Integradas de Saúde; <i>POI</i> : Programação e Orçamentação Integrada; <i>SAMHPS</i> : Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social;	(Também parte das propostas supracitadas). Maior racionalidade/integração/controlado às ações de saúde, com: programação/orçamentação de recursos; integração público/conveniada; controle de recursos para o setor privado contratado.
		1987: <i>SUDS</i> : Sistema Unificado e	Universalização/equidade no acesso; integralidade

ANOS	LOCAL	MOVIMENTOS	PRINCIPAIS ASPECTOS/DETERMINANTES
		Descentralizado de Saúde - “estratégia-ponte para o SUS” - consolidação das AIS. <u>Suas diretrizes:</u>	dos cuidados; regionalização dos serviços /implementação de distritos sanitários; descentralização das ações de saúde; instituições colegiadas gestoras; política de RH.
		1988: A Reforma Sanitária – Constituição do SUS ¹⁷ .	Planejamento no SUS - lógica ascendente, junto com o orçamento, nas três esferas de governo.
Anos 90	Brasil	1990: Reforma Sanitária	Lei 8.080-MS, SUS.
		1992: Proposta MS - criação do sistema nacional de planejamento. <u>As propostas:</u>	Rearticular/coordenar planejamento: MS, estados, DF e municípios; superar entraves na orçamentação/financiamento da saúde; estruturar práticas de avaliação, controle e acompanhamento.
		1996: NOB-SUS 01/96 <u>Exigência para repasse de recurso federal para municípios:</u>	Planos de Saúde Plurianuais, aprovados por conselhos de saúde; programação pactuada integrada – PPI.
Anos 2000	Brasil	2001: NOAS 01/01 <u>Instrumentos de planejamento:</u>	Agenda de Saúde; Quadro de Metas; Relatório de Gestão; da regionalização: PDR, PPI e PDI. ¹⁸
		2001: Agenda de Saúde - instituída em 29 de março de 2001. <u>eixos prioritários de intervenção:</u>	Reduzir mortalidade infantil/materna; controlar doenças/agrivos prioritários; reorientar modelo assistencial/descentralização; melhorar a gestão / acesso/qualidade das ações/serviços; desenvolver RH; qualificar o controle social.
		2004-2007: Plano Nacional de Saúde/ PNS	Evidencia a necessidade de se construir um sistema de planejamento do SUS.
		2006: Pacto pela Saúde	MS: necessidade de articular os pactos através de processos sistêmicos de planejamento.
		2005 – 2006: Oficinas macrorregionais <u>Seu objetivo:</u>	Definir/aperfeiçoar bases de organização/ funcionamento do referido sistema.
		2006: Sistema de Planejamento do SUS/ PlanejaSUS. <u>Os instrumentos:</u>	a) Plano de Saúde – PS ¹⁹ , de acordo com o PPA em cada esfera de governo; b) Programação Anual de Saúde; c) Relatório Anual de Gestão; e mantém: PDR e PPI (BRASIL, 2006b).

Quadro 5 - Movimentos do planejamento com seus principais aspectos/determinantes por localidade, com enfoque no Brasil, segundo o período.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das contribuições: Barrenechea e Trujillo, 1987; Giovanella, 1991; Lana e Gomes, 1996; Dallabrida, 2005; Brasil, 1990; 1996b; 1997; 2001; 2001a; 2002; 2002a; 2006; 2006b; 2006d; 2006e; 2009; 2009a; Faria, 2002; Garcia, 2005; Perez, Bentacourt e Suarez, 2006; Costa, 2007; Dias, 2007; Vieira, 2007; Amaral e Scarazatti, 2008; González, 2009; Vargas e Theis, 2008.

¹⁷ Onocko (2001) identifica o surgimento do planejamento no contexto brasileiro na década de 80, tendo como marco a Reforma Sanitária.

¹⁸ Plano Diretor de Regionalização/PDR: região de saúde - “base territorial do planejamento da atenção à saúde”, com características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta e acesso aos serviços, visando ordenar a distribuição dos serviços regionalmente. Programação Pactuada e Integrada/PPI: pactuação entre gestores, da compra e oferta de serviços de média e alta complexidade, buscando a troca da oferta; Plano Diretor de Investimento/PDI: identificação das necessidades de investimento no âmbito regional, definição de prioridades nas lacunas de assistência (BRASIL, 2002a).

¹⁹ Plano de Saúde/PS: a partir de análise situacional, as intenções e resultados para quatro anos, com objetivos, diretrizes e metas; Programação Anual de Saúde/PAS: o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS; e Relatório Anual de Gestão/RAG: instrumento que apresenta resultados com a execução da PAS” (BRASIL, 2009a).

Fechando este Quadro, o planejamento no Brasil alcança a criação do sistema de Planejamento do o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS, criado em 2006, e definido pelo Ministério da Saúde como “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS,” tendo como objetivos: a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento das ações e dos resultados alcançados (BRASIL, 2009a).

Reportando-nos à grande influência dos planejadores latino-americanos, Matus e Testa, na trajetória do planejamento em nosso país, através da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional do primeiro, amplamente discutido e utilizado entre planejadores e formadores de graduação e pós graduação nos anos 80 (ONOCKO, 2001) e do pensamento estratégico do segundo, contrapondo as idéias de governo e de poder como lemes para a discussão e compreensão do processo de planejamento na América Latina, identificamos o planejamento como uma ferramenta importante da gestão do SUS e como fator determinante da mudança do cenário sanitário do país, ao mesmo tempo em que se constitui num campo determinado por essas mudanças.

3.2 REVISITANDO ALGUNS ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS DO PLANEJAMENTO

Ao identificarmos o planejamento em saúde conforme as concepções explicitadas [...] – um conjunto de técnicas para intervir e para avaliar sistemas e serviços de saúde; uma prática social (práxis) transformadora de sujeitos e coletivos; um subsídio para a gestão democrática e para as mudanças; um conjunto de estratégias para a organização de sistemas locais de saúde; um conjunto de métodos de ação governamental para a tomada de decisões; um instrumento e atividade do processo de gestão das organizações; um meio de intervenção em ambientes complexos; e um meio de ação comunicativa – estamos trabalhando com a perspectiva de construção de um novo sujeito para o planejamento: livre, (des) alienado, autônomo, capaz de reagir ante o status quo e propor um processo de mudança que supere a ação dominadora do sujeito da opressão.

(ABREU, 2006, p. 166).

Revisitar aspectos teórico-conceituais do planejamento é um propósito difícil de ser conseguido, pela gama de trabalhos existentes a esse respeito e pela própria diversidade conceitual com que o planejamento é abordado.

Procurando não cair no lugar comum das várias conceituações de planejamento atualmente existentes, consideramos oportuno nos referir a algumas dessas abordagens que se coadunam mais com o que vislumbramos como a finalidade do planejamento em saúde, em consonância com o nosso propósito, como contextualiza Teixeira (2001), que situa o planejamento em um campo aberto a reflexões e experimentações, como resultado de um acúmulo de abordagens e enfoques que foram se mesclando, em função de novas demandas e necessidades historicamente colocadas.

Não se pode falar do planejamento em seus aspectos conceituais, sem tratar da sua relação intrínseca com a realidade. Assim, traçamos aqui um pequeno resumo da maneira como vem sendo vista, construída e conectada a prática interativa do planejamento com esta realidade:

Uma prática social, na medida em que é permeada por toda uma discussão de ordem técnica, política, econômica e ideológica, abordando-se aí aspectos de natureza teórica, metodológica, técnica e instrumental em uma determinada organização e mediante determinadas relações sociais, como um processo transformador de uma situação em outra, não aleatoriamente, mas a partir de uma finalidade posta e através de instrumentos e atividades²⁰ (TEIXEIRA, 2001; PAIM, 2002).

Uma prática que é construída a partir das necessidades socialmente apresentadas, onde o sujeito social deve ser dotado de elementos para sua intervenção, ou seja, para enfrentamento dos problemas historicamente constituídos (CAMPOS, G., 1994).

Dotada de uma conexão teleológica com a estratégia (DALLABRIDA, 2000) que, por essa sua linha de atuação estratégica, se estabelece no plano incerto e impreciso do futuro, bem como em um campo dialético, para enfrentar o jogo conflito-consenso em que “seu campo de reflexão é o polo oposto à certeza dogmática e à predição determinista”, ou seja, a ‘estratégia explora a construção do futuro’ (MATUS, 1996, p.11 apud DALLABRIDA, 2005).

Saindo da perspectiva da interação do planejamento com a realidade para as dimensões com que são construídas as conceituações da prática do planejamento, Vilasbôas (2006) identifica e correlaciona as conceituações colocadas por vários autores, mediante duas

²⁰ Por instrumentos Paim (2002) denomina os meios de trabalho, ou seja, as técnicas e os saberes; por atividades, o próprio trabalho.

dimensões: uma dimensão tecnológica e uma dimensão mais ampla, como “processo de caráter social”, ou como “prática sócio histórica... parte indivisível da realidade social.”

A primeira, como “um conjunto de meios utilizados para desenhar, organizar e acompanhar propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade”, mas também “orientados por valores, opções técnicas e escolhas políticas.” A segunda, uma dimensão onde o planejamento se situa no espaço das decisões da sociedade, ou seja, do político.

Vilasbôas e Paim (2008, p. 1240) identificam como um traço comum nas definições sobre planejamento, que perpassam essas duas dimensões, a ideia do planejamento ser um dispositivo orientador da ação humana, dirigido para o alcance de uma dada finalidade e adquirindo, neste sentido, a conotação de “uma ação social, pois tem uma estrutura teleológica que lhe é inerente.” Os autores trazem, de forma sintética, como o planejamento tem sido designado através de vários autores:

[...] como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores [(GIORDANI, 1979; MATUS, 1993, PAIM, 2002; CAMPOS, 2003), apud VILASBÔAS; PAIM, 2008, p. 1240].

Segundo Vilasbôas e Paim (2008) é na transformação de um objeto em um produto, com uma finalidade determinada - configurando-se assim um trabalho humano - onde opera a tecnologia, aproximando assim o planejamento do conceito de processo de trabalho, o que permite abordá-lo como um tipo de trabalho, que organiza outros trabalhos para o alcance dos propósitos institucionais. Dessa forma, os autores consideram que, quando o objeto desse trabalho são as práticas de saúde realizadas em uma instituição, pode-se admitir que as práticas de planejamento ajam sobre a organização dessas práticas, de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde nesse âmbito.

Ou seja, através da tecnologia, a prática do planejamento estaria se expressando pela “utilização de saberes operantes, inspirados em técnicas e conhecimentos disciplinares e saberes práticos, construídos 'em ato', para organizar a realização de práticas de saúde, com propósitos de manutenção ou transformação da situação de saúde”, podendo assumir a “conformação de um cálculo sistemático, articulando o conhecimento com a ação e o presente com o futuro” (VILASBÔAS; PAIM, 2008, p. 1240).

Os autores concluem analisando que, a depender do grau de formalidade do cálculo, poderá haver várias formas de expressão tecnológica das práticas de planejamento: um

formato estruturado, mediante procedimentos formalizados para a elaboração de propostas de ação cotejadas com a análise da situação, fundamentadas em análises de coerência, suficiência e viabilidade das proposições; um formato não estruturado, constituindo-se como um cálculo estratégico sistemático, sem atender a requisitos de formalidade.

Referindo-se ao *enfoque estratégico do planejamento*, Abreu (2006) observa, em uma consolidação teórico-metodológica das perspectivas contra hegemônicas daquele planejamento desenvolvido na América Latina, a partir da década de 1970: o Planejamento Estratégico Situacional, desenvolvido por Matus (1989); o Pensamento Estratégico, desenvolvido por Mário Testa; a proposta de Medellín, desenvolvida pela Universidade Central da Venezuela; e a Gestão Estratégica Hospitalar (*Démarche Stratégique*), desenvolvida por Crémadez e Gâteau, na França.

O autor aponta como características desse enfoque, o conjunto de tendências historicamente consolidadas: baseadas no conhecimento técnico, político e administrativo; centradas na atuação dos atores sociais em situação; estabelecidas em momentos operacionais onde o diagnóstico é um momento de reconhecimento da realidade; aplicam-se no contexto macropolítico e no contexto das organizações complexas; adotam os conceitos de estratégia e tática; e estabelecem o conhecimento da realidade como ponto de partida para o pensar estratégico (ABREU, 2006).

Reportamo-nos também aqui ao enfoque estratégico abordado por Buss (1989), que faz um apanhado sintético da coletânea de Rivera, Testa e Matus, intitulada de *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*, organizada pelo primeiro, mostrando a crítica feita por estes autores ao planejamento normativo.

É o planejamento normativo que se configura no ponto de partida do enfoque de Matus e Testa, pela rigidez do método, através do seu caráter tecnicista e economicista, excluindo as variáveis políticas em nome de uma neutralidade metodológica. A partir deste, estes estudiosos trazem outra face ao planejamento, através do enfoque estratégico, uma alternativa a esta pseudoneutralidade do método, levando o conflito para dentro do planejamento e agregando assim a questão política ao método.

Em Testa o planejamento é perpassado pelo viés do poder em saúde e tratado como um instrumento social (que não é necessariamente do governo) de “acumulação/desacumulação de poder”; em Matus, com o planejamento situacional, passam a se constituírem elementos fundamentais do plano: o caráter autorreferencial da explicação da situação virtualmente planejável, o caráter social e essencial da produção dos fatos diagnosticáveis, a natureza interativa do cálculo da planificação e o enfoque tático operacional para a instrumentalização

mais racional na condução dos processos sociais, em termos de técnicas de governo (BUSS, 1989, p. 470).

Porém Misoczky (2002) enfatiza a noção de situação, referencial central na obra de Matus (1996), como chave para entender o outro e assimilar seu ponto de vista, ou seja, o conceito de situação obriga a determinar quem está explicando a realidade, quem se identifica com certa leitura da realidade. Desta forma, cada ator avalia o jogo social de modo particular e atua segundo sua própria interpretação da realidade.

A autora faz esta inferência a partir da verdade hermenêutica, como inseparável do processo interpretativo, e o significado como o que resulta deste processo, qual seja, a transformação existencial prática que ocorre no sujeito que interpreta (em sua orientação de mundo), como resultado do encontro ativo com textos, com outras pessoas, com "o mundo." E cita Gadamer (1997), que trata a verdade como algo para ser 'feito', através do exercício da racionalidade comunicativa, ao invés de algo para ser descoberto (representado); um conceito prático, algo que só pode existir se nos responsabilizamos pela sua existência.

Martínez (2007) identifica, através de Rivera (1995, p. 52) e Artmann (1993), fragilidades no enfoque estratégico, apesar de ser mais vantajoso em vários aspectos que o normativo, e mostra que, ainda que Matus tenha submetido o modelo comunicativo à ação estratégica, não o desenvolve suficientemente. O enfoque estratégico mantém o privilégio do conhecimento e do agir finalístico frente ao entendimento intersubjetivo, ao 'objetualizar' os outros atores como simples recursos ou obstáculos para seu próprio projeto, utilizando a estratégia para prever seus comportamentos e reduzir seus campos de ação.

Rivera e Artmann (1999, p. 357) ao ponderarem que o planejamento deve "ajudar a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos", ampliam a concepção do planejamento estratégico de Matus para o de *planejamento comunicativo*, ao reconhecerem o ato de planejar como:

[...] relação interativa, a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível, a valorização da explicação do outro como parâmetro de crítica da nossa própria explicação e possível complemento e, finalmente, o destaque concedido à cultura no delineamento das regras institucionais.

E fecham sua ideia do casamento da gestão com o planejamento através da perspectiva comunicativa, que para eles:

não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos

O enfoque comunicativo é baseado na Teoria do Agir Comunicativo de Habermas, para quem o mundo da vida é um complexo estruturado simbolicamente, compondo-se de três elementos: a *cultura*, com suas formas simbólicas - objetos de uso e tecnologia, palavras e teorias, livros e documentos, ações; a *sociedade*, com as ordens institucionais, as normas do direito ou entrelaçamentos de práticas e costumes regulados normativamente; as *estruturas da personalidade*, o substrato dos organismos humanos, interligados através de um meio comum, a linguagem (HABERMAS, 1990, apud MARTÍNEZ, 2007).

Para Habermas, 'o mundo da vida' está centrado em uma prática comunicativa cotidiana que se alimenta de um jogo conjunto, resultante da reprodução cultural, da integração social e da socialização, e esse jogo está, por sua vez, enraizado nessa prática (Ibidem, op citada), ou seja, corresponderia às referências culturais, interpretações acumuladas ou recursos que permitiria aos sujeitos atuar comunicativamente e se entenderem, com a linguagem, o diálogo e o entendimento sendo seus conceitos-chave (PLANEJAMENTO... [200-]).

Trazemos aqui uma observação de Siebeneichler (1989), citado por Artmann (2001), sobre Habermas que, ao conceituar o mundo da vida, faz uma diferenciação ao alargá-lo para além do horizonte da consciência dos sujeitos, concebendo-o a partir da relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e agem, visando coordenar cooperativamente seus planos de ação.

A teoria da ação comunicativa surge então como um novo paradigma, em contraposição à teoria da ação social de Weber, com os questionamentos de Habermas ao paradigma do sujeito e recuperando os significados múltiplos do conceito da ação social:

Para Habermas a teoria Weberiana reduz a ação a uma dimensão instrumental/teleológica ou estratégica, que corresponde a uma forma de conhecimento e intervenção sobre estados de coisas do mundo objetivo, onde o critério da validade da ação estaria representado pela verdade ou pela eficácia da intervenção sobre o mundo. Essa forma de ação se transforma em estratégica quando envolve outros atores sobre os quais se pretende influenciar. Neste caso, os outros atores são reificados e vistos como meios ou obstáculos a superar (ARTMANN, 2001, p.185).

Respaldada na teoria do agir comunicativo de Habermas, Onocko (2000a, p. 1024) considera o conflito como potencialmente negociável, a partir do que identificamos essa como uma das vias para a gestão compartilhada, na medida em que sejam utilizadas metodologias onde o diálogo, a ação comunicativa do grupo sejam veículos do que a autora situa como de “mediação entre os espaços das políticas e das práticas.”

Com uma crítica à razão instrumental, em que “os métodos dos ‘meios’ são transformados em ‘fins’ em si mesmos,” Onocko (2000b, p. 725) trata de um “novo planejamento para entidades públicas,” onde o ‘como fazer’ da razão instrumental estaria subjugada ao ‘que fazer’, ou seja, para se chegar ao manejo acertado dos métodos, é preciso

ter clara a sua finalidade que, segundo a autora, não é dada *a priori*, devendo ser esta a primeira construção da identidade do grupo, num esforço que contribuiria para a constituição da própria identidade deste grupo (CAMPOS, G., 1998).

Abreu vai encontrar em Gandim (2001) o *enfoque participativo*, baseado no paradigma da participação, como uma tendência (uma escola) dentro do campo de propostas de ferramentas para intervir em conjunto sobre a realidade, por todos os que participam de uma organização, instituição, grupo ou movimento, seja transformando-a, seja construindo-a. Trata-se, segundo Abreu (2006), de um enfoque que inclui a distribuição do poder e a possibilidade de decidir na construção, não apenas utilizando-se do "como" ou do "com que" fazer, mas também do "o que" e do "para que" fazer.

Partindo dessas dimensões com que o planejamento é tratado e posto em prática, e da maneira com que o mesmo é relacionado com a realidade, alcançamos o planejamento na contemporaneidade, em um plano de uma incerteza visceral, ao se deparar com o desenvolvimento contemporâneo, passando por um intenso processo de transformações e expectativas flexíveis.

Estas transformações e expectativas, em nome da idealização da técnica e da tecnologia advindas com a modernidade apressada, acelerada, pelo sentimento individualista de posse, de consumo, com o 'signo da urgência' impregnando a sociedade, comprometem fortemente a dinâmica das organizações e seus processos de gestão (SÁ, 2001). Em um mundo que, para Zygmunt Bauman, padece de um "Mal-Estar da Pós-Modernidade", repleto de incertezas e onde a segurança, antes tão desejada pelo ser humano, é trocada pela liberdade, que é individual e engendrada por uma vontade suprema (BAUMAN, 1997, apud, SOUZA, 2009).

O *enfoque analítico institucional*, como um novo modelo de abordagem para o planejamento em saúde, se mostra a partir dos saberes da dialética, da psicanálise e da pedagogia, foi assim caracterizado por Abreu (2006, p. 174-175):

Assenta-se na criatividade, no cotidiano, nos saberes não estruturados, no fator Paideia de avaliação, no reconhecimento da iniquidade e na incorporação da subjetividade. É uma tendência atual; em constante construção; centrada nos saberes não estruturados e na atuação dos sujeitos da práxis; estabelecida em fluxogramas analisadores; onde o diagnóstico é um produto do processo técnico político, pedagógico e analítico; aplica-se no contexto micro político e no contexto das organizações complexas; adota os conceitos de dispositivo, legitimação, mudança institucional; e estabelece o conhecimento do cotidiano como ponto de partida para a intervenção.

O enfoque analítico institucional procura propostas alternativas às práticas de gestão e planejamento que tragam a possibilidade de fazer emergir as questões do sujeito e dos processos intersubjetivos intraorganizacionais. Sá (2001, p.159) traz de Enriquez (1994)

elementos para a concepção de sujeito “se opondo à do indivíduo preso à massificação pelo apego às idealizações em geral”:

O sujeito é aquele que tenta sair tanto da clausura social como da clausura psíquica e da tranquilização narcísica. É um ser criativo, que busca mudanças (pequenas, cotidianas), capaz de perceber a diversidade, e fazer de suas contradições, de seus conflitos e medos a própria condição de sua vida. O sujeito é alguém que quer criar coisas e reconhece a alteridade do outro e sua própria alteridade (SÁ, 2001, p. 159).

E agregando a estes conceitos a ideia da afetividade²¹, visitando o campo da psicanálise e da psicossociologia para acessar outras possibilidades da interação entre os sujeitos, que tragam, para um projeto comum, a ideia de 'representação coletiva', de um 'imaginário social comum', ambos permeados pelo afeto.

Sá (2001) traz essas colocações como reforço à viabilidade dos projetos coletivos e em contraponto ao que ela aborda como a 'doença do ideal', a ideia psicanalítica da sublimação, que, sem impedir a noção do ideal, vai contra a doença do mesmo, através do reconhecimento da própria estranheza de si e da estranheza dos outros, o que possibilita a aceitação do outro como 'menos estranho e mais semelhante' e vivenciando relações de reciprocidade no lugar de dominação. E traz de Enriquez (1997) a frase: “Não se trata unicamente de querer juntos, trata-se de sentir juntos [...]” (ENRIQUEZ, 1997, apud SÁ, 2001, p.159).

Abreu (2006) encontra o planejamento no Brasil em uma combinação de saberes e tecnologias acumuladas no processo de constituição da Reforma Sanitária, como um método de ação governamental na direção de uma gestão democrática - enquanto instrumento e atividade organizacional – como prática social transformadora e como meio de ação em ambientes complexos e de ação comunicativa, através de técnicas e estratégias para organizar sistemas locais de saúde e intervir nas realidades.

Em seu estado da arte para re-significar o planejamento em saúde no Brasil, o autor o entende como um “dispositivo para garantir acesso à saúde, sempre permeado pelas questões do poder enquanto capacidade e do sujeito enquanto portador de uma práxis²² capaz de manter a ordem e transformar a realidade” (ABREU, 2006, p. 11).

Sob o enfoque analítico institucional, com seu berço no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (Abreu, 2006), Azevedo e Costa (2001) trazem para o contexto brasileiro os efeitos nefastos da modernidade apressada - com seu 'signo da urgência' impregnando a sociedade, conforme colocado por Sá (2001) – e alcançando as organizações

²¹ Sá se reporta a Dejours (1999) para relacionar a afetividade à base da noção de subjetividade. Assim o sujeito seria alguém que estaria vivenciando afetivamente uma situação (SÁ, 2001, p.159).

²² Abreu conceitua práxis como “ação objetiva que, superando e concretizando a crítica social meramente teórica, permite ao ser humano construir-se a si mesmo a ao mundo, de forma livre e autônoma, nos âmbitos cultural, político e econômico. Prática, ação concreta” (HOUAISS, 2001, apud ABREU, 2006).

públicas, acrescidos daqueles efeitos advindos da Reforma Administrativa, ou seja, da privatização e da modernização gerencial eficientista, que acompanham esse mal estar organizacional, fazendo as organizações públicas padecerem pela incerteza de sua sobrevivência.

Já o enfoque comunicativo tem seu lócus teórico-metodológico na ENSP, baseada na teoria da ação comunicativa que, principalmente através de Rivera e Artmann, trazem novos elementos que se agregam ao planejamento estratégico, dando ênfase à cultura organizacional e à comunicação como potenciais a serem utilizados pelos trabalhadores sociais no momento do planejamento das ações e serviços de saúde e Abreu assim o caracteriza:

centrada na atuação dos sujeitos em negociação; estabelecido em instantes de diálogo; onde o diagnóstico é um momento de aprendizagem sobre a realidade; aplica-se no contexto micro-político e no contexto das organizações complexas; adota os conceitos de liderança e negociação; e estabelece o paradigma da organização que aprende como ponto de partida para mudança institucional (ABREU, 2006, p. 175).

Concluimos esse tópico comentando sobre a vastidão do campo do planejamento em sua produção teórica, construída, como mostram Abreu (2006) e Rocha (2008), através de vários enfoques em redutos reconhecidos na produção teórico-prática no campo da saúde coletiva e muito dessa produção desdobrada em práticas importantes para o aprimoramento de questões ou mesmo surgimento de novos aportes relativos à forma de proceder do planejamento na complexidade da implementação do SUS.

4 AS INSTÂNCIAS DE NEGOCIAÇÃO E PACTUAÇÃO NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

A realidade das políticas públicas no Estado contemporâneo é complexa, caracterizada por intensas negociações, conflitos e cooperação, além da participação de diferentes atores e níveis de governo, dotados de variados tipos de legitimação e empregando recursos diversos, o que justifica a permanente necessidade de criação de estruturas dedicadas à relação centro/periferia, como instrumentos da diplomacia intergovernamental, sem o que dificilmente implantar-se-iam políticas e programas públicos com algum grau de eficiência.

(VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 496)

A questão da cooperação e do equilíbrio interníveis de governo trazida pela descentralização como uma das suas expectativas, ao lado da autodeterminação no processo decisório, nos transporta para a regionalização como um sistema hierarquizado que, para ser viabilizado, deve estar agregado a uma prática cooperativa e de interdependência entre as instâncias que conformam esse complexo regionalizado.

Ao associar a regionalização à gestão única, trazendo a hierarquização e a qualificação, Lima (2001) acrescenta aos arranjos formais que a descentralização traz para o SUS - os sistemas municipais, estaduais e federal - outros subsistemas, como consequência da negociação intergestores, que são frutos de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema.

4.1 A RELAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL NA ORGANIZAÇÃO SISTÊMICA DO SUS

O trabalho de gerir uma organização ou sistema pode ser, ocasionalmente, ingrato: por mais que um gestor se dedique ao sucesso de sua empreitada - mediante seus conhecimentos, habilidades e esforços individuais - ele não logrará os seus objetivos caso não encontre ressonância entre os demais componentes desse universo. Isso se deve a um fato simples: ainda que uma gestão possa se concentrar em uma ou poucas pessoas, uma organização vive e se reproduz de acordo com a dinâmica da interação entre todos os seus componentes. Ela é constituída por um tecido vivo de trama complexa, e seus caminhos ou desempenhos independem do esforço de um único ator - ainda que esse seja reconhecido como um grande gestor.

(FARIA; SANTOS; AGUIAR, 2003, p. 1).

De acordo com Lima (1999), a execução da política, através de instâncias colegiadas de gestão, permite a construção da parceria do estado com municípios e a consolidação de uma prática de negociação entre os gestores locais da política mais equilibrada, democrática e participativa.

Em seu estudo sobre as Comissões Intergestores Bipartite, a autora elaborou um organograma da estrutura gestora e sistêmica do SUS, que lhe permitiu comentar que os sistemas de saúde no SUS, onde quer que se encontrem associados, do ponto de vista territorial, sempre são resultado da ação conjunta entre diferentes esferas de governo.

A autora comenta também que, no plano das relações intergovernamentais, a organização do modelo sistêmico do SUS está relacionada às características históricas e funcionais do sistema federativo brasileiro e às características do processo de descentralização da política de saúde com as quais se encontra imbricada, quanto aos relacionamentos entre as instâncias: nacional e subnacionais de governo.

Assim, para Lima os problemas relacionados à implementação do modelo sistêmico (hierarquização e integralidade da assistência; harmonização e integração espacial dos sistemas municipais), fazem aparecer a discussão quanto às formas das diferentes instâncias de governo se relacionarem, visando ao funcionamento de um sistema de ações e serviços hierarquizado e integrado no território, que é supra municipal:

A importância dessa discussão se situa na possibilidade de resposta aos principais problemas e riscos à saúde da população que transcendam o espaço municipal. Na possibilidade do gestor municipal, prestador de serviços e ações, de se comprometer com a solução de um número maior de problemas de saúde de seus municípios, sem com isso ter que aumentar sua infraestrutura de serviços ou incorporar de forma excedente tecnologias de alto custo. Como já assinalado, é o espaço intermunicipal, portanto, que deve ser capaz de assegurar fluxos de referência e contra-referência para a atenção integral (LIMA, 1999, p. 22).

Foi vivenciando essas necessidades que, em reuniões que precederam e deram as bases para a formulação da NOB SUS 01/96, ocorreu um deslocamento das preocupações para a estruturação de sistemas intermunicipais de saúde, como forma de harmonizar os diversos sistemas municipais e constituir um sistema regionalizado.

Para Silva (2000), os primeiros ensaios de formas de gestão compartilhada entre os três níveis de governo e de controle social - na medida em que visavam a incorporar sindicatos e associações profissionais nas arenas decisórias - começaram na primeira metade da década de 1980, com o processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada através da

CIPLAN²³ – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – envolvendo três Ministérios que tinham então envolvimento com alguma prática na saúde, e das Comissões Interinstitucionais de Saúde - estaduais, regionais, municipais e locais (CIS, CRIS, CIMS), criadas no período das Ações Integradas de Saúde²⁴ - AIS (1982 a 1986).

Estas estruturas, segundo Lima (1999), permitiram o início da gestão colegiada da assistência à saúde em cada esfera de governo. Para Silva (2000, p. 34), referiam-se a processos onde quem detinha maior parcela de recursos controlava o poder de gestão, mas que, no entanto, “possibilitaram a estados e municípios assumirem primariamente o papel de gestores na política de saúde,” além de os trabalhos desenvolvidos nestas Comissões se constituírem nos primeiros esforços na tentativa de coordenação e articulação interinstitucional do setor saúde.

Atribuindo todos esses movimentos à volta dos governadores à cena política nacional, com a redemocratização do país, marcada com as eleições de 1982, a maioria para as oposições²⁵, Silva (2000) apresenta como associações importantes para o movimento da Reforma Sanitária: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, que, com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, formado mais tardiamente, em 1988, “vão cumprir a função de articular os interesses políticos, institucionais e societários, regionais e locais, em torno do SUS, de modo a impulsionar sua operacionalização descentralizada” (SILVA, 2000, p. 36).

Em 1993 surgem as Comissões Intergestores Bi e Tripartites, criadas para interceder na complexidade da descentralização mediante a municipalização, com conformação e funcionalidades distintas das do Ministério de Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde - SES e das Secretarias Municipais de Saúde - SMS, de forma que comprometesse diretamente os gestores com o SUS, servindo de “locus para o estabelecimento de parcerias entre os

²³ De acordo com Lima (1999) a CIPLAN foi criada para tentar coordenar e integrar as ações entre esses Ministérios: da Saúde, da Previdência Social e da Educação e Cultura, e suas resoluções foram importantes para a elaboração de normas e critérios de repasse de recursos para as esferas locais.

²⁴ O Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) foi criado e aprovado em 1982, a partir das recomendações formuladas pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Este Conselho, criado em 1981, como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), foi formado por técnicos de diferentes Ministérios e representantes da sociedade civil e tinha como atribuições principais organizar a assistência médica e recomendar políticas de financiamento e assistência à saúde com vistas à racionalização dos gastos previdenciários (LIMA, 1999).

²⁵ Abrucio (1998, p.23) destaca alguns elementos que incentivaram o crescimento do poder dos governadores na década de 80: a crise do regime militar, a crise do Estado nacional desenvolvimentista e da aliança que o sustentava e a crise financeira do governo federal. O autor conclui que neste novo modelo os governadores se tornariam mais poderosos, levando a uma situação que ele chama de ultra presidencialismo estadualista (ABRUCIO, 1998, apud SILVA, 2000).

gestores do SUS, operacionalizar políticas e propiciar negociações e deliberações para o gerenciamento da descentralização” (SILVA, 2000, p. 39).

Concluindo seu estudo, a autora analisa que, malgrado os avanços democratizantes, essas instâncias ainda são insuficientes para permitir, por um lado, revelar toda a complexidade do *policy-making* e, por outro, propiciar a plena democratização do processo decisório²⁶.

O que destaca o Pacto pela Saúde, em relação às normas anteriores do SUS, é o fato de trazer em seu bojo certa independência dos rigores cartoriais com que as outras normas traziam aos municípios e estados para lidarem com a gestão, para lhes habilitar em algum modelo preestipulado de gestão. O Pacto coloca o gestor como o responsável pela situação sanitária do município, para o que este gestor deve se aliar a outros gestores, buscando dar conta das suas obrigações sanitárias para com seu município, na medida em que este não possui a oferta de todos os serviços e ações necessárias. É aí então que entra em pauta a discussão dos pactos que os mesmos devem firmar entre si.

Para Guerreiro e Branco (2008), os pactos intergestores do SUS relacionam-se a outros pactos: o sociopolítico, mais amplo, influenciando os demais, envolve o Estado, os trabalhadores, a sociedade civil e a organizada, e tem a finalidade de legitimar os governos, assegurar a governabilidade e a efetividade das políticas públicas, garantindo o funcionamento da sociedade; e o pacto federativo, incluindo a divisão de poder, de recursos e de competências entre os entes federados, para que, através de uma parceria, se alcancem os interesses nacionais, regionais e locais.

Autores como Rehem (2008), Campos, G. (2007) e Ouverney (2008) têm ressaltado o salto dado pelo Pacto de Gestão na busca pelo fortalecimento do processo de condução conjunta das estratégias gerais de implantação do Pacto: para Rehem, pela formação dos CGR; para CAMPOS G., pelo reforço a esse espaço e às Comissões Intergestoras Bipartites, este último salientando ainda o que o documento pontua como grande desafio, que é fortalecer estrategicamente o CGR e qualificá-lo como espaço de co-gestão; e Ouverney pela horizontalização do processo decisório com a criação do CGR, que substituem o formato mais centralizado de pactuação das CIB, onde o autor imputa maior verticalidade pelo 'peso' do gestor estadual.

²⁶ Silva (2000) faz um compilado da literatura sobre o *policy-making* governamental: todo o processo de formulação das políticas, abrangendo a formação da agenda, a partir de problemas colocados pela sociedade, os espaços institucionais de tomada de decisão, o processo decisório em si e a forma como os atores fazem suas escolhas, exercem pressões e formam coalizões para influir no resultado das decisões, gerando, como resultado, a política.

No documento intitulado "*Regionalização Solidária e Cooperativa*", da série Pactos pela Saúde 2006, fica explicitada a necessidade de serem conformados os espaços de decisão e negociação colegiada:

A regionalização exige dos gestores esforços permanentes – políticos e técnicos – de planejamento, articulação e pactuação. Para isso, é necessário que seja constituído um espaço de co-gestão que se efetive por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) – arranjo institucional que propicia um novo significado às relações entre os gestores da Saúde, permitindo que desenvolvam, de forma solidária e cooperativa, as funções relativas a planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação das ações, das estratégias e dos serviços regionais (BRASIL, 2006).

O Colegiado de Gestão Regional é apontado no Pacto de Gestão como espaço de decisão, consenso, negociação e pactuação entre todos os gestores regionais. Ainda que esse espaço esteja tratando dos direcionamentos para as diretrizes macropolíticas, pautadas pelas normatizações, é através do processo decisório que esse espaço alcança o âmbito micropolítico das formulações, trazendo para o escopo das discussões os seus limites e suas possibilidades na condução da gestão do SUS.

4.2 UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL EM TORNO DO ESPAÇO COLEGIADO

Fazer uma abordagem teórico-conceitual em torno do espaço colegiado remete a algumas considerações introdutórias quanto ao processo de decisão e formulação de políticas. Silva (2000) busca em Oslack e O'Donnell (1976) uma conceituação para política pública, agregando para esse campo conceitual: o processo de decisão, onde os atores estabelecem coalizões e fazem escolhas para a ação; os atores ou grupos de interesses que se mobilizam em torno de uma política; os impedimentos ou facilidades que as instituições agregam ao acesso às arenas decisórias, através de regras de procedimento; e os produtos do processo decisório ou política resultante.

Silva encontra no neo institucionalismo, através de Immergut (1996) a pluralidade das decisões políticas, como o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores, situados em distintas posições institucionais que requerem um acordo em vários pontos ao longo de uma cadeia de decisões tomadas por representantes, em diferentes arenas políticas.

Assim, a autora mostra a inerência do conflito ao processo político democrático, cuja característica principal é a pluralidade de posições e para controlar esse conflito é que são estabelecidas as regras no jogo de poder. E traz novamente de Immergut (1996, p. 140), "a necessidade de analisar as instituições juntamente com os interesses e os atores envolvidos, já que estes componentes são fundamentais para entendermos o funcionamento das regras do jogo."

Discutindo a gestão social dos territórios, voltada aos processos de desenvolvimento territorial, Dallabrida (2007, p. 45) se refere à governança territorial como o "conjunto de iniciativas ou ações que expressam a capacidade de uma sociedade organizada territorialmente, para gerir os assuntos públicos a partir do envolvimento conjunto e cooperativo dos atores sociais, econômicos e institucionais." O autor mostra que o termo 'governança' tem origem em 1937, a partir de análises empresariais, sendo que foi nos anos 1970 que Oliver Williamson começa a usar esse termo se referindo aos dispositivos operacionalizados para a empresa conduzir coordenações eficazes.

Nos anos 1980, o Banco Mundial o utiliza buscando atuar no campo político, através da 'tecnificação dos modelos' e pelo caráter imperioso da reforma de Estado (MILANI; SOLINIS, 2002, apud DALLABRIDA, 2007) representando a capacidade financeira e administrativa do Estado para implementação das políticas e consecução das metas. Só a partir da década de 90 é que esse termo passa a ser revestido da natureza democrática, abrangendo os mecanismos de participação, formação de consensos e envolvimento da sociedade civil no processo de desenvolvimento (DALLABRIDA, 2007).

Para Dallabrida esse conjunto de atores que exercem o papel de liderança localmente, por ele denominado de 'bloco sócio-territorial', é constituído por esses atores de forma heterogênea, com interesses divergentes ou até mesmo conflituosos; logo, segundo o autor, para que esse papel de liderança possa ser exercido com equidade entre os diferentes atores territoriais, "é fundamental que sua articulação ocorra através de procedimentos voluntários de conciliação e mediação [...], ou seja, através de concertação social [...] que podem levar à constituição de pactos sócio-territoriais" (DALLABRIDA, 2007, p. 45).

Ao trazer a discussão do processo decisório para as arenas colegiadas do SUS, Silva (2000) comenta que o mesmo ocorre segundo regras que normatizam estas arenas, sendo seus regulamentos que direcionam as condutas dos seus membros, facilitando ou dificultando as escolhas que seriam mais apropriadas no processo de decisão.

A partir dessas considerações, a autora faz inferência às influências que as regras do jogo de poder podem estar levando, com mudanças nos ambientes interno e externo, ou seja,

no plano institucional interno, essas regras podem abrir “janelas de oportunidade” para os atores avançarem em propostas que de outra forma estariam bloqueadas, ou vetarem essas interferências, mudando, em ambos os casos, o conteúdo da decisão e o resultado final da política. Já no plano político externo, a autora exemplifica essa interferência com uma nova eleição, que pode alterar por completo o curso do processo.

Artmann e Rivera (2003) abordam a regionalização em saúde sob a necessidade de obedecer prioritariamente ao critério de planejamento de uma oferta de serviços, à necessidade de racionalizar a dinâmica de articulação dos mesmos, instituindo uma maior coordenação e atingindo resultados em termos de mais acesso e equidade. Para esses autores, esse planejamento não se resume à construção de um plano de regionalização; eles enfatizam a necessidade de se alargar esse planejamento com a construção da viabilidade deste plano, “atentando-se para os problemas que podem obstaculizar o alcance da proposição normativa.”

E apontam como fator de restrição à regionalização:

a dificuldade de estabelecer uma estrutura de gestão e planejamento permanente no nível microrregional, de consolidar instâncias colegiadas de articulação dos municípios da área e de garantir a continuidade e uma política de suporte das SES e Diretórios regionais no sentido da criação de transversalidades, que permitam ultrapassar o espírito da cooperação municipalizada marginal, egoísta (ARTMANN, RIVERA, 2003, p. 29).

Tratando da fragilidade do PDR e da PPI - como instrumentos normatizadores da regionalização - em resolverem o problema da capacidade gestora, os autores salientam que a consolidação das metas financeiras e de atendimento da PPI vem como resultado de um processo que antecede a mesma, relacionado a um planejamento anterior à regionalização, que se traduz no desenho para a “estruturação de instâncias colegiadas de planejamento integrado, de regulação, avaliação e controle nas microrregiões, com planos de desenvolvimento específicos das mesmas” (ARTMANN; RIVERA, 2003, p. 33).

Vieira (2009) aponta que, com a organização da regionalização em saúde, agrega-se mais um componente ao planejamento no SUS, com a articulação entre os entes federados como um dos grandes desafios para que o planejamento seja efetivo no ambiente interorganizacional:

Para a maioria dos municípios brasileiros, os gestores precisam elaborar planos e programar a assistência à saúde em bases não coincidentes com o seu território e sua autonomia político-administrativa e, portanto, com menor governabilidade sobre a questão. Este aspecto revela a complexidade de efetivação do planejamento em saúde em um sistema universal do porte do SUS (VIEIRA, 2009, p. 1568).

Ainda que tenha enfatizado, como um grande desafio, a implementação de um planejamento ascendente, se reportando também à necessidade de uma “construção coletiva,”

por meio do comprometimento dos gestores do SUS com a vinculação das escolhas e decisões em cada esfera de governo consideramos que faltou na autora uma reflexão sobre o espaço e a metodologia para uma discussão coletiva, saindo dos limites do município para a região, antes de alcançar a esfera estadual.

É com a preocupação em trabalhar nesse ambiente interno das arenas colegiadas do SUS, que encontramos o planejamento regional como mecanismo para atuar nessas regras do jogo, enquanto mais uma 'janela de oportunidades', buscando minimizar os aspectos desfavoráveis à gestão colegiada e maximizar aqueles que o favoreçam.

PARTE II

O ENTRELAÇAMENTO DA DESCENTRALIZAÇÃO, DA REGIONALIZAÇÃO E DO PLANEJAMENTO, NO CONTEXTO DA GESTÃO PACTUADA DO SUS: DOS LIMITES E DESAFIOS A UM CONVITE A UMA PRÁTICA ARTICULADORA

5 ONDE ESBARRAM A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E SEUS INSTRUMENTOS PLANEJADORES?

Penso que a viabilidade de qualquer projeto de mudança nas organizações de saúde depende, principalmente, da possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação e recriação constantes de acordos, de pactos, sempre conjunturais e transitórios.

(SÁ, 2001, p. 159).

Longe de se constituir em uma panacéia para a resolução de todos os dilemas do SUS, a descentralização veio para tentar viabilizar muitos dos movimentos até então transcorridos no SUS, como tentativas de diminuir o *gap* existente entre seus princípios e diretrizes basilares e o quadro de saúde vivenciado pela população brasileira, num contexto compartilhado entre o público e o privado. Entretanto, para essa viabilização, a descentralização vem sofrendo fortes barreiras, marcadas pela complexidade e diversidade na gestão do SUS e pelas desigualdades regionais, que se ampliam pelo contexto de competitividade inter federada.

Muitos são os limites e grandes os desafios experienciados hoje pela descentralização da saúde no País, muitas vezes se dando dentro da polissemia conceitual a ela subjacente, não se alcançando, de fato, o que se propunha com os movimentos pela descentralização.

Vários são os estudiosos que têm se debruçado sobre esses temas, tentando identificar aspectos políticos, econômicos e sociais que os determinaram e, com interesses diversos, diferentes conceitos e enfoques, mostrando como vem se dando na prática o processo da descentralização, da regionalização e do planejamento, em especial no setor saúde do País.

Sem querer impingir um caráter de importância pela citação dos mesmos nesse trabalho, mas pela natureza dos temas abordados - que consideramos ter encontrado alguma relação com a nossa proposta - identificamos aspectos relacionados às dificuldades e fragilidades da descentralização, trazidos por alguns desses autores que reproduzimos a seguir.

5.1 DISCUTINDO LIMITES E DESAFIOS NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

Vários autores vêm apontando dificuldades e entraves no processo da descentralização em saúde, dos quais nos permitimos retratar de alguns as leituras de cada um a respeito desse processo:

Através de Prud'Homme (1995), Pestana e Mendes (2004) pontuam as principais debilidades da descentralização nos sistemas de serviços de saúde, numa perspectiva de processo social: enfraquecimento das estruturas centrais; dificuldade de coordenação; elevação dos custos de transação, convivendo com a escassez de recursos gerenciais e a ineficiência advinda pela perda de economia de escala e de escopo; e fragmentação dos serviços, num panorama de clientelismo local e desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Lima (1999) ressalta que as características da instância municipal no federalismo brasileiro, dotada de autonomia política, se por um lado alargam as possibilidades para o financiamento e formas criativas de prestação de serviços e formulação de políticas, por outro se constituem em um forte entrave para o alcance da modalidade integrada e regionalizada da construção de um sistema de saúde saindo do âmbito municipal para o supra municipal e estadual.

E os municípios, distanciando-se dessa perspectiva, adotam modelos próprios de atuação, tendentes à individualização e à fragmentação da rede de serviços. Para Vilasbôas e Paim (2008), esta ambivalência traz implicações que podem explicar inclusive os limites do planejamento, enquanto dispositivo incorporado, para a formulação de políticas de saúde nesse âmbito.

De fato, o processo de descentralização na saúde não se dá como num passe de mágica, em que tudo que foi posto na Constituição Federal propiciasse ao cidadão, de imediato, exercer o direito de ter acesso aos serviços e ações de saúde de forma universal e igualitária. Contrariamente, como sinalizou Vieira (2009) de forma muito contundente, o que se configurou foi o grande perigo desse direito vir a se constituir em uma “letra morta.”

Por outro lado, essa autonomia dos municípios na gerência pública que é defendida no Brasil, se depara com a administração pública que, estando despreparada ao assumir novas responsabilidades, os leva ao desequilíbrio gerado entre a oferta e a demanda nos serviços. A oferta, limitada à assistência, com referencial curativo, até então voltada a um público mais reduzido, e privilegiando a atenção hospitalar.

Inversamente, a demanda, com a descentralização, se estende para toda a população brasileira, uma vez que a lógica da cidadania embutida na Constituição amplia a população a ser atendida em suas necessidades de saúde. E tudo isso sem deixar de prevalecer a lógica do mercado e as restrições financeiras, impingidas pelas pressões da reforma do Estado se somando às administrativas, aumentando a possibilidade desse direito se transformar em letra morta (MOTTIN, 1999; LIMA, 2007).

Odorico (2005) também destaca como principais dificuldades da descentralização: a coexistência de diversos subsistemas fragmentados ou segmentados de financiamento, regulação e prestação de serviços em saúde, sem mecanismos e instrumentos eficazes de controle governamental; a coexistência de diversos modos e modalidades de regulação e avaliação sistêmicas, dissociados e desintegrados entre si; a preponderância de regulação *ad hoc* (portarias governamentais) sobre a legislação sanitária vigente; a indução a um movimento paradoxal de cooperação e competição entre os estados e os municípios, devido a contradições entre os propósitos normativos e os critérios e mecanismos estabelecidos para a redistribuição intergovernamental de recursos financeiros para o setor; a insuficiência e instabilidade do financiamento para o setor; e a indefinição sobre as responsabilidades e prerrogativas de comando entre secretarias.

Outros autores ampliam essa análise para as resistências à descentralização da saúde nos moldes preconizados pelo SUS, atribuídas ao poder político hegemônico conservador, que, através de práticas de fisiologismo, assistencialismo e clientelismo, na execução direta das ações e serviços de saúde ou na contratação dos serviços privados, favorecem a fragilidade política da saúde como política de Estado, com a possibilidade de enfraquecimento das estruturas locais.

E como indutores à redução desses aspectos, apontam a construção de instituições garantidoras da capacidade de *enforcement* do governo e à capacidade de controle dos cidadãos, com o caráter democrático permeando as instituições políticas em todos os níveis de governo (ARRETCHE, 1992, apud MOTTIN, 1999; PALHA; VILLA, 2003; SOLLA, 2006).

Aqui trazemos três aspectos importantes e que são suscitados com a descentralização: a cooperação, o compartilhamento e a solidariedade, para o que mostramos a contribuição de alguns autores como Mendes (2008), que faz uma análise da descentralização do SUS, sob dois pontos de vista: o modelo federalista brasileiro, cooperativista, que, com a cultura centralizadora do país, faz acontecer essa cooperação num prisma hierárquico descendente, enfraquecendo a autonomia dos municípios e a solidariedade²⁷. O outro ponto é o que o municipalismo autárquico traz: a fragmentação dos equipamentos sociais, levando, em lugar do excedente cooperativo (a solidariedade), a competição predatória.

E conclui mostrando que a ação cooperativa se fragiliza ainda mais pela crise do federalismo fiscal, configurada pelo aumento da carga tributária, através das contribuições sociais que não são repassáveis de forma automática aos entes subnacionais, ampliando,

²⁷ Mendes se refere ao 'excedente cooperativo da solidariedade' (MENDES, 2008).

assim, os desequilíbrios entre os mesmos e, logicamente, aumentando o controle federal sobre os orçamentos estaduais e municipais.

Outro autor que citamos para tratar dessas questões é Piola (2002), que as aborda do ponto de vista da prática interníveis, num comprometimento da solidariedade entre as esferas de governo e no compartilhamento das responsabilidades que, sem a devida articulação intermunicipal, dificultou bastante o acesso da população a diferentes níveis de atendimento.

Piola (2002) demonstra que essa autonomização não solidária gerou dois comportamentos para os municípios, considerados por ele como oportunistas: uma advinda de parte dos municípios então habilitados na gestão plena do sistema, que reclamavam, ou mesmo dificultavam o atendimento de pacientes oriundos de outros municípios, sob a alegação de que esses pacientes estariam consumindo recursos destinados à sua população; e a postura da ‘empurroterapia’²⁸, adotada por muitos municípios, transferindo, em muitas situações, as suas responsabilidades assistenciais para outros municípios.

Trazendo essa análise para o campo da gestão, Paim e Teixeira (2007, p.1820) pontuam a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços, comprometendo a “reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira.”

Assim é que alguns autores trazem à discussão, como importante fator relacionado ao sucesso de qualquer iniciativa inovadora na gestão em saúde, o controle social, que, sem mudanças fundamentais nas estruturas políticas, aproximando o Estado da sociedade civil, do nível central para o local, a participação e a descentralização constituem-se em meros escapismos às estruturas existentes para acomodar interesses emergentes ou marginalizados.

Outro ponto é a qualificação do controle social no processo de implantação da regionalização, existindo ainda experiências muito reduzidas de espaço regionalizado de controle social para deliberar sobre a organização regional (MOTTA, 1992, 1994 apud MOTTIN, 1999; SCHNEIDER et al, 2007).

Abreu (2006) traz de Correia (2000) as concepções de controle social relacionado a diversos segmentos da sociedade, como o movimento popular e sindical, as organizações políticas, as organizações não governamentais, etc., constituindo-se no que seria uma compreensão moderna na relação de estado e sociedade que se estabelece mediante formas

²⁸ Termo utilizado pelo autor.

democráticas de participação das comunidades nas decisões de políticas públicas, buscando o atendimento de suas demandas.

E de Assis (2003) o autor traz a necessidade de tratar o controle social não como forma utilizada pelo Estado - para manter a ordem e coesão social, como uma extensão burocrática e executiva, em torno de um projeto hegemônico - e sim como a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado, como um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia.

A participação é abordada por Trevisan (2007) através do enfoque participativo do planejamento, que faria a ponte das possibilidades políticas com a vontade da população, através da aceitação das diferenças de visões de mundo de cada um dos atores envolvidos, o que, para ele, é um salto de qualidade no planejamento institucional que o SUS ainda não conseguiu.

Para o autor, ainda que a instituição dos conselhos municipais e locais de saúde tenha representado uma estratégia importante de promoção da participação social na gestão, apresentando avanços importantes no controle do uso e até no modo de aplicação dos recursos, esse processo não alcançou o planejamento da macropolítica de saúde pública, o que depende de uma “capacidade sistêmica de assimilar o conceito de planejamento participativo.”

Abreu e Assis (2010) abordam também o planejamento em saúde assumindo um desafio importante, no momento em que consideram a dimensão simbólica como componente da realidade a ser trabalhada:

Conhecer a visão de mundo, as concepções, as ideias, as aspirações, as metáforas e os desejos de uma sociedade; compreender a realidade histórica, a relação de dominância e subordinação, a conjuntura socioeconômica e ideológica de uma sociedade; e perceber a organização política em torno do jogo de interesses contraditórios entre dominantes e dominados e seus reflexos sobre a consciência social se conformam apenas como dispositivos do complexo instrumental que os sujeitos do planejamento devem utilizar para alcançar a magnitude da abordagem proposta nessa dimensão (ABREU; ASSIS, 2010, p. 189).

Diante destes fatos, evidencia-se como um grande desafio para a descentralização da saúde brasileira, o aprimoramento da gestão - como mostra Mottin (1999), apoiando-se também no planejamento - a partir do desencadeamento de práticas que promovam base técnica para a definição das reais necessidades de saúde da população e da adequada intervenção para supri-las.

Nessa área que Mottin (1999) considera “tão vulnerável a estratégias inadequadas”, são indispensáveis o acompanhamento e a avaliação, o que suscita, portanto, a análise estratégica, periódica e sistemática dos seus resultados, a fim de permitir os reajustes nas diferentes

realidades, considerados imprescindíveis pela autora, sob pena de “gerar a distorção dos próprios princípios do SUS.”

Acrescente-se a estes aspectos, o fenômeno citado por Sá (2001), se reportando a Bauman (1998), quanto aos limites contemporâneos na crença da possibilidade de processos de planejamento social e de projetos coletivos regidos por valores altruístas e de justiça social, pela incerteza radical se estendendo para além da individualidade. Essa incerteza alcança o critério valorativo da maneira correta de viver no mundo, através de critérios de julgamento dos erros e acertos dessa maneira de viver, contribuindo para a apatia e a tolerância social para com as injustiças, em uma “civilização da vergonha”, onde todo ato repreensível é permissível, desde que nos limites da visibilidade.

Assim, Sá (2001) coloca alguns dos fenômenos apontados por Bauman, como fontes de mal estar no mundo moderno para a discussão do planejamento e da gestão²⁹: “[...] a total desregulamentação, a privatização e a absoluta falta de estabilidade, isto é, a intensa fluidez e descontinuidade, que caracterizam a situação de “incerteza radical” da vida pós-moderna” (SÁ, 2001, p. 153).

Os que não conseguem alcançar esse patamar de aptidão para o consumo, imposta pelo mercado, viriam a se constituir na “sujeira” da pureza pós moderna:

exclusão e segregação social, tendência a incriminar os problemas socialmente produzidos, ressentimento e intolerância (inclusive entre os próprios excluídos), medo, insegurança, despedaçamento das antigas redes de solidariedade (Bauman, 1998), são algumas das graves consequências da dinâmica social contemporânea (SÁ, 2001, p. 153).

Estes seriam, para a autora, os determinantes da brutal desvalorização da vida, individual e coletiva, na sociedade brasileira e, especialmente, no âmbito dos serviços de saúde, que, ao lado da deterioração da sua qualidade, se depara com o aumento da desigualdade no acesso.

Ao trazer as organizações públicas do contexto brasileiro para o drama existencial das incertezas quanto à sua própria sobrevivência, Azevedo, Braga Neto e Sá (2002, p. 246) mostram que essas incertezas, “[...] longe de favorecerem a mudança, reforçam a resistência, a estereotipia, e as ansiedades paranóides e depressivas nas organizações, aumentando, assim, a complexidade e os desafios das intervenções organizacionais.”

É vasto, portanto, o terreno a trilhar para a compreensão dessa que vem a ser nossa práxis. E é certo que muito já se avançou na construção do Sistema Único de Saúde. No

²⁹ Entendido pela autora, em seu sentido *latu senso* como possibilidade de algum tipo de regulação ou algum grau de governabilidade sobre os processos sociais.

entanto, vislumbrar lócus políticos e geográficos mais maleáveis e coerentes com os princípios que norteiam o SUS remonta a uma longa e inacabada trajetória.

Ao abordar mais especificamente o planejamento regional, ainda que identificando sua impotência em romper a dicotomia entre a razão instrumental e a razão substantiva defendida por Habermas, entendemos ser nesse contexto onde seus principais atores precisam persistir nas tentativas de encontrar caminhos (grifo nosso), seja através de negociações, seja através das práticas, que direcionem para uma maleabilidade e coerência necessárias.

Assim, entre erros e acertos, é necessário que seja ampliada, entre estes atores, a consciência de um viver a vida entre incertezas, como um limite que alcança a prática do planejamento, de forma a virem a exercitar formas coletivas de enfrentar essas incertezas, para não cair na armadilha do desânimo, da resistência, em que acrescento a armadilha das transferências de “culpabilidades” pelo inacabado, pelo não realizado, conforme mostrado pelos autores supracitados.

Diante de todos esses aspectos, em que nos sentimos, enquanto gestores nesse palco que constitui o processo de construção do SUS, ora como autores, ora como expectadores, ora como estorvadores e litigantes, ora como apaziguadores e mediadores, vemos a necessidade de ampliar a nossa percepção, o nosso sentido das coisas, a nossa visão de mundo, diante desse panorama consubstanciado pela diversidade de práticas, de normas, de expectativas, nos amparando nas formulações teóricas dos mentores da reflexão da nossa prática.

5.2 OS PERCALÇOS DAS NORMATIZAÇÕES NO QUE CONCERNE À DESCENTRALIZAÇÃO, À REGIONALIZAÇÃO E AO PLANEJAMENTO

A construção do ‘pacto de gestão’ poderá dar outra operacionalidade ao Sistema Único de Saúde. Não é ‘remédio milagroso’, nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede. Iniciar a construção do ‘pacto’ é, exatamente, assimilar outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS.

(TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 900).

A discussão das normatizações do SUS não pode prescindir da abordagem sobre a conexão entre o que elas preconizam e o que acontece de fato na prática, em que a realidade fica muito distante do que é preconizado nas normas, na medida em que as mesmas, ao passarem do plano das definições de valores e regras gerais de funcionamento da rede de

serviços de saúde para a sua operacionalização, se deparam com grandes conflitos de interesses.

Estes conflitos “só, ou principalmente, se manifestam quando da decisão se passa para a ação,” além de distanciarem o modelo institucional do SUS, de um equilíbrio cooperativo, tanto pela excessiva normatização, como pela inadequação às distintas realidades - seja pela abrangência, seja pelas especificidades - ficando pouco espaço para a 'unidade na adversidade', não cabendo os diversos Brasis reais na normativa ministerial centralizada, diversidade que não se restringe aos estados, mas também aos espaços regionais, dentro de um mesmo estado (LIMA, 1996, p.101, apud MOTTIN, 1999; MENDES, 2008).

Ao observarmos as normas, do ponto de vista da regionalização, desde as NOB a principal questão vem ao encontro das peças governamentais, que não se encaixam nada linearmente na reticulação da gestão, o que se agrava na vastidão territorial do país, com suas diferenças de várias ordens, como um complexo jogo de quebra cabeças a ser montado por várias mãos. Mendes (2002) salienta como uma das suas debilidades, o estímulo à fragmentação de serviços que precisam de insumos básicos para que possam operar com eficiência e qualidade, a exemplo da atenção hospitalar e o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, questionando mesmo se houve uma maior responsabilização dos entes locais quanto às necessidades dos cidadãos e a formas mais eficientes de administração.

Com a NOAS, autores sinalizam os grandes desafios na operacionalização da regionalização, em um quadro de ausência de integração regional, com as instâncias de gestão regional burocratizadas e centralizadas nas secretarias estaduais. Do ponto de vista político, ao mostrar que um sistema integrado, visando à garantia de acesso aos serviços em seus vários níveis, requer o estabelecimento de processos de cooperação entre os entes federados. Do ponto de vista técnico, ao questionar qual seria mesmo o território do sistema local de saúde - já que não é necessariamente o município - e como definir as necessidades prioritárias de intervenção (LIMA; RIVERA, 2006; VIANNA, 2007).

De fato, a regionalização no SUS, que toma forma através da NOAS e corpo através do desenho do PDR, vê esta Norma estabelecer o papel de coordenador e condutor de todo o processo para o Estado, fato que, ao lado da centralização do orçamento pela União, reduz amplamente a autonomia municipal e propicia o aparecimento de certa crise de identidade entre as esferas de governo, quanto às suas competências e níveis de responsabilidades.

Assim, não se evidenciam, com essas normas, sinais de avanço na integralidade e na equidade da atenção, mantendo-se a dicotomia no repasse dos recursos federais para a assistência ambulatorial e hospitalar, e mediante a alocação dos recursos pela produção de

serviços, de acordo com a oferta distorcida desses serviços, favorecendo a manutenção da concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população.

Imputando à NOAS SUS 01/02 a falha de não levar em conta as especificidades das regiões do País, nem as dos estados, bem como de ter alijado as CIB do processo de apreciação desses critérios, este Conselho propôs a elaboração de nova norma, contendo apenas os princípios e diretrizes gerais, de modo a permitir que os estados, em conjunto com os municípios, definissem a forma de sua implantação, de modo a atender às peculiaridades de cada um.

O movimento do Pacto pela Saúde se depara mais nas questões de ordem política e econômica dos fortes jogos de interesses do que nas “incapacidades”³⁰ técnicas e operacionais das instâncias gestoras, que passam pela condução e coordenação do processo por parte do Estado.

Isso fica evidenciado, por um lado, pela pressão da prática médica mercantilista, tentando impor um modelo privatista, através de fortes *lobbies* contra o modelo do Sistema Único de Saúde, em detrimento da necessidade de saúde da população. E por outro lado, pelo financiamento que, apesar do avanço considerável no repasse dos recursos financeiros federais aos municípios, agora consolidado em cinco blocos - o que antes estava pulverizado em mais de cem - não se fortalece como espaço de discussão, tendo em vista o abortamento da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 e a dificuldade em trazer a saúde para o bojo da seguridade social.

Assim, com o Pacto de Gestão, a regionalização ainda se esconde, por meio de seus três instrumentos: o PDR, a PPI e o PDI, na iniciativa racionalizadora do recurso, sendo a racionalidade do sistema o seu maior objetivo e tendo como suporte a economia de escala e de escopo.

Com relação ao planejamento, vários autores vêm fazendo observações quanto ao paradoxo que parece existir entre os movimentos, no campo científico e no ideológico, que vêm orientando propositiva e metodologicamente a prática do planejamento no País e uma força contrária ao seu processo de institucionalização, o que atribui a seus produtos um papel ritualístico. Se com as NOB já ficava evidenciada a dificuldade em se constituir de fato um planejamento integrado, a lógica do planejamento regional, introduzido pela NOAS, não dá conta da viabilização da funcionalidade da gestão em rede.

³⁰ Colocamos as aspas no termo “incapacidades” em função do mesmo ser, muitas vezes, o aspecto que ocupa o primeiro lugar nos espaços de discussão.

Observaram ainda grandes dificuldades em instrumentalizar suficiente e adequadamente a operacionalização dos conceitos nela contidos, tais como um planejamento baseado em informação e a influência do cenário socioeconômico regional na política de saúde, a partir, muitas vezes, da própria definição de região de saúde, tomando por base, muitas vezes, as instâncias regionais de saúde das SES, sem considerar territorializações outras, como as das secretarias de planejamento estaduais ou mesmo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (ROCHA, 2008; VIANNA, 2007).

No contexto do PlanejaSUS, ainda que reconheça o esforço do Ministério da Saúde na proposição do Sistema de Planejamento, Vieira (2009) mostra a fragilidade na pactuação da norma para regulamentar o funcionamento de um planejamento ascendente, na medida em que o que vem acontecendo é uma falta de correspondência entre o plano nacional, ou os estaduais, com os planos de saúde municipais, que devem refletir a necessidade local, falhando, assim, como instrumentos para a gestão de um sistema com caráter único.

Para a autora, a proposta do PlanejaSUS deixa de abordar questões importantes como: a análise político situacional do setor saúde no respectivo território; a avaliação das capacidades técnicas, administrativas e políticas do grupo que planeja e a avaliação de viabilidade política, organizacional e financeira das diretrizes, das metas e da Programação Anual de Saúde, o que coloca o planejamento na categoria de “planos idealizados.”

Estes aspectos ganham maior importância na perspectiva do planejamento regional em saúde, em que um número maior de atores está envolvido, com concepções, interesses, projetos e ações diferentes, muitas vezes divergentes e disputando os recursos disponíveis, correndo o risco de se transformarem em planos de gaveta e podendo ser trocados, ao longo do processo de gestão, por fatores outros da realidade que não foram tratados no planejamento.

Com isso, aumentam as discrepâncias entre as visões e estratégias adotadas em cada esfera. E com elas, a dificuldade em se alcançar maior eficiência na alocação de recursos e maior efetividade das políticas públicas para a resolução dos problemas de saúde da população, o que se agrava, considerando esse segundo aspecto, pela desconexão entre as programações de saúde e o orçamento em cada ente federado.

De acordo com Mottin (1999), as normas vêm devolver um direito que é próprio do município, no que diz respeito ao planejamento, em conformidade com suas necessidades e obedecendo a um contexto de integração regional, estadual e nacional. Assim, ao mesmo tempo em que a Lei lhe impõe, também devolve esse planejamento de sua política de saúde, respaldando o município ao oferecer o apoio técnico necessário à ação. Mas, para este

planejamento ser apropriado pelo município, precisa se constituir em uma necessidade da direção e da gestão do sistema de saúde como parte integrante do sistema social, o que, para a autora, é uma tarefa bastante complexa.

E em virtude dessa complexidade é que as regras precisam estar postas a partir das possibilidades de cumprimento e não apenas como “meros recursos figurativos que mais servem aos discursos do que às práticas, tornando-se, ao invés de respeitadas e cumpridas, desmerecidas e desacreditadas, gerando simplesmente compromissos burocráticos em lugar de responsabilidades inerentes ao compromisso de governar, para o qual foram criadas.”

Assim, para Teixeira, ainda que a Constituição e a legislação a ela subjacente regulamentem a descentralização das ações e serviços de saúde, os instrumentos formais devem funcionar como parâmetros de adequação às situações que se vivenciam na prática cotidiana, permitindo a negociação para o planejamento, sem perder de vista os objetivos almejados (TEIXEIRA, 1990, apud MOTTIN, 1999).

O que observamos é que, se em nível federal, que é o plano das normatizações do SUS para o âmbito nacional, os instrumentos são construídos sem que se considere seu devido encaixe, tais quais peças de uma engrenagem para um planejamento compreensivo, fica ainda difícil pensar que possam ser alcançados melhores resultados na instância fundamental desse processo, o município, mesmo que se construam ferramentas para fortalecer o processo de gestão.

O município dispõe de instrumentos de planejamento que, longe de se constituírem em dispositivos que o conduzam a um olhar que extrapole seus limites - conversando com outros municípios, na direção de um compartilhamento de ações com outros entes, facilitando assim o processo integrador - podem vir a dificultá-lo, se não houver mecanismos adaptadores, os quais estão associados à vontade, capacidade de governo e poder criativo dos gestores.

6 A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO NO CONTEXTO DA GESTÃO COMPARTILHADA: UM CONVITE À ARTICULAÇÃO?

Governar em um contexto federal é também governar com paciência.

(DENTE, 1997, apud Viana, Lima e Oliveira (2002).

Para viabilizar uma gestão compartilhada, respaldada em uma prática orientada em rede, a noção de dependência mútua vem ao encontro, além da regionalização, também do ideário de um planejamento que extrapole os limites normativos e se amplie para práticas estratégicas, comunicativas e solidárias.

Parafraseando McGuire (2002), a forma pela qual o serviço público é planejado, concebido, produzido e oferecido à população é que deve ser levada em conta na regionalização, mais do que as conexões entre as três esferas de governo ou entre limites geográficos de que tratam as Normas, como assinala Trevisan (2007).

Ao pretendermos um planejamento realizado no espaço colegiado de gestão, entendemos que ele possa trazer à tona, tanto discussões mais próximas das realidades vividas em território qualificado através das inter-relações dos atores sociais, como possibilidades e alternativas para uma prática que vá em direção à ampliação e qualificação do cuidado e do acesso. Desta forma, trazendo o planejamento para a discussão da descentralização e da regionalização, fazemos algumas considerações que reputamos como relevantes e pertinentes no entrelaçamento proposto nesse tópico.

6.1 A DESCENTRALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO E O PLANEJAMENTO NA CONDUÇÃO DO SUS: PARA ONDE APONTAM SEUS DESAFIOS?

Enfrentar a implementação da descentralização pelo Estado, significa enfrentar a complexidade a ela subjacente, exigindo flexibilidade e progressividade e, no caso específico da saúde, vários temas vêm à pauta, como a discussão, a negociação e a participação da sociedade, como formas de aprimoramento democrático, justificando-se assim a criação de estruturas voltadas para essa relação centro/periferia, como instrumentos da diplomacia

intergovernamental (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; MOTIN, 1999; SILVA; GOMES, 2009).

A regionalização também se depara com fortes entraves, como mostra Mendes (2008), citando outros autores, ao abordar a procura pela articulação de diversos atores, organizações, recursos e objetivos em um processo fragmentado pela diversidade destes elementos. É discutindo esta realidade plural em suas características, do ponto de vista estrutural e político, que Ouverney (2008) trata da necessidade de se desenvolver e aperfeiçoar mecanismos e estratégias de coordenação interorganizacional do trabalho coletivo.

Malgrado todo esse enredo que conforma a trajetória da descentralização no contexto do SUS, exigindo flexibilidade, criatividade, diplomacia e adaptabilidade, para enfrentar sua complexidade, permeada pela ambivalência de seus propósitos, concordamos com Silva e Gomes (2009), ao se referirem ao postulado de Molina (2004), de que descentralização traz a expectativa de mudança no modelo de atenção, superando o assistencial, fragmentado e autoritário, e fazendo-o ampliar a base de condução das ações e serviços para a base de uma prática da responsabilidade sanitária em todos os pontos do sistema, com assistência integral, universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada.

Como já citado anteriormente, entre as expectativas da descentralização para a saúde, abordadas por Pestana e Mendes (2004), ao referirem-se às fortalezas apontadas por Mills e cols (1990), encontra-se uma maior integração intersetorial e interníveis de governo e entre agências não governamentais, em uma perspectiva sistêmica, e, de acordo com Mottin (1999), de trama institucional³¹.

É certo que, com a descentralização, acontece o *début* da autonomia do município na saúde. Como diz Mottin (1999), o município passa a se constituir na instância mais diretamente envolvida para o exercício do direito à saúde, através das ações e serviços de saúde. Isso se dá não só pela proximidade física do gestor de saúde com a população, como também pela possibilidade de formular políticas locais e de planejar e executar sua execução, aproximando mais essas práticas às necessidades da população.

As características básicas, típicas de uma federação heterogênea, trazidas por Guerreiro e Branco (2008), através de Abrucio (2001), são: a autonomia dos governos subnacionais, o que implica reconhecer a existência de uma multiplicidade de poderes; a interdependência dos governos subnacionais e autônomos; a ideia republicana de coisa pública, de uma sociedade

³¹ Mottin (1999) traz a ideia de trama institucional por meio de Oslack e colaboradores (1990, p.65): “Un sistema se estructura y funciona como tal, solo en la medida en que sus componentes mantengan entre sí relaciones de dependencia mutua. De algún modo, el comportamiento de cada unidad se superdita al comportamiento de las restantes”.

que controle o Estado; a subsidiariedade, que se refere à criação de mecanismos para compensar a desigualdade entre os entes federativos.

Mas essa autonomia avança até onde alcança a premissa de Carvalho (2005), de que a regionalização da saúde é mandatória por preceito e imprescindível na prática, para que se consiga a integralidade do direito à saúde. Ou seja, municípios, mesmo os de maior porte, não têm condições de desenvolver todas as ações de saúde; cada município deve saber identificar aquilo que é capaz de realizar, o que poderia oferecer como referência aos outros e o que tem que referenciar, do seu município para outros dentro do Estado, ou mesmo fora deste.

A regionalização traz, assim, um grande desafio para consolidar os princípios da integralidade do cuidado e da universalização do acesso a ações e serviços. Importantes estudos vêm sendo desenvolvidos na tentativa de buscar entender e propor alternativas nesse processo, em um país como o Brasil, com as dimensões e as heterogeneidades tão complexas, em que há que se considerar a necessidade de buscar alternativas na condução das políticas, para o que é preciso romper com as consequências da municipalização autárquica, através de espaços de governança em microrregiões sanitárias (MENDES, 2008; OUVENEY, 2008; PAIM, 2008; SOLLA, 2006).

Mais que um desafio, Trevisan (2007) apresenta - como um descompasso gerencial no SUS, a ser enfrentado e transposto - a contradição entre a ideia de descentralização e a de rede, esta última por ele explicada como o modo pelo qual o acesso a um direito (ou a um conhecimento) é exercido reticuladamente, devendo ser complementar e não contraposta à descentralização. Para o autor, o aspecto mais importante da atividade interorganizacional não verticalizada é o estabelecimento de conexões entre a oferta de um bem ou serviço público e a demanda mais necessitada desse serviço.

Nessa linha de raciocínio encontramos Abreu e Assis (2010) que, respaldados em Kushnir (2006) e Cecílio (1997), introduzem a discussão de redes assistenciais, pressupondo sua operacionalidade através de fluxos referenciais, como uma das premissas para a determinação das linhas de cuidado, na busca da integralidade assistencial.³² Os autores direcionam essa discussão para o acesso, que assume um caráter regulador dos fluxos, do funcionamento, da capacidade e necessidade de expansão e da organização da rede, impulsionando o planejamento para a dimensão horizontal do cuidado, e, com ela, a dimensão

³² Abreu e Assis (2010, p.166) definem rede assistencial como: conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde numa dada região, entendida como a base territorial e populacional que tem autossuficiência até o nível de complexidade que se defina, englobando a estrutura geopolítica do país ou do estado: cidades ou uma única cidade ou parte da mesma, reservadas as especificidades e peculiaridades de cada realidade.

simbólica do acesso, dentro dos dispositivos do planejamento para abordar as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços de saúde.

Trazendo de Minayo (2004) as representações sociais como intersubjetivas, indissociáveis da realidade, que sob a perspectiva 'societal' (não individual), estariam revelando seu potencial transformador - referindo-se às lutas classistas e ao confronto hegemonia e contra hegemonia - Abreu e Assis (2010) fundamentam o componente simbólico para definir o acesso a partir das concepções de saúde/doença que estariam direcionando o planejamento às diferentes formas de intervenção para garantir esse acesso.

De estratégia a processo de pactuação política, a regionalização vem sendo tratada em seus mais diversos aspectos e possibilidades, sempre atrelada ao planejamento, passando pela discussão dos territórios, 'usados' ou 'situados', como forma de alcançar um sistema mais cooperativo e fortalecido. Como em Albuquerque e Iozzi (2008), para quem a regionalização é discutida como estratégia de planejamento da gestão do SUS, ao colocá-lo como forma de avançar na descentralização política e de enfrentar a complexidade das desigualdades na formação sócioespacial brasileira.

E em Viana e cols (2008), que concebem a regionalização como um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre entes federados, agregando, para além da contiguidade territorial, ou da delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, a solidariedade organizacional nos usos desse território, através de acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território.

Assim, se configura outra perspectiva para a regionalização da saúde, que Viana e cols chamam de 'regionalização de fato', que requer a consideração da totalidade do território usado, a partir da incorporação de seus conteúdos na lógica sistêmica da saúde, desvendando seus usos, possibilidades e obstáculos.

Misoczky (2002) também trata desses aspectos, ao trazer a discussão de território situado³³ para o planejamento, buscando um referencial em Matus³⁴ que, entendido sob a ótica da hermenêutica, “pode complementar (ser complementado) a concepção de território. Ou seja, apresenta-se uma alternativa de planejamento que parte da visão de sujeitos sociais

³³ Para Misoczky (2002) identifica em Heidegger (1998) e Gadamer (1997) uma compatibilidade da concepção de território situado com a concepção filosófica de 'estar situado', de estar envolvido em uma situação, de ser e fazer em uma situação, junto com conhecer e explicar de dentro ou a partir de uma situação.

³⁴ Misoczky (2002) identifica também em Gadamer (1997) a fundamentação filosófica para Matus (1996) quando este afirma que "o conceito de situação se caracteriza pelo fato de não nos encontrarmos diante dela e, portanto, não podermos ter um saber objetivo dela. Nós estamos nela, já que nos encontramos sempre numa situação, cuja iluminação é a nossa tarefa, e esta nunca pode se cumprir por completo."

situados, vivendo em territórios situados”, em contraponto ao que ela reputa como perdas: a simplificação da noção de território, aproximando-a quase totalmente da noção de espaço e a simplificação da noção de planejamento por problemas, aproximando-a da noção de programação a partir do diagnóstico, com implicações importantes. Entre estas perdas, uma considerada fundamental é a do potencial explicativo que território e problemas (que requerem explicações diversas) poderiam ter para renovar as estratégias de organização da atenção à saúde.

CAMPOS G. (1998), discutindo método para co-governar, coloca que o planejamento não esgota a maioria das tarefas de um sistema de gestão, por melhor que seja o seu método. Da mesma forma, o autor reconhece que o planejamento ascendente, com envolvimento de uma gama diversificada de atores, não assegura uma capacidade operacional que dê conta do alcance também dos princípios do SUS. E questiona como é que se propicia independência e autonomia, sem perder o sentido de rede de compromissos, a noção de sistema, a diretriz da integralidade da atenção? E vai além, questionando também como diminuir a alienação e a burocratização muitas vezes verificadas atualmente entre servidores e como motivá-los, como ampliar sua capacidade de reflexão e de auto-estima e como articular autonomia e criatividade com responsabilidade profissional?

O autor é claro nessa abordagem ao referir que “em algumas experiências, graças à utilização de variantes do Planejamento Estratégico Situacional, vive-se momentos de participação (...) fundamentais, mas que não chegam a modificar o sistema de gestão” (ibidem, op. citada). E são esses atores que estão atuando a nível municipal, sob a tutela de gestores, os quais também vivenciam esses conflitos quanto ao seu agir, em que o planejamento se distancia tantas vezes da sua lida diária, acabando por perder sua razão de ser.

Trazendo para o âmbito regional o conceito de co-gestão ou co-governo intitulado por Campos, G., (1998, p. 867-868), em que, segundo ele, todos decidem, porém “[...] tendo em vista outras instâncias, deliberar entre interesses em pugna, em negociação permanente, em discussão e em recomposição com outros desejos, com outros interesses e com outras instâncias de poder,” identificamos o colegiado regional de gestão, instituído pelo Pacto de Gestão, para dar corpo a esse aspecto trazido pelo autor.

Assim, o colegiado regional de saúde traz questões importantes para a gestão de um sistema com as dimensões e complexidades já bem conhecidas, mas que são amplificadas pela extensão do país, pelo seu modelo federalista e pelas diversidades conjunturais, políticas e sociais nele existentes, enfim, por esse quadro chamado Brasil, composto por tantos outros

“Brasis,” parafraseando Mendes (2008), ainda que com problemas e necessidades de saúde muito semelhantes.

Diante dessas constatações, alargamos a fileira dos que vêm na descentralização, através de uma estratégia regionalizada, mais um mecanismo que possa fazer com que novas bandeiras se levantem nos rumos das políticas de saúde traçadas no SUS e para o SUS, através da transferência do processo decisório às instâncias federadas mais próximas de suas realidades, da interdependência dessas instâncias.

E isso acontecendo não só no tracejamento dos rumos como também na operacionalização dessas políticas, através de um planejamento que alcance essa interdependência e buscando, dessa forma, a superação do viés técnico-administrativo de uma descentralização autárquica e fragmentada. É aí que encontramos o planejamento no âmbito regional, como um dispositivo a ser posto em prática, na tentativa de dar algum nível de resposta à “busca pela articulação de diversos atores, organizações, recursos e objetivos” referida por Mendes (2008, p. 13).

Assim, para cooperar no aperfeiçoamento de mecanismos e estratégias de coordenação interorganizacional, em seu aspecto colegiado de gestão interníveis de governo, ao buscar nas normas, possibilidades na condução dos sistemas municipais de saúde, ao invés de imposições. Além de esperarmos o alcance das propaladas flexibilidade e criatividade no compartilhamento que vislumbramos entre gestores.

Tratar de flexibilidade no binômio descentralização/regionalização implica em não deixar passar ao largo o planejamento. Nessa perspectiva é que Mottin (1999) se refere à diferenciação de procedimentos a serem aplicados, para o que seu planejamento deve considerar a existência de desigualdades de ordem política, cultural, econômica, financeira, técnica, administrativa e de desenvolvimento social, existentes entre as regiões e dentro delas.

É lugar comum tratar do componente da flexibilidade no processo de planejamento no âmbito regional, que, por necessidade, segundo Dallabrida (2005), se torna um processo aberto e flexível. O autor também coloca que a exigência de um processo aberto de planejamento deve resultar da criatividade dos atores regionais na formulação de estratégias, ao que ele reputa, se reportando a Matus (1996), como “uma arte de lidar com a incerteza, com a imprecisão e a névoa do amanhã”, na medida em que lidam com desejos, potencialidades e oportunidades estratégicas.

E nesse rol de estratégias para trilhar os caminhos incertos do jogo político brasileiro e da imprecisão dos limites territoriais das normas, lembramos Trevisan (2007), para quem o processo que permite o avanço para além da interação entre as instâncias de poder, ou entre

órgãos geograficamente dispersos, é o que entende o conceito de rede como "uma linguagem de vínculos das relações sociais entre organizações [...] em que o "xis" da questão estaria na maneira de convencer os atores das diferentes organizações a falarem a mesma "linguagem", suficientemente eficaz para gerar "vínculos" (JUNQUEIRA, 2000; MISOCZKY, 2003 apud TREVISAN, 2007, p. 250).

Assim, entendemos que o planejamento possa vir ao encontro desses aspectos da organização do sistema de saúde, não como uma prática burocrático-normativa, mas - em um enfoque estratégico e interativo - como uma ferramenta coadjuvante para destacar um dos aspectos importantes inerentes ao processo de regionalização que é a interação dos gestores municipais de saúde, sua co-participação nos vários momentos da gestão.

Estes gestores que, muitas vezes sem terem tido uma participação efetiva do desenho do espaço regional em que eles se encontram inseridos, se vêem como corresponsáveis pela situação sanitária de uma dada região, com problemas que são comuns, mas também com outros que são próprios a cada um dos municípios que a conformam.

É diante destas considerações que trazemos os questionamentos: o que se esperar de práticas de planejamento num espaço tão rico de contradições, de diversificação de interesses e conflitos, como o espaço colegiado regional, que por si só já é um dispositivo de gestão colegiada, portanto, um espaço deliberativo? De que forma associar a esse espaço, o planejamento? E para quê? Para cumprir tão somente uma determinação ministerial que origine como produto um plano regional? Ou um plano que surja, ainda que utopicamente, como um resultado de um processo de discussão coletiva de fato, com espaço às subjetividades, ao estabelecimento de novos e criativos pactos, a escolhas consensuadas, ao entendimento analítico da situação de saúde que perpasse as realidades de cada município, mas que seja tratada e vivenciada como algo próprio ao grupo?

É desta forma que entendemos o planejamento nesse contexto: resultante desse processo coletivo, dialógico, criativo e transversal, mas também instrumentalizado na sistematização dessa discussão, com a utilização de métodos pertinentes ao planejamento estratégico.

Mas de forma flexível, buscando ferramentas através das suas várias vertentes, que possam se adequar melhor e facilitar a consecução de nosso propósito que é ver, como resultado desse processo, a ação delineada, objetivada, não apenas como uma meta a ser atingida, mas como um desafio para esse grupo que constrói sua própria face e, por se auto-referendar, que também possa estabelecer seus limites, seus prazos, seu monitoramento e, principalmente, sua razão de ser.

PARTE III

**UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO
NO ÂMBITO REGIONAL**

7 ALGUNS PRESSUPOSTOS PARA A ABORDAGEM DA PROPOSTA METODOLÓGICA

É sob a égide da concepção de dispositivo que o planejamento no campo da Saúde Coletiva se institui com vistas a garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde e como categoria analítica importante na construção teórico-prática do cotidiano no SUS.

(ABREU; ASSIS, 2010, p. 162).

O planejamento regional em saúde está direcionado às questões relativas à regionalização³⁵ para viabilizar seus pressupostos, entre eles a garantia do acesso a uma atenção à saúde de forma integrada, através da organização de uma rede de serviços, dentro de uma lógica da complementaridade e da solidariedade.

Para tanto é que identificamos o planejamento regional como um dispositivo viabilizador da gestão do sistema de saúde no âmbito regional, analisando-o, identificando suas principais debilidades e suas fortalezas, priorizando os problemas e traçando seu Plano Regional de Desenvolvimento em Saúde (PRDS).

O que não se pode perder de vista aí é o que uma perspectiva sistêmica na saúde significa, alinhando as gestões municipais e coordenando-as em várias dimensões: integração clínica, apoio e logística, investimentos, recursos financeiros alocados, governança, regulação e aspectos legais (MENDES, 2007), o que denota a complexidade e o grande esforço que cada gestor municipal tem que fazer individualmente, para alcançar tal intento.

Para isso fomos buscar em Viacava e cols (2004); Hortale, Conill e Pedroza (1999) e em Hortale, Pedroza e Rosa (2000), algumas considerações conceituais:

Em primeiro lugar, de Viacava e cols (2004), a consideração de que os conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é saúde e qual o nível de responsabilidade do Estado com a saúde das populações em determinado território, podendo,

³⁵ Conforme a Portaria MS 399/06, os objetivos da regionalização são: garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal; garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade; garantir a integralidade na atenção a saúde através da organização de redes de ações e serviços de saúde integradas; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e organizando demandas nas diferentes regiões; racionalizar gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (Brasil 2006d).

portanto, mudar, tanto com relação ao tempo, como com relação ao espaço, em função de alterações que ocorram nas concepções dominantes.

Em segundo lugar, de Hortale, Conill e Pedroza (1999), considerações sobre modelos, abordando os aspectos: a noção de modelo de Guimarães Netto (1986) como uma estrutura analítica que estuda as relações entre um conjunto de variáveis, composto por uma ou mais hipóteses, com base nas quais são retiradas implicações ou previsões, devendo, para ser útil, se constituir em uma versão simplificada e abstrata da realidade.

As autoras apresentam a análise crítica de Demo (1982), a respeito da construção de modelos como método, proposto por Lévi-Strauss, que afirmava ser o modelo sempre simplificador, ao tentar "cristalizar em um núcleo concatenado e estável a superfície complexa da realidade, apoiando-se na crença de que a subjacência, sendo ordenada (estruturada) e simples, contém a explicação do fenômeno" (DEMO 1982, p. 213, apud HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999, p. 85). Com esta análise crítica as autoras mostram que, ao se aproximar demais da realidade em sua complexidade, o modelo acaba perdendo sua força explicativa, trazendo como desafio que o mais simples deve explicar mais, desde que enfoque toda a realidade.

E em terceiro lugar, de Hortale, Pedroza e Rosa (2000), considerações sobre sistema de saúde. De acordo com estas autoras, os modelos analíticos de sistemas de saúde mais conhecidos utilizam como categorias: os níveis de gerência (administração, planejamento, etc.); a produção de recursos (medicamento, conhecimentos); organizações de recursos (públicas, privadas, ONGs); o financiamento e a prestação de serviços [ROEMER (1991), citado por HORTALE; PEDROZA; ROSA (2000)].

Mas estes modelos não se adaptam à ideia de modelo de análise das autoras porque têm uma preocupação excessiva com a estrutura interna, deixando em segundo plano as relações com o meio, os interesses dos atores envolvidos e as dinâmicas complexas da população. Assim, estas autoras se reportam a Contandriopoulos quanto à consideração deste autor para a análise do sistema de saúde, do meio ambiente ou o contexto cultural, social, político, econômico, tecnológico, além dos valores culturais e ideológicos da sociedade em estudo.

Ao se falar em sistema de saúde não se pode deixar de lado a questão da intersetorialidade, pelas interfaces existentes em várias instituições com a problemática da saúde, ao lidar com variáveis que condicionam e determinam a saúde. Teixeira (2001) traz essa abordagem ao fazer um estudo para o planejamento da Vigilância da Saúde, a partir de problemas concretos em territórios processuais em que, mediante uma perspectiva intersetorial, se desliga do enfoque puramente técnico para ir ao alcance de aspectos

contextuais, em uma visão estratégica, ou seja, considerando-se o que é necessário para dar conta dos problemas reais existentes na população de um determinado território, exigindo também uma ação comunicativa, ou seja, um diálogo permanente entre os atores envolvidos.

Viacava e cols (2004) também abordam a temática da intersetorialidade ao colocarem como objetivo primordial dos sistemas de saúde, de uma maneira geral, melhorar a saúde da população, cujo alcance implica em um processo complexo que envolve ações intersetoriais, junto com a prestação de serviços, individuais e coletivos. Dessa forma, os autores agregam a influência poderosa sobre a saúde, de fatores determinantes e condicionantes, advindo daí a necessidade de se refinar o conhecimento a respeito da maneira como esses fatores interagem, como influem na saúde dos indivíduos e das populações, e de como contribuem para o alcance da meta central dos sistemas de saúde.

Trazemos aqui a contribuição de Testa, quanto ao modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento, compreendendo estes problemas como socialmente determinados e interessando-se pelo comportamento dos atores sociais. O autor põe ênfase na análise das relações de poder e na consideração das práticas de saúde como práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos, avançando, assim, da proposta de planejamento estratégico em saúde para um pensar a ação política.

Giovanella (1990) também discorre sobre as relações de poder:

Poder é sempre relação, é sempre luta. Ali onde está o Poder está a Resistência: subordinação-insubordinação, sujeição-rebeldia, repressão-subversão. Do mesmo modo, não há um determinismo econômico inelutável, no qual se funda o Poder. As relações de produção e a divisão social do trabalho determinam Poder e, ao mesmo tempo, fundam a contradição que produz o conflito, luta: vontade de transformar essas relações (GIOVANELLA,1990, p. 142).

Ao considerar que o processo de planejamento em saúde almeja a mudança social, Testa postula que existem relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização, de tal forma que este propósito de mudança estaria determinando um método diferente, pois o considera necessariamente relacionado aos propósitos perseguidos e ambos, método e propósitos, relacionando-se com a organização das instituições encarregadas de executar as ações pertinentes ao alcance dos propósitos (TESTA, 1987, apud GIOVANELLA,1990).

A partir dessas considerações, apresentamos aqui o principal aspecto desta proposta que é agregar os objetivos da gestão de saúde dos municípios, obtidos a partir dos seus problemas identificados, analisados e consensualizados, de forma a conduzirem conjuntamente à identificação e à priorização, como problemas da região, aqueles que direcionem para a missão do CGR, missão esta que deve se coadunar com os objetivos da regionalização.

Assim, identificamos como objeto da proposta do planejamento regional, nos espaços colegiados de gestão, os sistemas de saúde da região, em seus vários componentes, tomando como referência o Diagrama dos componentes de um sistema de saúde de Klekowsky (1984), adaptado por autores como Paim (1994) e Teixeira (2002), a partir do qual agregamos os aspectos relativos aos fatores determinantes e condicionantes da saúde (Teixeira, 2010):



Figura 1: Componentes do sistema de serviços de saúde.

Fonte: Teixeira, Abreu e Vilasbôas, 2010.

7.1 IDENTIFICANDO OS OBJETIVOS DA PROPOSTA METODOLÓGICA

Entendendo que os municípios já identificaram, descreveram, priorizaram e analisaram seus problemas de estado de saúde e de sistema de saúde, traçando suas ações estratégicas em seus respectivos Planos Municipais de Saúde; e que estas estratégias traçadas é que irão descortinar como os municípios identificaram, descreveram, analisaram e priorizaram ações para a condução de seus sistemas, através do entendimento e das escolhas adotadas para seus modelos de gestão, refletidas na forma de organização e regulação dos serviços e ações de saúde, das fontes e formas de financiamento, da alocação dos recursos, vislumbramos que é a

partir dessas questões que deve ser configurada uma *matriz situacional de sistema de saúde regional*, que deve evidenciar:

- a) O que cada município - como elemento-chave de uma trama regionalizada - se comprometeu a fazer para mudar uma dada situação para o aprimoramento e a melhora do seu quadro de saúde;
- b) Conseqüentemente, o que cada município está se propondo a fazer para mudar a situação de saúde da região, por meio da organização da saúde como sistema, a partir de cada um dos sistemas municipais, é que consubstanciará o planejamento compartilhado e dinâmico no âmbito regional.

Estabelecemos então, como *objetivo* desta proposta:

Possibilitar uma disposição declarada dos gestores municipais da região, de atuarem conjuntamente na gestão de saúde no âmbito regional, através de um planejamento da organização do sistema de saúde neste âmbito, e que este planejamento se traduza em ações que moldem de fato uma gestão compartilhada, e que possa contribuir para o fortalecimento da gestão regional de saúde, como mais um dos elos de cooperação entre gestores municipais de saúde, utilizando os espaços de organização já formados, os Colegiados de Gestão Regionais de Saúde:

- a) Reconhecer os sistemas municipais de saúde como elementos componentes da situação do sistema de saúde da região, por meio da análise conjunta dos mesmos, identificando as debilidades, priorizando-os como problemas e identificando as fortalezas, como apoio ao sistema de saúde da região, pactuando soluções;
- b) Referendar os compromissos de gestão da saúde na região, a partir dos compromissos de gestão de cada município, analisando-os e priorizando-os, à luz dos compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão do Estado – TCGE e das linhas prioritárias do Plano Estadual de Saúde;
- c) Traçar as estratégias de ação para o cumprimento dos compromissos de gestão dos municípios da região, identificando mecanismos de combinação de esforços (técnicos, políticos, financeiros, etc.) para o alcance dos compromissos de gestão dos municípios;
- d) Instituir um mecanismo de petição/prestação de contas pelo compartilhamento das responsabilidades entre os gestores municipais de saúde da região;

- e) Estimular o desenvolvimento de vontades políticas individuais dos gestores em atuarem coletivamente, na busca do alcance dos objetivos regionais, lançando mão de práticas de desenvolvimento de identidade regional;
- f) Reconhecer o Plano Diretor de Regionalização (PDR) ou propor mudanças a partir de elementos da realidade da região, identificados no decorrer de discussões pautadas na territorialidade, que direcionem para a necessidade de rever ou confirmar o desenho territorial;
- g) Identificar áreas mais vulneráveis e fragilizadas na região, trazendo aspectos possíveis para revisão do Plano Diretor de Investimento (PDI) do Estado;
- h) Fornecer subsídios à atualização dos instrumentos de gestão estadual do SUS: Plano Estadual de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde Estadual e Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE);
- i) Subsidiar as adesões municipais ao Pacto pela Saúde e a revisão dos Termos de Compromissos de Gestão Municipais (TCGM) sob uma lógica regional;
- j) Munir os municípios com elementos adicionais que propiciem revisões em seus instrumentos organizativos, operacionais e avaliativos de gestão: Planos Municipais de Saúde (PMS), Programações Anuais de Saúde Municipais e Relatórios Anuais de Gestão.

7.2 O ESPAÇO PARA DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA METODOLÓGICA: OS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL DE SAÚDE/CGR

Partindo do documento legal que cria o Colegiado de Gestão Regional, a Portaria MS 399 (BRASIL, 2006d), trazemos os principais elementos que configuram o CGR como o espaço mais adequado para o desenvolvimento do propósito de nosso trabalho, de desenvolver uma metodologia de planejamento no âmbito regional, para fortalecer uma gestão compartilhada colegiadamente:

Espaços de articulação, pactuação e de decisão política de ação regional [...], pressupondo:

- a) O envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados;

- b) A identificação dos problemas, definição de prioridades e pactuação de soluções de ação regional adequadas à qualificação do SUS e melhoria das condições de saúde no âmbito da região;

Formados:

- c) Pelos gestores municipais/locais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor (es) estadual (is), sendo a decisão sempre por consenso [...];

Para:

- d) A organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2006d).

7.3 AS MOTIVAÇÕES DA FORMAÇÃO DOS CGR: “MOTIVO PARA QUE” E O “MOTIVO PORQUE”

Trouxemos de Altmann (2005), Rocha (2008) e Júnior & Mello (2008) a discussão, em torno do “motivo para que” e “motivo porque”³⁶, investigados como parte essencial da teoria da ação social em Schütz³⁷, que efetua um duplo encadeamento com a motivação: “motivos para quê”, se referindo ao projeto a realizar e à vontade de fazê-lo, como forma de desencadear a ação (planejamento); e “motivos porque”, se atendo ao passado sedimentado, isto é, à situação em que o gestor já possui sua bagagem de conhecimentos disponíveis (gostos, inclinações, preferências, preconceitos) e que irão determinar o projeto.

Assim, para evidenciarmos as motivações pelas quais um gestor estaria respaldado nas suas ações e decisões para a condução do SUS, seus “desejos” e “projetos”, solidificados pela bagagem adquirida na trajetória da gestão do SUS, identificamos as motivações para um

³⁶ A compreensão da ação - enquanto significação subjetiva - é possível pelos motivos da ação de Schütz, os quais efetua um duplo encadeamento da personalidade com a motivação - motivo “para”: projetos que motivam a vida, planos futuros, desejos e a ação propriamente dita, quais sejam, os sistemas subjetivos de planificação; a instituição motivada para outros processos de trabalho, iniciada como um projeto, uma motivação e voltado para o futuro. Motivo “porque”: relacionado com o ser como pessoa, escolhas, exigindo um ato de reflexão; as raízes da motivação que levaram ao projeto em questão (JÚNIOR; MELLO, 2008; TESTA, 2003, p. 22, apud ROCHA, 2008).

³⁷ Entre as diferentes abordagens de tradição fenomenológica, a fenomenologia sociológica é considerada, dentro das ciências sociais, como a sociologia da vida cotidiana (WAGNER, 1979, apud JÚNIOR; MELLO, 2008). Fundamentado na sociologia compreensiva de Max Weber e na fenomenologia de Edmund Husserl, Alfred Schütz criou teoria e método para a abordagem da realidade social, a partir dos princípios filosóficos de Husserl (JÚNIOR; MELLO, 2008).

planejamento regional nos motivos “para que” e “porque” do CGR, a partir da Portaria MS 399 (BRASIL, 2006d) e levando em consideração o Documento de Referências Técnicas / Conceitual do GT Tripartite de Gestão (BRASIL, 2005), por entender ser este o fórum privilegiado de decisões colegiadas, com representação dos três níveis de governo, responsáveis pela condução do SUS, onde fomos buscar, entre os mecanismos estabelecidos de Gestão Regional:

O “*motivo para que*” do CGR

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional, a partir das necessidades da gestão municipal, elegendo as prioridades de cada componente do sistema de saúde, definindo as ações necessárias para cada prioridade, pactuando as responsabilidades de cada um frente a cada prioridade e identificando as interfaces com o Plano Estadual de Saúde.

O “*motivo porque*” da formação do CGR

Priorizar as diferenças territoriais tendo como base o porte de cada município, as situações de iniquidades, reconhecendo as necessidades inerentes a cada município/região de saúde; buscar reconhecer, à luz das ferramentas do planejamento/programação, as insuficiências e vazios assistenciais, objetivando quando necessário reorientar investimentos; e, por fim, constituir processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.

Assim, reportando-nos a Altmann (2005), a partir dessas proposições, o motivo “para” simboliza a futura situação onde se pretende chegar com o planejamento regional no CGR, cuja ação projetada se concretiza de acordo com o motivo “por que.”

7.4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PACTO DE RESPONSABILIDADE NO PLANEJAMENTO REGIONAL

A discussão sobre responsabilidade no planejamento regional deve acontecer no âmbito dos pactos entre gestores, ao que imputamos a importância dessa discussão acontecer em conformidade com o Planejamento Estratégico Situacional, conforme traduzido bem por Mottin (1999), ao referir que é relevante definir quem assume o compromisso de conduzir o

desenvolvimento das ações e responder por elas, coordenando, avaliando e prestando contas ao responsável geral pelo plano.

No contexto municipal os municípios estão empenhados em desenvolver suas ações internamente, na organização do sistema municipal; no contexto regional, as ações de cada município constantes nos respectivos planos municipais de saúde estarão direcionando as estratégias adotadas no espaço colegiado de gestão, como linhas mestras para o alcance dos objetivos preconizados na missão desse espaço colegiado - responsável pela condução geral da organização do sistema no âmbito regional - adaptando-o às diferentes pressões do ambiente que o conforma.

Nesse momento, essas ações não se constituem mais em ações municipais pura e simplesmente, mas se revestem de outra significação: em um contexto regional, a ação se torna transversal aos municípios e esses passam a ser corresponsáveis por uma determinada parcela daquela ação ou mesmo por toda a ação.

Esse ponto foi abordado por Teixeira (2002), ao discutir sobre as propostas dirigidas ao estabelecimento de um pacto de responsabilidades entre vários municípios, que poderiam vir a compor, em conjunto, uma dada região de saúde, mostrando que estas responsabilidades “implicam, em última análise, na criação de possibilidades de acesso a uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população...”³⁸, o que traz também a necessidade de discutir a integralidade numa concepção mais abrangente que a da assistência à saúde.

Transportamos esta fala para nossa proposta, ao identificarmos nela a ótica totalizadora dos problemas de saúde de uma dada região apontada para a transversalidade, seja através da coparticipação dos municípios, seja por meio da identificação, da priorização e da condução das ações, compartilhando as responsabilidades, seja avançando na direção da prática da intersetorialidade.

Trazendo a responsabilidade mais especificamente para a situação do sistema de saúde regional, muitas das ações estão associadas a um âmbito de gestão que perpassa os limites de um único município, ficando, muitas vezes, com a responsabilidade distribuída entre mais de um gestor municipal. Ou seja, ainda que determinado aspecto se restrinja a um município

³⁸ Colocado como alvo nos processos de planejamento da condução do SUS, o acesso aos serviços de saúde vem tomando várias dimensões, que Abreu e Assis (2010) sintetizam, numa visão compreensiva, através de uma revisão sobre o conceito de acesso a partir de vários autores, onde são contempladas: uma dimensão econômica, relativa à relação oferta/demanda dos serviços de saúde; uma dimensão técnica, relacionada à planificação e organização da rede de serviços; uma política, relacionada ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, tratando das representações sociais quanto à atenção e ao sistema de saúde.

específico, no momento em que a ação foi priorizada como problema da região esta passa a ser uma ação de responsabilidade coletiva.

7.5 A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE REGIONAL: SEU EXERCÍCIO COMO ELEMENTO IMPORTANTE DA PROPOSTA

Entendendo ser necessário ter como ponto de partida a discussão metodológica da construção de uma identidade regional, como uma condição *sine qua non* para a proposta deslançar e alcançar seu propósito de fortalecer a gestão compartilhada na região, pontuamos algumas considerações quanto aos aspectos metodológicos que melhor ressaltem esse sentimento no grupo colegiado.

E, sendo o CGR o espaço representativo da região de saúde, onde serão exercitadas experiências e acumulados aprendizados de gestão compartilhada, trazemos uma discussão sobre a conformação de uma tríade de aspectos que consideramos como relevantes para reforçar a identidade regional no espaço colegiado: a discussão da missão, o reconhecimento do desenho da região no PDR e a análise da situação dos sistemas municipais que conformam a saúde da região:

7.5.1 A definição da missão do CGR: um ponto de partida

Entre os vários autores que abordaram o tema “missão,” pontuamos considerações de alguns deles, que agrupamos sinteticamente, agregando algumas idéias próprias, para que a mesma se coadune com nosso ideário de um trabalho coletivo entre gestores municipais de saúde: existindo para promover um senso de expectativas compartilhado e comunicar uma imagem coletiva da organização para os interessados, passa pela necessidade premente de abranger declarações que levem à identidade, proposta e condução, e pela capacidade de fazer surgir um sentimento de união e envolvimento nos seus componentes, constituindo-se em uma referência por meio da qual as decisões sejam tomadas em comum acordo. Além disso, a missão deve desenvolver um senso comum de oportunidade, significância e realização, bem como possibilitar um trabalho coletivo, na direção da realização dos potenciais da organização. [(LEUTHESSER; KOHLI, 1997, apud HAMILTON, 2003); (COVEY, 1989;

KOTLER, 1999; GERMAIN; COOPER, 1990, apud RAFAELI; CAMPAGNOLO; MÜLLER, 2007)].

7.5.2 O reconhecimento do desenho regional no Plano Diretor de Regionalização - PDR

Trazendo a concepção de “Território Situado” (MISOCZKY, 2002) em que, pela movimentação dos atores sociais³⁹, estes vão tecendo uma rede de relações sociais. Trazemos também a conceituação de território como um “organismo vivo”, de acordo com o Professor Milton Santos, para quem o território é concebido sob a ótica de uma nova geografia, preocupada com as características sociais, históricas e econômicas de um povo, em constante mutação (SANTOS; SILVEIRA 2008).

Esta rede, permeada por conflitos e relações de poder entre as representações destes atores no território é que vão lhes permitir tomarem consciência daquele espaço. Entendemos que é a partir do desenvolvimento dessa consciência regional que possam ser efetuados os movimentos na direção de uma gestão compartilhada na região.

Sob essa perspectiva, consideramos importante, para o desenvolvimento da identidade regional, a discussão da conformação da região de saúde, de forma a ter um entendimento alinhado no CGR, dos critérios utilizados, sob dois aspectos:

1º- A discussão do desenho territorial vem reforçar a ideia de se rever aquele espaço dentro uma dinamicidade própria, com suas particularidades de ordem cultural, econômica, política e social. Assim, na medida em que foi feita uma divisão territorial visando ao planejamento em saúde, configurando aqueles municípios em uma dada microrregião ou região de saúde, é esse espaço que tem que ser avaliado em suas principais características, com seus critérios e finalidades, como o nível de gestão de sistema de saúde, a partir do qual novas bases e direções organizativas da atenção à saúde possam ser criadas.

2º – A consideração deste território, que é dinâmico, processual, como um território ‘situado’, ‘vivo’ - por existir em função da interação de atores sociais - que, na arena de discussão da saúde, encontra nos gestores municipais de saúde seus representantes, como “embaixadores” dos anseios, desejos, frustrações, sentimentos,

³⁹ Para Matus, ator social "é uma personalidade, uma organização, ou um agrupamento humano, que, de certa forma, estável ou transitória, tem capacidade de acumular força e desenvolver interesse, produzindo fatos na situação" (MATUS, 1993, apud LALUNA; FERRAZ, 2003).

interesses do território, no âmbito da saúde. É no processo de troca, que constitui o agir comunicativo de Habermas, que almejamos que se fortaleçam a consciência e o sentimento de pertencimento regional.

7.5.3 A discussão em torno da situação do sistema de saúde da região

Seguindo a discussão para o reconhecimento do desenho regional, a Análise de Situação de Saúde - ASIS, principalmente no que diz respeito à conformação dos sistemas de saúde que conformam a região, constitui outro ponto da maior importância para a discussão entre os gestores, para que a identidade regional tome mais fôlego entre esses atores:

- a) A participação de cada município na configuração da situação de saúde da região, a partir das informações dos problemas de sistemas de serviços de saúde, ou seja, quanto cada município está participando, através de um parâmetro comparativo, naqueles problemas analisados;
- b) Levando a análise para mais perto da realidade de cada município, desenvolvendo nos gestores o sentimento de que a responsabilidade pelas tentativas de mudança naquele espaço regional tem de partir deles, como protagonistas de fato, mais que atores coadjuvantes naquele cenário;
- c) Identificando os pontos do Plano Estadual de Saúde, considerados pelo Colegiado Regional como deficitários e frágeis, ou pontos ausentes, e trazendo outros elementos para essa análise, com o objetivo de:
 - A região participar ativamente da situação dos sistemas de saúde dos municípios que a compõem, construindo a sua própria análise de situação de saúde;
 - Ampliar e solidificar a percepção dos gestores como coparticipantes daquela situação de saúde regional, enquanto ator social: considerando que:

a explicação situacional não é colagem de várias explicações. Ela é policêntrica, porque considera a explicação de outros atores, mas é igualmente autorreferente, ou seja, é elaborada na perspectiva do ator que está explicando. As várias explicações dos atores são ponderadas e articuladas sob a óptica do ator que explica, do ator que assina e assume o compromisso de cumprir o plano (MOTTIN, 1999, p. 41).

O rigor da explicação situacional traduz-se na consciência da própria cegueira em relação a outras explicações e, a partir dessa constatação, buscando reduzir tal cegueira é que se incorpora na perspectiva policêntrica, a visão do outro. Ao ter consciência desta cegueira, a

explicação situacional torna-se mais rigorosa se comparada ao diagnóstico tradicional, que se supõe único, absoluto, neutro e com a pretensão de esgotar a realidade⁴⁰ (MOTTIN, 1999).

Trazendo essa percepção para uma análise de situação de saúde no âmbito regional, consideramos que este será um momento para reduzir ainda mais esta 'cegueira', na medida em que a própria condição da situação regional já leva a uma ampliação das visões.

Buscando contribuir para alargar a visão da realidade de saúde do território, trazemos uma discussão em torno de levantamentos de dados adicionais, para compor a situação de saúde da região, a partir de alguns autores. Esses levantamentos podem ser ampliados por estudos adicionais, na perspectiva de aspectos a serem analisados e no aprofundamento da real situação da região, como os estudos de campo, realizados por meio de questionários e entrevistas junto aos gestores públicos de saúde e administradores de serviços de saúde, especialmente daqueles serviços de referência regional.

E, além desses, com técnicas como inquéritos de saúde⁴¹, justificadas por Campos (1993, p. 191) pela consideração de “os problemas de saúde identificados a partir dos dados disponíveis nos serviços de saúde serem apenas o numerador de uma fração cujo denominador está representado pela ocorrência de problemas de saúde na população como um todo.” Este é um aspecto importante, que vai na direção do reconhecimento da territorialidade, por um lado, com o fortalecimento do sentimento do pertencimento àquela região pelos entrevistados e, por outro lado, pela participação social no processo de elaboração do planejamento.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) também abordam a importância desses levantamentos, como subsídios técnicos para a região aprofundar questões como o acesso, a iniquidade da região, investigando áreas mais desassistidas. E apresentam a Estimativa Rápida Participativa⁴² (ERP) como proposta metodológica a ser utilizada, justificada pelos autores por aproximar os gestores, em suas tomadas de decisão, e por aproximá-los da população que recebe e avalia o serviço que possui.

⁴⁰ Cegueira situacional é aquela parte da realidade que o ator não vê porque está fora: do seu foco de atenção; de seu campo de compreensão; de seu foco de referência – dificuldade de se situar na visão do outro; de seu foco de percepção - em função de seus preconceitos; ou porque não quer ver a causa da dor ou desgosto que provoca - supressão da informação dolorosa (AMARAL; SCARAZATTI, 2008).

⁴¹ Para Campos (1993) os inquéritos de saúde podem ser definidos como “tipos de estudos descritivos ou analíticos, longitudinais ou transversais, sobre diversos aspectos relacionados ao estado de saúde, demanda e utilização de serviços de saúde, através de amostras representativas de uma determinada população.”

⁴² De acordo com Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), a Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método de análise, de apoio ao planejamento participativo, ao contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive os menos favorecidos, em que fazem parte administradores de saúde e a própria população. Apoiando-se em três princípios: coleta de dados pertinentes e necessários; coleta de informações que reflitam as condições locais e as situações específicas; e envolvimento da comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções, tem como vantagens: simplicidade; baixo custo; rapidez; informações específicas de populações definidas.

Os autores atribuem como importância maior deste método, a evidência que dá aos problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Como resultado, forma-se um mosaico de necessidades específicas a determinados grupos populacionais, recorte que, a partir das informações coletadas, ao ser transportado para o desenho do território, permite e orienta sua divisão em áreas menores, denominadas “micro áreas de risco”. Essa visão estratégica deve se pautar na definição da missão do colegiado, que por sua vez traduza os pressupostos da regionalização, como uma imagem objetivo.

7.6 SOBRE A SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA

Esta colocação vem da ideia da sustentação da proposta pelo paradigma comunicativo que, de acordo com Artmann (2001), pressupõe um rompimento com a relação sujeito/objeto, para uma relação intersubjetiva, numa aproximação ao mundo que deixa de ter a marca exclusiva da dominação, ou o controle de um sujeito sobre um objeto, para representar uma construção solidária, com o entendimento entre os atores sobre qual a melhor forma de atuar. A razão aí passa a ser validada na comunicação, através de procedimentos argumentativos, de verdade proposicional, referida ao mundo social e de autenticidade subjetiva, sobrepujando-se ao mundo objetivo e de correção normativa.

Para Rivera e Artmann (1999), o caráter desafiador e permanente do projeto solidário da gestão subordina toda e qualquer tentativa metodológica de planejamento a esse objetivo, que é próprio do campo da gestão. Assim é que, para estes autores, devem ser estimulados métodos propiciadores de comunicação ampliada e de negociação de compromissos, em que também o método deve se submeter ao confronto com a diversidade (no sentido de um coletivo de atores), ou seja, mais do que se ater a uma única metodologia, que se estabeleçam mecanismos para inclusão de outras abordagens metodológicas, ao invés de se buscar uma exclusividade. Eles introduzem então uma compreensão diferente do planejamento, trazendo a ideia de “uma racionalidade ampliada para além da racionalidade dos fins” onde, pela via do diálogo, surjam projetos que se constituam em compromissos coletivos.

Assim, estes estudiosos reforçam nosso propósito inicial, quando situamos o planejamento não a serviço da gestão, mas ao seu lado, questionando-a, valorizando-a, transformando-a, enfim, fortalecendo-a. Dessa forma, ao pautarmos nosso trabalho sob o enfoque comunicativo, estamos imprimindo outra direção ao enfoque estratégico, deslocando-

o do olhar egocêntrico - que se utiliza da linguagem apenas como meio de transmissão da informação, à mercê da influência dos atores sobre outros e sobre a situação, buscando ganhos através de cálculos deslocados da linguagem - para uma utilização da linguagem como forma de integração social, utilizando como ferramenta o poder consensual, consubstanciado em acordos (MARTÍNEZ, 2007).

7.7 COMPARTILHANDO O PLANEJAMENTO PARA UMA GESTÃO COMPARTILHADA

Ao associarmos nesta proposta a gestão compartilhada para o alcance dos pressupostos da regionalização, identificamos nos CGR a instância mais apropriada para traçar objetivos, estratégias e ações, na direção do nivelamento entre as condições de atuação sistêmica, por parte dos municípios, guardadas as devidas proporções das dimensões geográficas, desenvolvimento econômico e social, aporte populacional, oferta de serviços, complexidade da atenção etc.

Mesmo com as diferenças, que são históricas, políticas, econômicas e culturais, que esse planejamento possa trazer, através de mecanismos de ação conjunta e mediados por uma visão estratégica disseminada ao conjunto dos gestores, possibilidades concretas de reverter aquelas áreas ou aqueles aspectos de maior fragilidade em determinados municípios e ampliar aquelas de maior facilidade e com mais possibilidade de sucesso. Como dizem Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 8), o planejamento aí deixa de ser “uma mera ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação”, para se constituir em uma visão de gestão, envolvendo “um variado número de atores sociais.”

Assim, antes de podermos trabalhar uma estratégia para o alcance de uma organização das redes de atenção, como uma imagem-objetivo, colocamos esse aspecto primordial da regionalização nesse momento, como um cenário⁴³ a se buscar alcançar, através do esforço coletivo, dialogado e de trocas criativas, para que as células componentes do desenho da região, que são os municípios, venham a ser transformadas em sua situação sistêmica, como pontos básicos para que uma organização em rede seja viabilizada.

⁴³ Costa (2007) aborda a diferença entre cenários no PES e da Prospectiva (Cenários da Grande Estratégia — longo prazo): os do PES se referem ao horizonte de uma gestão de governo, ou do plano de ação para “resolver” determinado problema declarado pelo ator social.

O colegiado gestor, que se encontra em um “território situado” e por ele é reconhecido e referendado, ao discutir a saúde em uma perspectiva sistêmica, vai ampliar um olhar sobre este território, a partir dos olhares de cada município, ampliados por olhares trazidos pela intersectorialidade, que culminará na visão estratégica, para aquele contexto, ou seja, o que é necessário fazer para mudar a situação e o que é possível ser feito, conforme esboçamos no diagrama a seguir, considerando as fortalezas e as debilidades da região.

A finalidade deste diagrama é mostrar visualmente o compartilhamento das gestões municipais, em que, trazendo olhares também de outras instâncias governamentais da região, e mediadas pela ação comunicativa, cheguem a uma visão estratégica conjunta das necessidades e possibilidades na saúde da rede SUS no território.

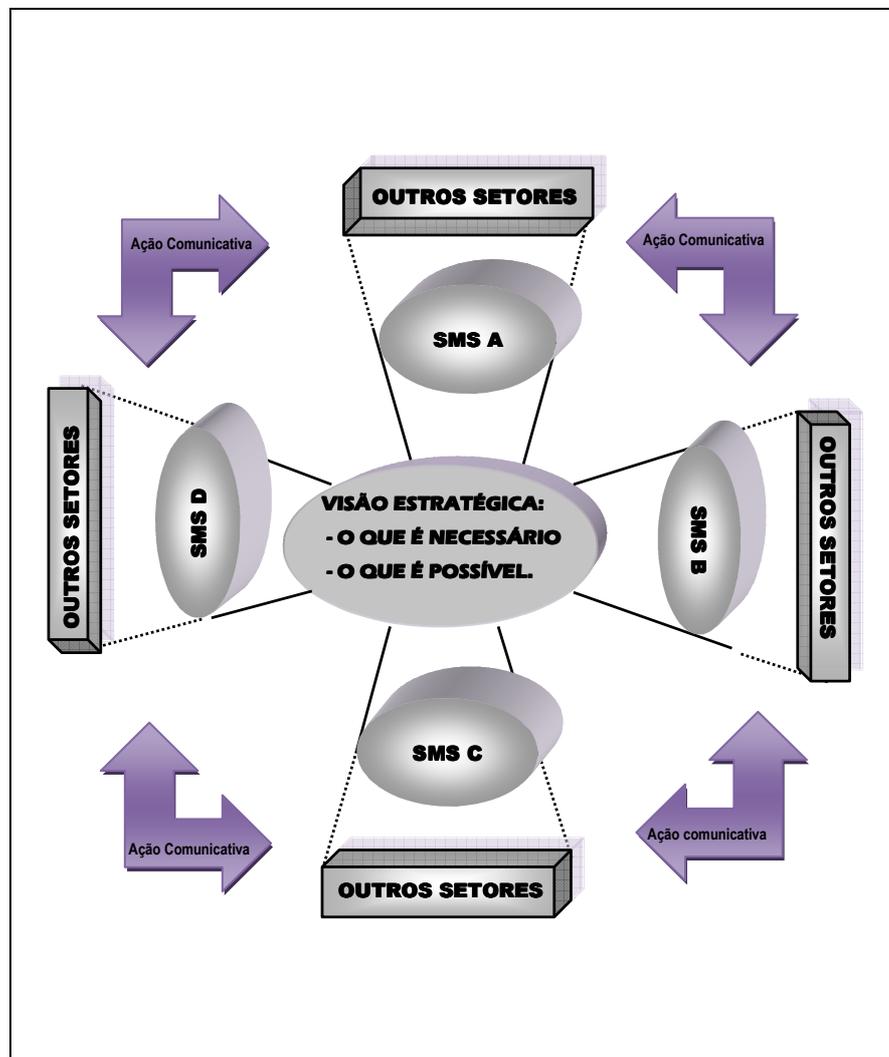


Figura 2 - A visão territorial da região de saúde, como nível de gestão do sistema.
Fonte: Diagrama construído pela autora.

Enfim, o que tentamos mostrar com este diagrama, de forma simples, é que um sistema de saúde de âmbito regional, partindo dos sistemas de saúde conformados nos municípios, deve ter uma diretriz mínima, porém globalizadora, sem perder de vista a perspectiva da intersectorialidade, que direcione para uma visão estratégica do território. E aí, nos aproximando de Testa, a ação colegiada se aproximaria mais do “pensar estratégico,” não devendo se restringir apenas ao planejamento estratégico.

E então nos perguntamos: como construir coletivamente essa visão estratégica, em um contexto regionalizado? Nesta linha de raciocínio, cremos que não podemos nos distanciar aqui, dos princípios da regionalização, principalmente do acesso e da integralidade da atenção, através do compartilhamento, não só das ações, mas, sobretudo das atitudes dos gestores.

É grande o desafio, mas ao mesmo tempo vislumbramos, através dessa proposta, alguma maneira de fazer com que os municípios olhem mediante outros olhares, com situações semelhantes, muitas vezes vivenciadas em comum, com problemas de sistema de saúde tão ou mais difíceis que os seus, ou situações diversificadas, enfim, um complexo sistêmico que, por ser sistêmico e por ser complexo, não consegue ser viabilizado através de seus componentes isoladamente.

7.8 TRATANDO DE ASPECTOS EM TORNO DE UMA GOVERNABILIDADE COMPARTILHADA

Governabilidad no es, pues, estabilidad política sino creación de condiciones para reconocer y enfrentar colectivamente los retos y oportunidades de cada tiempo.

(JOAN PRATES, 1998).

Segundo Matus (1996) governar é bastante complexo, pois exige do governante a habilidade de conduzir um processo a partir da definição de objetivos a serem atingidos, os quais podem ser modificados de acordo com o andamento desse processo, ou seja, o projeto de governo, buscando ativamente vencer as dificuldades, o que significa ter a governabilidade do sistema, demonstrando capacidade de governo. Essas três variáveis, embora de naturezas distintas, condicionam-se mutuamente, aludindo à complexidade do processo de governar,

conformam os vértices do triângulo denominado por Matus de Triângulo de Governo e que são assim detalhadas pelo autor:

O Projeto de governo é o conteúdo propositivo do plano, que contém as propostas de ação a realizar para o alcance dos objetivos a serem atingidos, correspondendo, além do interesse do governante, à sua capacidade de explicar a realidade e suas propostas para modificá-la de forma criativa e eficaz. A *Governabilidade* é a liberdade de ação do governante frente às variáveis sob seu controle ou não, representando seu capital político, ou seja, refere-se à possibilidade de ação e ao controle dos efeitos desta ação.

Para Matus (1996), quanto maior a liberdade de ação, maior número de variáveis de controle para o governante. A governabilidade do sistema estará definida pelo projeto de governo e pela capacidade de governo, ou seja, quanto mais ambiciosos forem os objetivos do projeto de governo, menor será a governabilidade e vice-versa, e para aumentar a governabilidade do sistema é necessário aumentar a capacidade de governo.

E, fechando o Triângulo, a *Capacidade de governo* corresponde à capacidade do governante de dirigir, gerenciar, administrar e controlar, configurando seu sistema de direção e planejamento, advindo da conjugação de habilidade, experiência, métodos e técnicas do governante e equipe, representando o seu capital intelectual.

Mottin (1999) aplica este triângulo de Matus para explicitar seu entendimento para a elaboração de projetos de ação governamental, ao mostrar que o condutor, ao dirigir um processo, enfrenta obstáculos e busca superá-los, para alcançar os objetivos que escolhe e altera, segundo as circunstâncias (seu projeto), resistindo ativamente aos obstáculos (governabilidade do sistema). E para vencer essa resistência, deve demonstrar capacidade de governo. Assim, a autora entende que a ampliação dessa capacidade de governo conduz ao aumento da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação.

Quanto ao aumento da governabilidade do sistema, Mottin (1999) a traduz como a possibilidade de agir e de controlar os efeitos da ação, ou seja, condução e articulação política essenciais ao alcance dos objetivos do projeto de governo. E chama a atenção para o fato de que, quanto mais ambicioso for esse projeto, maior governabilidade vai exigir; se for um projeto de qualidade, vai favorecer a adesão e pode ser aceito mais facilmente, sendo então um projeto mais fácil de governar.

Alves encontra em Güell o entendimento de governabilidade (ou governança), como “o estado de equilíbrio de um território onde é possível produzir políticas públicas e ações coletivas que sejam capazes de resolver problemas e abordar o desenvolvimento,” considerando como uma boa governança o resultado da soma das ações do Governo, da

colaboração das administrações públicas e do fortalecimento institucional, com a cumplicidade dos agentes socioeconômicos e com a participação dos cidadãos [Güell (2007, p.33), apud Alves (2008, p. 30)].

Abordar o espaço de decisão em uma perspectiva de equilíbrio e cumplicidade nos remete à abordagem de Rivera e Artmann (1999) quanto a uma nova compreensão do planejamento, trazendo de Senge a experiência dos adeptos da *learning organization*, com uma nova compreensão do planejamento como um processo de aprendizagem, em que o fundamental deixa de ser a elaboração de grandes planos estratégicos, para dar lugar à difusão ou incorporação de um raciocínio estratégico pelo corpo organizacional. A importância dessa nova compreensão está no fato desse raciocínio ser aplicado cotidianamente nas decisões sobre opções alternativas.

Coerente com o pensamento de Mintzberg (1989), também para Rivera e Artmann (1999) a estratégia seria o resultado de um processo que não é superior ao mesmo, destacado no tempo e no espaço, mas formado por múltiplas interações entre os agentes organizacionais, munidos de habilidades comuns. Conceituado como estratégia emergente, por Mintzberg, vem valorizar o planejamento tático operacional ou o momento tático operacional do planejamento. Dessa forma, trazemos os pensamentos destes autores para lançar o planejamento no espaço regional à discussão:

De Matus (1996), com a ampliação dessa capacidade de governo, que leva ao aumento da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação e ao aumento da governabilidade do sistema, ambos importantes para a condução do SUS. E no nosso entendimento, essa ampliação pode se efetivar através de um esforço conjugado dos municípios

De Güell (2007), através de Alves (2008), trazendo dois pontos, para nós de grande relevância na gestão compartilhada do SUS, que são o equilíbrio territorial e a adjetivação de 'boa governança', relacionados aos atributos da soma, da colaboração e da cumplicidade: a soma, para a conjugação das ações dos governos municipais; a colaboração, relativa às respectivas administrações públicas; e a cumplicidade, pelo resultado positivo que a governabilidade mais abrangente pode trazer, ampliando a força de coesão entre os agentes socioeconômicos e da participação cidadã naquele espaço territorial.

E de Senge e Mintzberg (1989), por intermédio de Rivera e Artmann (1999), ao trazerem a ideia de uma estratégia que emerge da formalização estagnada dos planos na direção do cotidiano, através de um processo contínuo de aprendizagem, e que vai tomando a forma de cada momento vivido pelos gestores, nas suas interações e trocas de habilidades e iniciativas criativas como características do momento tático operacional.

Pinheiro (2001) define o cotidiano como o *locus* onde se expressam não somente as experiências individuais de vida, mas contextos de relações distintas que envolvem pessoas, coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados. E traz de Milton Santos uma concepção ampliada: "o cotidiano representa os aspectos de um lugar, que é compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum" (SANTOS, 1999, p. 258, apud PINHEIRO, 2001), concluindo que, no caso das instituições de saúde, "o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, 'não como um objeto natural, uma coisa', mas como prática social, influenciada pelas práticas sanitárias e políticas."

7.9 UMA ABORDAGEM DAS DUAS FACES DO PLANO: SUA IMPORTÂNCIA PARA A INTERSETORIALIDADE

Uma questão importante a ser considerada diz respeito às duas faces do plano, (MOTTIN, 1999), para situar a "demanda por operações", cuja probabilidade de acontecer, a nosso ver, é grande no planejamento regional, tanto interna como externamente à região.

O plano dentro do Plano Estratégico de Saúde - PES, de acordo com Matus, é um plano de duas faces, com operações e demanda de operações, ou seja, quando o ator que planeja não tem nenhuma governabilidade sobre determinado problema e solicita a realização de determinada(s) operação (ões) a outro(s) ator (es), para solucioná-lo. É quando há um problema que tem causa importante a ser atacada, porém a ação não depende do setor saúde, surgindo então a demanda de operações a outro setor, o que abre a possibilidade para o trabalho articulado intersetorialmente⁴⁴:

A noção de demanda de operações é central para a questão da intersetorialidade diante da atual questão da integralidade. Assim, quando o enfoque do PES abre-se para discutir o espaço de governabilidade – e não somente a governabilidade do ator, entendendo as causas do problema para além daquele domínio situacional específico do ator que planeja e abrindo a possibilidade de demanda de operações – ele abre concretamente uma forma de trabalhar a questão da intersetorialidade (MOTTIN, 1999, p. 49).

Com esta temática é importante citar Sá e Artmann (1994) para quem essas possibilidades de articulação devem ser exploradas, a fim de permitirem que "autores

⁴⁴ "Ação na qual o setor saúde e os demais setores sociais e econômicos, tais como, educação, agricultura, indústria, obras públicas, abastecimento de água e comunicações, colaboram para o alcance de uma meta comum mediante uma estreita coordenação de suas contribuições" (SACARDO, [200-]).

representativos de outros setores de governo deixem de ser considerados apenas na análise estratégica e enquanto destinatários de demandas de operações e passem a ser corresponsáveis pela explicação e intervenção nos problemas” (SÁ; ARTMANN, 1994, p. 33, apud MOTTIN, 1999).

Além disso, trazendo o que diz Artmann (2001) sobre os problemas - ao referir-se à abordagem dos mesmos em dimensões variadas, aí incluindo a política, a econômica, a social, a cultural, etc. e à sua causalidade multissetorial, que não se limitam a um setor ou uma área específicos - ao pensarmos em suas soluções, deparamos com a necessidade de se considerar a dependência, muitas vezes, de recursos extrasetoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação, logo, atores que não estão diretamente envolvidos com a saúde em específico.

Assim, consideramos oportuno trazer à discussão o planejamento estratégico situacional de Matus que, através do paradigma da produção social da saúde, trabalha a análise e a intervenção sob uma ótica totalizadora, ou seja, as causas e os nós críticos dos mesmos não se restringem a um setor, unidade ou departamento, mas apontam para a transversalidade e intervenções de ordem intersetorial (PITTA; RIVERA, 2006).

Este aspecto ganha relevância no planejamento regional, uma vez que muitos dos principais problemas da região ultrapassam os limites da própria região para alcançarem outra(s) ou ainda chegando até o âmbito macrorregional, tendo um caráter transversal importante, até mesmo para a viabilidade de muitas das ações propostas pelos municípios individualmente, que ganharão sustentação na medida em que os mesmos saiam do âmbito da região.

Trazemos este ponto para discussão por acharmos também que, através desse espaço criado de discussão coletiva de problemas, negociação de decisões, pactos, busca coletiva de soluções e alternativas ao sistema de saúde, a questão das ações transversais pode ganhar força, na medida em que compõem a cena, atores com o mesmo potencial de governabilidade, o que pode aumentar o poder de demandas por operações para outras instâncias governamentais, o que pode ajudar a trazê-los à arena de discussão, em um espaço ampliado para além da saúde.

7.10 SOBRE A MANUTENÇÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL NO COTIDIANO DA PRÁXIS DOS GESTORES

Nenhuma técnica é segura diante da incerteza do mundo real. Devemos nos apoiar em nossa capacidade de acompanhar e avaliar a realidade, corrigindo e adequando os nossos planos. Assim, mais importante que formular um plano é a capacidade contínua de um grupo sujeito fazer cálculos a tempo e toda vez que as circunstâncias exigirem.

(MATUS, 1991).

Um grande nó encontrado nas práticas de planejamento em saúde no país se encontra na dificuldade de, uma vez elaborado o plano, incorporá-lo no cotidiano dessas práticas. Não nos parece natural pensar que, após um esforço coletivo, importante, do ponto de vista do avanço que se almeja conseguir na gestão compartilhada através do planejamento regional, com uma prática comunicativa, muitas vezes com negociações tão difíceis, mas também tão ricas e com possibilidades tão promissoras para o curso da regionalização, o seu resultado não venha a se integrar ao processo de atuação do CGR. Então a pergunta que fazemos é: como manter vivo esse processo, senão através do monitoramento e da avaliação?

Para Oakley e Clayton (2003) as intenções de todo processo de monitoramento e avaliação são assim sintetizadas:

- a) Indicam se um projeto está sendo implementado conforme o planejado;
- b) Identificam problemas e dificuldades de implementação;
- c) Tratam dos recursos utilizados (prestação de contas);
- d) Verificam se os pressupostos de cada etapa do que foi planejado são realmente válidos ou relevantes à comunidade beneficiada;
- e) Avaliam se uma ação continua relevante à comunidade.

Ao que Garcia (2005), através de Gualdalini (2000, p. 28), complementa, com indagações:

- a) Se o problema que se queria solucionar com o projeto continua existindo nos termos originalmente planejados;
- b) Se o projeto, tal como foi concebido, continua sendo a melhor alternativa para solucionar o problema;
- c) Se o desenho do projeto mantém a validade e a coerência: objetivos, produtos, atividades, insumos, arranjos institucionais e gerenciais;

- d) Se o impacto sobre os beneficiários e o cenário tem sido relevante;
- e) Se o processo de programação e execução é efetivo.

De acordo com o Sistema de Planejamento do SUS,

[...] a avaliação deve ser entendida como um processo permanente, destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde, em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em um determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos” (BRASIL, 2009a)⁴⁵.

Santos e Cardoso (2001) também colocam que é necessário entender a avaliação da gestão institucional como um processo permanente, que permita medir o alcance dos resultados segundo parâmetros previamente estabelecidos; e referindo-se ao monitoramento como controle do Estado, os autores se reportam a dois enfoques:

O controle do Estado quanto ao alcance das metas institucionais, definidas intraorganizacionalmente, devendo ser utilizados indicadores de eficácia, de eficiência (indicadores financeiros, de desempenho operacional, de verificação do comprometimento da estratégia com as ações e programas desenvolvidos pela organização) e de qualidade, que medirão o efeito do produto e/ou serviço no cliente-cidadão e cidadão-servidor.

E o controle do aparelho de Estado pelos cidadãos, trazendo como ilustração, a mensuração de resultados dos serviços e/ou produtos ofertados pelas instituições públicas em relação à qualidade esperada pela sociedade, devendo ser composto por indicadores que reflitam o interesse e as expectativas do cidadão quanto aos serviços e/ou produtos ofertados pelo Estado. Nesse sentido, os autores assumem a utilização da expressão *accoutability*⁴⁶ como “responsabilização” dos agentes políticos, dirigentes e servidores públicos pelo resultado de sua gestão, perante os atores sociais e políticos aos quais prestam contas.

Para obter essa forma mais abrangente de monitoramento, os autores mostram a importância de um sistema de informação regular sobre gestão e desempenho, como forma de abrir possibilidades, tanto no aspecto da melhora da eficiência da gestão como na autonomia e

⁴⁵ O Sistema de Planejamento do SUS recomenda a organização da estrutura do documento de avaliação do Plano com o seguinte formato: síntese do processo de construção do Plano; avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos, segundo cada um dos eixos específicos do Plano de Saúde; avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento de análise situacional; apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias (BRASIL, 2009a).

⁴⁶ Para os autores, o termo *accoutability*, de difícil tradução, até na sua língua de origem é ambíguo, conforme aponta Quirck, para quem os três propósitos principais da *accountability* na Administração Pública são: direcionar e orientar a ação administrativa; aferir o desempenho e os resultados; e garantir sua probidade e integridade (QUIRCK, 1997, apud SANTOS; CARDOSO, 2001).

na responsabilidade dos gestores em buscar seus próprios problemas e tomar suas próprias decisões, em bases sustentáveis de informação.

Silva e cols (2005) consideram as medidas de desempenho como sinais vitais da organização, que qualificam e quantificam o modo como as atividades de um processo atingem suas metas. Para eles, um sistema de medição de desempenho é um conjunto de medidas referentes à organização como um todo e aos seus processos, de forma a refletir certas características do desempenho para cada componente da gestão.

Santos e Cardoso (2001) mostram a existência de limitações que são próprias dos indicadores de desempenho, logo, é necessário apoiar a avaliação com um processo de diálogo sobre os resultados, trazendo da experiência internacional a sugestão de se discutir esses resultados, desfazendo assim o enfoque da avaliação com uma forma rígida sobre um número reduzido de indicadores, que, segundo os autores, pode ter conseqüências disfuncionais para a instituição, sendo o ideal que a realidade molde a ferramenta, e não que se limite a ela.

Ao ampliarmos esta discussão para a avaliação dos sistemas de saúde, encontramos em Viacava e cols (2004), um estudo que gerou o Projeto Pro-Adess⁴⁷. Nesse estudo os autores se reportam à concepção de desempenho de Hurst e Hughes, como o grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde. E mostram que a construção metodológica da avaliação de desempenho depende da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar que, por sua vez, vão embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho (HURST; HUGHES, 2001, apud VIACAVA et al, 2004).

E, se reportando a um sistema de avaliação de desempenho do SUS, os autores consideram que este sistema teria de ser pautado por um quadro de referência que levasse em consideração a sua concepção legal, a forma como vem sendo implantado e os problemas de saúde priorizados, além do que, deveria permitir avaliar em que medida seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos.

No âmbito regional, o monitoramento e a avaliação do planejamento, pensados para essa proposta como um processo multidirecional, sem início nem fim, fica assim entendido: todo o processo de acompanhamento e avaliação sendo desenvolvido como um “traçador” de todos os momentos experienciados pelos municípios, mediante suas ações, muitas delas mensuradas através dos indicadores dos pactos e compromissos por estes firmados. Mas de uma forma constante, em que, conforme comenta Faria (2003), deve ser encarado como “uma

⁴⁷

Projeto Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro.

bem-vinda oportunidade de se constatar o êxito no empenho da equipe, ou como um instrumento de aprendizado que permitirá evitar os erros cometidos em eventuais falhas.”

Dessa forma, cabe aqui fazermos duas perguntas:

- a) *Quem* monitora e avalia o planejamento regional?
- b) *Como* monitorar/gerenciar e avaliar o planejamento regional?

Diante do que colocamos anteriormente, o próprio grupo é que tem a atribuição intrínseca de monitorar e avaliar todo o processo, porquanto se trata de um processo colegiado, em uma sistemática que configure um caráter contínuo a esse acompanhamento, o que deve acontecer em todos os encontros regulares do CGR. Para isso, deve ficar assegurado um momento pré-determinado para discutir os resultados do monitoramento e, em períodos mais alargados, três, seis, e/ou doze meses, dependendo de decisão consensuada sobre o entendimento e importância dessa etapa da proposta, considerada como o elo conector do planejamento com a gestão.

Concluindo, que possa ser introjetado no grupo como um elemento constitutivo de todas as reuniões ordinárias do CGR, como algo de praxe, natural e inerente ao Colegiado, de maneira que qualquer tema a ser discutido em pauta deva ser correlacionado aos objetivos do plano, identificando os assuntos abordados como pertinentes, ou, se excepcionais, em que proporção e em que contextualização deverão ser discutidas como assuntos extra plano.

Assim, os avanços, recuos ou inalterações que se evidenciarem no quadro da situação do sistema de saúde da região devem estar sendo sinalizados sistemática e continuamente, a fim de que alterações sejam feitas no PRDS, quando o colegiado assim o perceber como necessário.

8 A PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO NO ÂMBITO REGIONAL DO SUS

A aspiração coletiva ganha liberdade onde as pessoas aprendem continuamente a aprender juntas, promovendo uma interação que ultrapassa os limites da organização.

(SENGE, 1990).

Ao tomarmos a missão do CGR como ponto de partida, identificamos para o planejamento regional algumas considerações:

- a) Deve ser pautado na compreensão da situação do sistema de saúde da região;
- b) A identificação dos problemas de sistema de saúde comuns à região e os singulares deve partir dos problemas priorizados nos respectivos planos municipais de saúde, para serem submetidos à eleição daqueles que deverão ser acompanhados pelo CGR;
- c) Com o rol de problemas elencados, identificar aqueles que estão mais diretamente relacionados à missão do CGR definida pelo grupo, bem como às linhas prioritárias do Plano Estadual de Saúde e dos Compromissos do Termo de Compromisso de Gestão Estadual;
- d) Para priorizá-los, devem ser considerados como problemas cuja abrangência extrapola os limites geográficos do município para o âmbito regional, com sua resolução passando a ser da competência de uma gestão compartilhada;
- e) A priorização, como problemas de ordem regional, deve ser dada em função dos aspectos relativos à viabilização da regionalização, buscando a associação da racionalidade técnica à racionalidade política dos atores, nos critérios adotados;
- f) A partir daí, o CGR começa a trabalhar focado na situação objetivo da sua região, lançando mão da discussão do grupo quanto à missão do CGR;
- g) É a partir deste momento que deverão ser firmados os compromissos da cogestão, no que diz respeito ao seu grau de responsabilidade entre os gestores, para o desenvolvimento de cada ponto eleito pelo grupo.

O planejamento nos CGR pressupõe um processo prévio de planejamento, traduzido pelos instrumentos de gestão municipal, tendo como norteadores o Plano Estadual de Saúde e os Planos Municipais de Saúde da região, que não podem ser desconsiderados no planejamento regional.

Pressupõe também uma discussão da proposta no espaço estadual, com o objetivo de se tornar um instrumento reconhecido pelo estado para ser, a partir daí, validado pelas regiões e respectivos gestores de saúde. Essa discussão tem como objetivo o reconhecimento da proposta metodológica pelas instâncias que compõem a gestão estadual, ou seja, estado e municípios, devendo ocorrer em dois momentos, conforme explicitado na primeira etapa da proposta.

Para o desenvolvimento da proposta metodológica, desdobramo-la em etapas, com seus respectivos conteúdos, metodologias e produtos. Antes de explicitar essas etapas, consideramos pertinente discorrer sobre alguns aspectos de ordem operacional:

8.1 ALGUNS ASPECTOS DE ORDEM OPERACIONAL

Planejar requer visão ampla, criatividade e propostas viáveis.

(SILVA, 2001, p. 14).

8.1.1 A coordenação e condução do processo

No âmbito estadual:

Para a metodologia do trabalho, sugerimos a formação de um grupo de apoio técnico, composto por técnicos das áreas de planejamento, regulação e informação da SES, com representação das suas instâncias regionais, e representação do COSEMS, para dar todo o suporte técnico e operacional à condução do processo no âmbito regional.

No âmbito regional:

Para o CGR o planejamento não pode prescindir da atuação de todos os seus representantes: gestores e representantes estaduais.

Para o desenvolvimento da metodologia do trabalho, sugerimos a formação de um grupo operativo, de natureza técnica, com representações dos municípios da região, de preferência envolvidos com práticas de planejamento, que devem ser escolhidas de forma consensuada previamente entre os gestores municipais da região, para dar todo o suporte

técnico e operacional ao processo, acompanhando a organização e o desenvolvimento das oficinas regionais. Estes técnicos deverão ter um 'passaporte regional', ou seja, livre acesso às documentações necessárias de qualquer município, assim como para dar o suporte técnico para o aprofundamento das questões de cada município que se fizerem necessário.

Esse grupo operativo deve acompanhar todo o processo, com seus componentes dispondo de uma bagagem prévia em experiência em planejamento estratégico e com experiência suficiente para identificarem mecanismos de manutenção da coesão e do contato intensivo entre seus membros.

Com a coordenação de um ou mais representante do CGR, desde a etapa preparatória até o término dos trabalhos, em todas as suas etapas, esse grupo operativo deve, em etapas preliminares à realização do planejamento regional:

- a) Ser submetido a uma capacitação que se traduza basicamente por: disporem de um momento introdutório para discutir em conjunto a proposta e alinhar conceitos;
- b) Realizar um levantamento de dados concernentes à região, com mapeamento da disponibilidade de informações acerca dos problemas do sistema de saúde da região, relacionando esses problemas em um documento para serem trabalhados conjuntamente com o CGR, na próxima etapa;
- c) Realizar um mapeamento dos atores institucionais e sociais que atuam ou intervêm na condução do sistema local de saúde, bem como daqueles que representem setores cuja atuação transversalize de alguma forma a saúde.

8.1.2 Apoio técnico e logístico

Entendemos que o apoio logístico deve ser assumido pelo CGR como um todo, fazendo parte da própria proposta de serem os representantes do CGR os principais atores e interessados na boa condução do processo, aproveitando as estruturas logísticas já formadas e buscando a parceria do Estado, em aporte financeiro - seja por meio do PlanejaSUS, seja por meio de outras fontes de financiamento - e em apoio técnico.

Ou seja, todos os gestores municipais e representantes estaduais, devem se responsabilizar pela condução de todo o processo, juntando os esforços, as facilidades, incluindo-se aí a representação do estado na região, com seu espaço físico, podendo inclusive sediar as oficinas ou secretariá-las. Essa responsabilidade compartilhada declarada como compromisso do conjunto dos gestores da região, ao final dessa primeira etapa.

Como documentos prévios a serem trabalhados, destacamos os Pactos de Gestão, pela Vida ou outros pactos, os PMS e os RAG. Além desses, outros instrumentos de gestão devem ser considerados na metodologia: o PDR, a PPI, o PDI do Estado, as políticas estaduais de saúde, o PPA, entre outros.

Apresentamos, portanto esta proposta como um roteiro de orientações para os Colegiados, ou seja, nosso propósito não é trazer um manual 'fechado' para o planejamento regional, mas, adotando a lógica de um dispositivo aberto a escolhas e de alternativas criativas e enriquecedoras ao método, em lugar de um roteiro fechado em suas possibilidades, o que queremos deixar evidenciado é, mais que trazer um traçado esquemático indutor de procedimentos para o planejamento regional, nossa intenção é munir o colegiado gestor de algumas instrumentações de ordem metodológica, como possibilidades de utilização em sua realidade, desde que submetidas a uma escolha consensuada e compreendidas como ferramentas que possam de fato contribuir na ampliação da 'visão estratégica' do colegiado gestor.

8.1.3 Um moderador para as discussões?

Colocamos este item como um questionamento, sobre se caberia a figura de um moderador para esse espaço de discussão. Do ponto de vista da negociação, um representante do estado no colegiado poderia, a princípio, ter um papel de mediador de conflitos, por não se encontrar, *a priori*, diretamente envolvido com os interesses de cada município como os gestores, apesar de considerarmos que não existe total isenção em nenhum dos componentes do colegiado, uma vez que se trata de um espaço de discussão e negociação de assuntos que extrapolam os municípios e muitas vezes a região, sendo de interesse direto do estado a sua resolução, em se tratando de problemas ou questões que tenham outros colegiados regionais ou mesmo todo o estado implicados.

Ao lado disso, identificamos um papel relevante do moderador na condução das discussões, estimulando o ator colegiado a partir sempre da missão do CGR, e na visão estratégica do grupo, ou seja, pensando sobre os problemas comuns que afetam a região, não deixando ficar apenas em problemas internos, de organização, de estrutura ou financeiros de cada município. Enfim, como diz Silva (2001), fazer a seguinte pergunta: “a partir dos nossos objetivos, quais os principais problemas que temos na região?”

Entretanto, não se deve perder de vista que:

- 1º) Existe um fórum de discussão apropriado para questões que ultrapassam as questões específicas da região, que é a CIB, ou suas instâncias macrorregionais, as CIB regionais, para as situações de cunho mais abrangente, que extrapolem uma determinada região e alcançando outra(s), ou para as situações mais conflituosas, cujo consenso fique difícil de vislumbrar, ainda que num processo coletivo de cunho regional, e num momento próprio da região, que é o de seu planejamento, este fórum poderia entrar em cena;
- 2º) Essas são questões que fazem parte de todo o processo de discussão regionalizada, cujos aspectos só podem ser discutidos, amadurecidos e pactuados, ultrapassando os microlimites territoriais para os macro limites, ou seja, de uma micro visão para uma macro visão colegiada e destas para o estado como um todo.

8.2 ETAPA I: OFICINAS DE VALIDAÇÃO DA PROPOSTA E DE FORTALECIMENTO DA IDENTIDADE REGIONAL

A importância dada aos relacionamentos parte do pressuposto de que as necessidades e interesses das organizações são as necessidades e interesses dos indivíduos de forma coletiva. Suas necessidades se originam no ser complexo que somos e que, necessariamente, passam pela emocionalidade das relações sociais e suas trocas intersubjetivas.

(LEITÃO et al., 2006).

Antecedendo o desenvolvimento do planejamento regional propriamente dito, esta etapa tem como objetivos o fortalecimento da identidade regional e a validação da proposta metodológica, e se consubstancia em cinco frentes de trabalho, operacionalizadas com metodologias que constarão: de oficinas de discussão da proposta metodológica nos espaços estadual/regional, que acontecerão nas quatro primeiras frentes de trabalho. Para sua validação, o que deve acontecer na quinta frente de trabalho.

Essas frentes são assim constituídas e representadas:

8.2.1 Conteúdo e aspectos metodológicos da Etapa I

Oficinas a serem realizadas em todos os CGR do estado, devendo ter como participantes: todos os gestores municipais da região e representantes do nível central da SES

no respectivo CGR, técnicos de planejamento dos municípios da região e das instâncias de representação estadual da saúde na região, representação do COSEMS em sua instância regional, quando houver, e membros da coordenação e condução do processo de planejamento regional - estadual e regional - como facilitadores e apoiadores.

Estas oficinas abrangem as quatro primeiras frentes de trabalho da Etapa I, conforme explanadas em seu conteúdo e aspectos metodológicos com respectivos produtos, a seguir:

1ª. *Um exercício para o fortalecimento da identidade regional*

Existir uma identidade regional permite trabalhar objetivos comuns e o desenvolvimento de práticas sociais integradas e mais eficientes e pode integrar as ações dos governos, preservando as respectivas autonomias.

(COSEMS – SP, 2009).

Consideramos que o grande salto para o planejamento acontecer nos moldes propostos deve ser conseguido através de um exercício metodológico que possa elevar o sentimento de pertencimento à região, por parte do gestor. Ainda que ele se encontre com uma dupla posição de representação - como municipal ou como regional - que ele não perca de vista sua condição de coparticipante do espaço colegiado no decorrer do planejamento, não apenas um integrante daquele espaço, ou seja, mais que representante do município, que ele se posicione como protagonista deste espaço colegiado, sem o que o Colegiado deixa de se constituir como um lócus representativo de todos os municípios da região.

Uma dinâmica facilitadora para o fortalecimento da identidade regional

Quando analiso mais detidamente meu cotidiano de trabalho e de outros serviços de saúde percebo que esta racionalidade teleológica está profundamente incorporada no fazer em saúde e que nossas ações são muitas vezes antidialógicas.

(RIVERA, 1995, p. 11).

Com o objetivo de propiciar ao grupo uma introdução ao processo de planejamento regional, trazemos uma sugestão metodológica de dinâmica de grupo, saindo dos moldes já conhecidos para entrar em uma dinâmica voltada ao amadurecimento do sentimento de identidade do grupo, consubstanciado como uma região de saúde, baseada em uma

experiência de Ceará⁴⁸, realizada por um grupo de representantes da Academia e da Secretaria de Saúde do Estado cujo resultado, relatado em artigo, recebeu o “Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa de 2008”, na categoria Trabalhos Acadêmicos (BRASIL, 2008).

Dessa forma, tratando-se de uma sugestão metodológica, é a equipe coordenadora que, em função da realidade de cada região, das necessidades identificadas e das particularidades territoriais enfim, deve optar por outras metodologias de trabalho, podendo ser uma dinâmica grupal ou outro enfoque, porém sem perder de vista que, mais que uma dinâmica, o que se pretende aqui é fortalecer o sentimento de identidade do grupo. Enfim, nossa intenção passa mais pelo sentimento coletivo desse grupo do que propriamente pela sensibilização dos participantes, que podem, mesmo depois da dinâmica, continuarem apenas como representantes dos municípios no grupo e não como copartícipes daquele espaço colegiado de gestão.

Aproximamo-nos, assim, com a nossa intenção, da perspectiva simbólica do enfoque analítico institucional que, apesar de não apresentar as fórmulas mais apropriadas para as organizações, apresenta a esses atores, apoiando-se em representação coletiva, um imaginário social comum, a possibilidade de, mais do que eles entenderem essas representações, as sentirem afetivamente. Como diz Enriquez, “não se trata de querer juntos, mas de sentir juntos” (ENRIQUEZ, 1997, apud SÁ, 2001).

2^a. *Discussão da missão do CGR*

Reportando-nos à consideração feita quanto aos pilares de uma construção, trazendo a metáfora relacionada a um termo próprio da engenharia mecânica, consideramos ser a discussão coletiva da missão do CGR, a 'argamassa' para a 'fundação' dessa proposta, que é a solidificação da identidade do grupo.

Aplicando a concepção de missão construída por Cecílio (1997) aos CGR, construímos um ideário de uma missão para esses espaços colegiados a partir dos pressupostos para a sua constituição e funcionamento apresentados em documentos oficiais, de cunho, *a priori*, generalizado, para ser discutida sua aplicabilidade no contexto de cada espaço regional, com suas especificidades, convergências e divergências. Este se constitui em um momento que

⁴⁸ O trabalho referido consistiu em uma vivência de um seminário temático, desenvolvido como parte da disciplina “Políticas e Práticas de Saúde” do Mestrado de Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – Unifor (GOMES et al., 2006).

consideramos primordial para o início do exercício de construção da identidade de uma dada região de saúde.⁴⁹

Um esboço de construção para discussão no CGR

Com base no exposto anteriormente, apresentamos a seguir uma pré-definição da missão para o espaço colegiado de gestão regional:

Assegurar uma gestão compartilhada e solidária na região de saúde, de forma a identificar os problemas de cunho regional, definir prioridades de ação nesse âmbito e pactuar soluções para organizar uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, da forma mais coerente com sua realidade e suas possibilidades, e da forma mais integrada, resolutiva e acessível que se fizer possível no contexto, priorizando linhas de investimentos e definindo políticas de saúde para a região, adequadas à qualificação do SUS e à melhoria das condições de saúde no âmbito da região.

3^a. *O re-conhecimento⁵⁰ da conformação da região no Plano Diretor de Regionalização ou outro plano de regionalização vigente no estado*

Entendemos que é a partir do desenvolvimento da consciência regional que possam ser efetuados os movimentos na direção de uma gestão compartilhada na região. Consideramos importante, para o desenvolvimento desta identidade, a discussão da conformação da região no PDR, de forma que os gestores da região, juntamente com o(s) representante(s) do estado no CGR, passem a ter um entendimento alinhado neste espaço colegiado, dos critérios utilizados, trazendo outras características particulares da região à discussão e confrontando essa formação com outras formações territoriais que envolva os municípios ou parte deles.

⁴⁹ A concepção de missão de Cecílio (1997) se dá através de três ideias básicas: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer. Para ele, a importância da definição da missão é dar centralidade para o usuário. Até na discussão dos problemas, para não se perder nos problemas meio, o autor sugere que se faça a seguinte pergunta: “quais são os problemas que nossos usuários têm vivido?” a fim de aumentar a chance de escolher bem o problema a ser trabalhado. E acrescenta: “a escolha final do problema deve ser orientada pela missão da organização”.

⁵⁰ Colocamos propositalmente a palavra com seu prefixo destacado, para salientar a conotação de alguns dos significados da palavra, de acordo com o Dicionário Aurélio: 1. Conhecer de novo. 2. Admitir como certo. 3. Certificar-se de; constatar, verificar. 5. Aceitar. 6. Examinar a situação de; observar, explorar. 7. Declarar um (governo) reconhecido legitimamente. 8. Dar a conhecer; caracterizar, identificar. 10. Admitir como legal; assegurar. 11. Admitir verdadeiro ou legítimo; conhecer (FERREIRA, 1995).

Para tanto é importante que esse reconhecimento se dê pautado na discussão das territorialidades trazida no escopo deste trabalho, no capítulo 7, que aborda alguns pressupostos para a proposta metodológica apresentada.

A metodologia a ser utilizada nessa frente de trabalho deve constar de dois elementos:

- a) Exposição dialogada dos critérios de conformação da região no PDR, trazendo, de preferência:
 - Outras características particulares da região, não contempladas nos critérios do desenho do PDR;
 - O comparativo com outras formações territoriais envolvendo os municípios ou parte deles (regiões de educação, planejamento, etc.).
- b) A validação do desenho da região no PDR ou a discussão de um novo desenho da região, a partir de critérios abordados no PDR reavaliados ou outros abordados no PDR, considerando outras características particulares da região e buscando a compatibilização com outros desenhos territoriais, que envolvam os municípios da região ou parte deles.

Assim, se espera que a metodologia adotada venha a reforçar:

- a) As posições assumidas pelos gestores municipais nas negociações e argumentações em áreas de maiores ou menores disputas e conflitos, refletindo questões próprias e inerentes ao próprio território;
- b) A percepção do gestor quanto à inserção do seu município naquele território, como uma peça de um jogo de quebra-cabeça, cujo desenho é a região e cada peça, um município, ou seja, se o município não se insere nessa conjugação, não se conforma aquela região;
- c) O desenvolvimento da percepção do gestor quanto à inserção do seu município naquela região, como uma peça de um jogo de quebra-cabeça, cujo desenho é a região e cada peça, um município, ou seja, se este não se insere nessa conjugação, não se conforma aquela região;
- d) A coerência do desenho com o espaço vivido, aproximando mais das necessidades e demandas as propostas discutidas para solução dos problemas.

4ª. *Discussão da proposta metodológica para sua validação no âmbito regional*

A discussão da proposta deve vir então como um mecanismo sintetizador das frentes de trabalho que constituem a Etapa I, de forma que cada passo abordado seja introjetado pelos

participantes como elos da principal intenção da proposta metodológica, que é a de aproveitar esse momento de planejamento conjunto para fortalecer os elos de uma gestão compartilhada no espaço colegiado.

Constando da apresentação e discussão dos procedimentos para a elaboração do *Plano Regional de Saúde – PDRS* e submissão da proposta à instância de participação social definida pelo CGR.

5ª. Validação da proposta metodológica no âmbito estadual

Esta é a última frente de trabalho de Etapa I, para propiciar uma maior visibilidade à proposta metodológica, bem como sua assegurar sua legalidade, do ponto de vista político e técnico, no estado.

Consiste na consolidação dos resultados da discussão da proposta ocorrida nas oficinas, em um documento que deve ser submetido à Comissão Intergestores Bipartite e ao Conselho Estadual de Saúde, para sua validação no âmbito estadual.

8.2.2 Produtos da Etapa I

- a) PDR reavaliado, re-conhecendo-se⁵¹ a conformação da região, enquanto território no processo de regionalização da saúde no Estado, ou propondo mudança ao seu desenho;
- b) A missão do CGR definida;
- c) Proposta validada;
- d) Carta de intenção para o desenvolvimento do Plano de Desenvolvimento Regional de Saúde (PDRS): a disponibilidade do gestor em prestar conjuntamente o apoio logístico aos trabalhos;
- e) Texto da proposta metodológica do planejamento regional adaptada para a região e validada.

⁵¹ Colocamos propositalmente a palavra com seu prefixo destacado, para dar a conotação de um conhecer de novo.

8.3 ETAPA II: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAUDE NO ÂMBITO REGIONAL

No es un “planificador puro”; vale decir, no puede descuidar de otros aspectos (como los políticos o la viabilidad, en este caso) sin pecar por falta de realismo.

(MATUS, 1989).

Este é o momento dos gestores fazerem a leitura da realidade da sua região. Para tanto, devem se munir de levantamentos de dados e informações para serem trabalhados, procedendo a uma análise da situação do sistema de saúde que parta das situações de sistemas de saúde dos municípios da região. Uma análise diferenciada, sob o olhar dos atores envolvidos.

Um aspecto a observar é que, no planejamento regional, a explicação situacional parte de explicações situacionais de cada município, mas a leitura do gestor municipal aí deve se alargar para uma perspectiva regional, onde ele está inserido, ou seja, cada gestor passando a ser não apenas o gestor municipal componente da região, mas um 'elemento chave' para a construção de uma gestão compartilhada na saúde.

Nessa etapa deve se realizar:

- a) A quantificação e a qualificação dos componentes do sistema municipal de saúde e dos seus instrumentos de gestão: plano, programação anual e relatório anual de gestão, no âmbito regional;
- b) A identificação dos limites e potencialidades dos quadros político institucional e financeiro existentes nas instâncias de governo local. Para maior clareza nessa etapa do diagnóstico, o colegiado pode optar pela confecção de estudos adicionais a fim de ampliar o leque de informações da situação do sistema de saúde da região, para o que o colegiado deve se utilizar de métodos de estudos de campo, com instrumentos como inquéritos, entrevistas etc., de forma a formar um quadro mais próximo da realidade vivenciada e das necessidades sentidas pela população.

8.3.1 Conteúdo e aspectos metodológicos da Etapa II

Construção de uma Matriz Situacional da Região

Quem não explicou a realidade, não avaliou possibilidades, que chances de êxito terá na hora da ação?

(SILVA, 2001, 172).

Partindo dos problemas que foram priorizados nos Planos Municipais de Saúde para comporem o rol de problemas da região, a construção desta matriz deve agregar também aquelas situações que tenham passado a largo das análises municipais da região, mas que se configurem, na análise conjunta, como problema regional.

O levantamento dos aspectos críticos do sistema de saúde de uma região é um processo complexo, pois abrange formas variadas de organização e funcionamento dos sistemas de saúde entre os municípios, com suas dificuldades, seus entendimentos e interesses diversos, que muitas vezes não são retratadas nas informações que estão disponíveis, para o que levantamentos adicionais devem ser realizados na região, através de estudos de campo.

Os momentos da Etapa II:

1º Momento: *Levantamento a ser realizado previamente pelo Grupo Operativo*

Este levantamento deve ser construído com a colaboração das respectivas equipes técnicas das secretarias de saúde dos municípios da região e dos gestores municipais de saúde, constando das informações do sistema de saúde dos municípios da região, podendo ser amparado em parcerias como grupos acadêmicos – principalmente se o colegiado optar por fazer um estudo mais ampliado da situação do sistema de saúde da região, implicando em uma complexidade maior na realização desse levantamento - e sob apoio da coordenação estadual do planejamento regional.

Esse momento deve, portanto, ter como ponto de partida os problemas selecionados pelos municípios, bem como os entraves identificados para a solução dos mesmos, em seus respectivos instrumentos de planejamento oficiais do PlanejaSUS: Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão, de preferência em série histórica, por um período mínimo de três anos, a fim de ser melhor evidenciada a tendência dos problemas que forem identificados.

Outros aportes de informação trazidos pelo levantamento prévio realizado a partir de outros documentos, cujas informações sejam pertinentes para a identificação dos problemas

podem ser discutidos e abordados na seleção dos problemas, para serem submetidos à priorização.

Para tanto, relacionamos nos Apêndices A a F em anexo, elementos relativos aos componentes do Sistema de Saúde no âmbito regional, com suas principais características, seus atributos e critérios, além de aspectos gerais da região e dos determinantes e condicionantes da saúde, como subsídio para a elaboração de um Caderno Regional de Informações de Saúde, a ser submetido à análise pelo CGR, para seleção e priorização dos problemas da região.

Para sua elaboração, tomamos por base o volume 2 da Série Cadernos de Planejamento do PlanejaSUS e o Relatório Técnico sobre Metodologia para Diagnóstico de Atenção à Saúde do Projeto QualiSUS (2007), organizando separadamente em quadros para cada componente e fazendo uma correspondência com o Diagrama de Sistemas de Saúde De Kielowsky (Figura 1).

Os dois primeiros quadros foram construídos para apresentar a situação geral da região, em seus aspectos de saúde e correlatos, e os determinantes e condicionantes de saúde, cujos aspectos não se restringem unicamente à saúde, abrangendo outras áreas/setores de atuação, para trazer a problemática da intersetorialidade à discussão e análise, conforme explicitados a seguir:

Componentes dos quadros de análise dos sistemas de saúde:

Componente 1 – Caracterização global da região;

Componente 2 – Determinantes e condicionantes de saúde da região⁵²;

Para os três componentes seguintes, acompanhamos o Diagrama da OPS/OMS, agregando alguns atributos que julgamos serem oportunos para a análise da organização do SUS no âmbito regional:

Componente 3 – Sistemas de gestão;

Componente 4 – Financiamento;

Componente 5 – Sistemas logísticos, ou infraestrutura;

⁵² Por determinante consideramos a definição originada a partir do Relatório Lalonde, de 1974, nos postulados da Carta de Ottawa e nos avanços do Instituto Canadense para Pesquisa Avançada, dentro do enfoque “saúde da população”: “cadeia de variáveis que podem, numa orientação positiva, atuar como fatores de proteção e a partir de sua interação negativa com o homem, converter-se em fatores de risco” e tendo como categorias: renda e posição social; redes de apoio social; educação; emprego e condições de trabalho; entorno físico; características biológicas e dotação genética; hábitos pessoais e aptidões de adaptação; gênero; e serviços de saúde (GONZÁLEZ, 2009).

Assim, de acordo com o Diagrama da OPS/OMS, esses três componentes estariam direcionando conjuntamente a formatação da organização do sistema de saúde; e essa, por sua vez, determinando a forma como os serviços são prestados, ou seja, os modelos adotados, evidenciados através de atributos como: cobertura, acessibilidade e qualidade.

E, finalmente, correspondendo à 'Prestação de Serviços' do referido Diagrama, os componentes que mostram como está se apresentando a organização e a qualificação do cuidado, e a qualidade do cuidado:

Componente 6 – organização e qualificação do cuidado, e a qualidade do cuidado.

Para o componente 2, referente aos determinantes e condicionantes de saúde da região, acrescentamos, como atributos, indicadores do Projeto Proadess, como possibilidade de mensuração desses aspectos.

Para o componente 3, relacionado aos sistemas de gestão, agregamos outros atributos que consideramos não poderem faltar na análise da gestão municipal: atributos de *governabilidade* (buscando identificar o grau de exigência e de demanda relacionada ao conjunto de variáveis que o dirigente precisa para realizar o seu projeto) e a *capacidade de governo* (a fim de verificar a capacidade de condução, direção, aliada a expertise, ou seja o total de técnica, métodos e habilidades que ele dispõe), que reproduzimos e adaptamos de Vilasbôas e Paim (2008, p. 1244).

Esses dois atributos foram acrescentados por considerarmos que são os que vão definir de fato a real possibilidade dos municípios da região de priorizarem determinados problemas, ainda que já tenham sido priorizados individualmente, em cada Plano Municipal de Saúde:

a) *Governabilidade:*

- Autonomia administrativa e financeira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - Execução direta, pela SMS, dos procedimentos de aquisição de bens e serviços relacionados com ações de saúde: presidência da Comissão de Licitação da Saúde, realização de empenho, liquidação e pagamento dos processos licitatórios;
- Apoio político ao projeto de governo da SMS quanto à organização de Saúde - Apoio ao projeto de governo da SMS: do legislativo, do Conselho Municipal, dos profissionais da SMS e da mídia, em relação ao projeto de governo das ações de saúde da SMS quanto à organização das ações de saúde.

b) *Capacidade de governo:*

- Experiência da equipe dirigente da SMS/perfil da direção - Média de anos trabalhados da equipe em processos de organização das ações de saúde; existência

de liderança ou quadro político na direção do setor saúde; formação do dirigente na área de saúde coletiva; concepção do dirigente sobre o sistema de saúde coerente com os princípios do SUS;

- Habilidades da equipe dirigente da SMS - Formação profissional em saúde coletiva e participação anterior ou atual da equipe dirigente em movimentos políticos, associativos, profissionais.

- Acervo de métodos e técnicas de condução - Práticas de planejamento executadas pela equipe dirigente e pelas equipes técnicas investigadas.

Além destes atributos, consideramos importante também acrescentar o triângulo de ferro da gestão: foco e tempo do dirigente, gerência de operações e principalmente o sistema de prestação de contas.

Como indicações para o acesso às informações na composição dos Cadernos Regionais de Informações de Saúde - CRIS, relacionamos uma série de sites eletrônicos, com base em documentos elaborados pela UNICAMP, no Relatório do Projeto QUALISUS (2007) e no Volume 2 dos Cadernos de Planejamento do PlanejaSUS, entre outros, que apresentamos no Apêndice G. Abordamos também outros meios de informação que julgamos relevantes para o quadro analítico da situação do sistema de saúde da região, e que adaptamos, a partir de informações do Projeto QualiSUS (2007) e do PESS/NEPP/UNICAMP (2009), no Apêndice H.

2º Momento: Oficina regional para identificação e priorização dos problemas e das situações críticas identificadas

Esse momento deve se constituir em uma Oficina com todo o CGR, fundamentada em um processo dialógico entre os gestores, a partir de interesses, de necessidades, de problemas, de conquistas e perdas comuns ou conflitantes, de demandas atendidas e não atendidas, para serem consensuados como problemas de sistema de saúde da região, aqueles que fiquem configurados como resultado de uma discussão cujas argumentações representem o território, as experiências vividas e as expectativas de uma gestão colegiada, na perspectiva dos princípios da regionalização.

Trazemos aqui a discussão sobre a intersetorialidade, quando colocamos a dependência que existe, muitas vezes, para a solução de muitos dos problemas, de recursos extrasetoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação, logo, atores que não estão diretamente envolvidos com a saúde em específico. Assim, cabe ao CGR a decisão de ampliar

o escopo da discussão dos aspectos críticos da região, para a participação de outros atores, cuja área de atuação envolva alguns dos aspectos extrasetoriais referidos na problemática da saúde. Também nesse momento é importante a participação de representantes de outros segmentos da região e de instâncias representativas como Conselhos Regionais de Saúde, entre outros.

Grande é a probabilidade aí de cada gestor se ater aos problemas de seu município, pondo em evidência apenas os aspectos da organização, de estrutura, financeiros etc. Para mudar esta atitude, o gestor deve ser estimulado, enquanto ator coletivo, a pensar sobre os problemas comuns que afetam a região, exercitando assim o que cada um apreendeu na primeira etapa, enquanto sentimento de pertencimento regional. Portanto, achamos que a discussão deve se pautar na missão do colegiado para, a partir dos seus objetivos, possibilitar a afluição dos principais problemas que os atores têm na região.

A composição da matriz da situação dos sistemas locais de saúde

A aplicação dessa matriz, ao ser realizado de forma participativa, deve levar os atores a terem a real dimensão da situação de saúde do qual fazem parte, de modo a reconhecerem as debilidades e fortalezas dos seus sistemas e redimensionarem, inclusive, os compromissos assumidos em seus instrumentos de planejamento, como os PMS, os pactos, etc.

A identificação, seleção e priorização dos problemas

Problema é o produto de uma declaração de um ator social; antes disso é uma mera necessidade sem demanda política.

(AMARARAL; SCARAZATTI, 2008).

Tratando-se de situação de ordem regional, a identificação, seleção e priorização dos problemas devem ser efetuadas em função dos aspectos relativos à viabilização da regionalização, a partir dos componentes apresentados nos quadros realizados na fase do levantamento - quando foram relacionados em seus vários aspectos, a situação dos sistemas de saúde da região - buscando a associação da racionalidade técnica à racionalidade política dos atores, nos critérios adotados.

Para uma priorização dos problemas da região voltada aos pressupostos da regionalização e, portanto, para um planejamento moldado pela missão do CGR, relacionamos no Quadro 6 alguns critérios de priorização que consideramos serem mais

adequados à ambiência regional e colegiada, a partir dos métodos: RUF-V - proveniente da administração estratégica; GUT - do método ZOPP (Método do Planejamento de Projetos por Objetivos, do alemão: *Ziel Orientierte Projekt Planung*), amparando-nos na abordagem de Nascimento (2006); e de Matus (1996), amparando-nos na abordagem de Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), bem como Silva (2001).

Para todos estes métodos buscamos uma adaptação dos seus atributos, para uma aplicação dos mesmos no âmbito regional, em que assinalamos aqueles que acreditamos poderem ser utilizados de forma mais adequada para o âmbito regional.

MÉTODO ABORDAGEM	CRITÉRIO	APLICAÇÃO REGIONAL
RUF-V Pontuação Baixa: 0 Significativa: 1 Alta: 2	Relevância	Grau de importância do problema, para o alcance, direta ou indiretamente, dos pressupostos da regionalização;
	Urgência	A intensidade da ameaça que representa o problema à estabilidade do sistema de saúde no âmbito regional;
	Factibilidade	Disponibilidade de recursos técnico-administrativos e financeiros para a execução das ações previstas para seu enfrentamento;
	Viabilidade	Capacidade política, técnica e gerencial dos municípios da região, para o desencadeamento das ações necessárias ao enfrentamento dos problemas.
GUT Notas: 1 a 3; ou: 1, 3 e 5. Resultado final: G x U x T Maior prioridade: 27 pontos.	Gravidade	Consequência dos prejuízos causados pelo problema para a gestão do SUS na região como um todo; Pontuação: 'extremamente grave' (nota máxima) a 'não há gravidade' (nota mínima).
	Urgência (princípio da precaução ⁵³)	Velocidade da intervenção, considerando a iminência de algo grave a acontecer ⁵⁴ ; Pontuação: nota máxima – se a ação for imediata; e mínima - se não houver urgência.
	Tendência ⁵⁵	Relacionado com as chances de algo ocorrer, mede o grau de agravamento do problema no tempo e o que isso implica no alcance dos pressupostos da regionalização; Pontuação: máxima - Se pior imediatamente, caso o problema não seja solucionado; mínima - se não vai piorar.
	Valor Político do Problema ⁵⁶	Para a região como um todo em sua contextualização no PDR do estado, através dos seus representantes municipais de saúde, os gestores municipais e considerando a população a ser direta e indiretamente atingida pelo problema.
	Tempo de maturação dos resultados	Resultados fora ou dentro do período de governo; maturação em tempo humano e maturação em tempo social. O que isso pode representar para a construção do SUS em seus aspectos de gestão, do ponto de vista da regionalização, na região.
	Vetor de	Poder político; recursos econômicos; recursos cognitivos;

⁵³ Determina o grau de urgência em que se tome uma providência: em curtíssimo prazo (imediate, agora), em curto prazo (logo, nos próximos dias), em médio prazo (em breve, nas próximas semanas), em longo prazo (nos próximos meses), ou longuíssimo prazo (nos próximos doze meses); de forma que, em acontecendo, as consequências sejam anuladas ou minimizadas (PIZZATO, 2004).

⁵⁴ Avalia o tempo necessário ou disponível para corrigir os problemas: “Quão rápido deve ser atendida a demanda? Necessita de ação imediata?”

⁵⁵ Avalia o comportamento evolutivo da situação atual na direção de uma melhora ou piora.

⁵⁶ Para o ator central e outros; o partido político do ator central; a população em geral e a afetada.

MÉTODO ABORDAGEM	CRITÉRIO	APLICAÇÃO REGIONAL
Matus (1996)	recursos ⁵⁷ -VR para o problema em relação ao VR do ator	capacidade organizativa. Aspectos já abordados: no Valor Político do Problema; Factibilidade; os dois últimos correspondendo à capacidade de governo.
	Governabilidade ⁵⁸	Indica a correlação de forças em relação à situação dada, correspondendo aqui ao potencial que o ator colegiado tem sobre a superação do problema, ou seja, o grau de poder conjunto dos gestores municipais para realizar um projeto de enfrentamento.
	Respostas dos atores ⁵⁹	Correspondendo à <i>vontade</i> ⁶⁰ de superação, traduzida pelos embates dos desejos e anseios trazidos por cada gestor municipal.
	Impacto regional: equilibrante, desequilibrante	Identificamos aí uma correspondência com a urgência, do método RUF-V;
	Impacto sobre o balanço político de gestão ao fim de governo	Da gestão política; do balanço macroeconômico; de intercâmbio de problemas específicos.
	Capacidade de governo ⁶¹	Total de técnicas, métodos e habilidades que o ator colegiado dispõe para enfrentar o problema.

Quadro 6 - Alguns critérios de priorização mais adequados à ambiência regional e colegiada dos métodos de abordagem e aplicação.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir das contribuições de: Nascimento (2006); Matus (1996), através da abordagem de Tancredi, Barrios e Ferreira (1998); Silva (2001); Pizzato (2004).

8.3.2 Produtos da Etapa II

- a) Análise da situação da organização do SUS no âmbito regional, a partir dos sistemas municipais de saúde;
- b) Priorização dos aspectos de maior fragilidade/relevância para a região.

8.4 ETAPA III: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Se a realidade social não pode ser fragmentada em diferentes “setores,” se outros “jogadores” existem e tem seus próprios planos, se o indeterminismo e as surpresas fazem parte do cotidiano, então o debate sobre a viabilidade estratégica das ações planejadas não é só necessário como indispensável.

(DE TONI, 2004).

⁵⁷ Recursos exigidos pelo enfrentamento do problema.

⁵⁸ Controle dos nós críticos de maior peso; fraco controle dos nós críticos; nós críticos fora do jogo.

⁵⁹ Medida através; colaboração; rejeição ou indiferença.

⁶⁰ Para Silva (2001), “vontade é o desejo do ator para resolver um problema específico,” às vezes fora de sua governabilidade, mas, pelo impacto negativo que causa à sua atuação, aumenta a vontade de resolvê-lo. Do ponto de vista do planejamento regional, não nos parece o critério mais apropriado, uma vez que não pode ser pelo interesse individual demonstrado por cada gestor que deve se priorizar ou não um problema. Outro ponto a considerar é a possibilidade de todos demonstrarem vontade elevada, o que perde o sentido da aplicação do critério.

⁶¹ Correspondendo a: condução, direção e expertise.

Momento estratégico, norteador da tomada de decisão governamental para orientar o desenvolvimento de projetos, a alocação de recursos, assim como a aplicação, definição ou revisão dos marcos regulatórios e legais que possibilitem o avanço dos sistemas municipais de saúde através de estratégias regionais, traduzidas como as diretrizes a serem desenvolvidas no nível regional, com o intuito de interferir, modificar e/ou transformar a realidade sanitária, em um território que envolve vários municípios.

8.4.1 Conteúdo e aspectos metodológicos da Etapa III

Diante da situação analisada, devem ser definidos os resultados esperados e o caminho a ser escolhido para chegar a esses resultados esperados, isto é, a mudança que se pretende obter a respeito dos indicadores traçados, o que vai exigir do grupo práticas de negociação e de consenso. É também nesse momento em que os compromissos devem ser de fato firmados, como compromissos da região, não de forma impositiva ou apenas para constar no plano a posição de cada município, mas como um compromisso de fato compartilhado e em consonância com os demais compromissos assumidos nos respectivos pactos, seja a PPI referente às pactuações intrarregionais, o PDI, se houver, com as necessidades e projetos de investimento em saúde para a região, seja os Pactos de Gestão e pela Vida de cada um dos municípios, assim como o Pacto Estadual.

A metodologia para esse momento se constitui em oficinas regionais de seguimento à segunda etapa, para que o grupo venha a dar o formato à discussão, com a elaboração de um Plano que contemplará quais as linhas de atuação mais abrangentes, correspondendo aos princípios políticos que o grupo colegiado optou para direcionar suas ações na região, seus principais objetivos - a partir dos problemas críticos do sistema de saúde da região que foram priorizados - e transformados em projetos viáveis para sua consecução, consubstanciados em ações e metas.

Análise de viabilidade dos objetivos ou das operações

Azevedo e Costa (2001), se referindo às posturas estratégicas organizacionais e buscando estabelecer uma referência que possibilitasse uma visão global das metodologias existentes, estudaram uma gama variada de técnicas de análise ambiental, das quais destacamos a SWOT, já bastante utilizada no planejamento em saúde, cuja origem, apresentada pelos autores remonta aos anos 1960, desenvolvido pelas escolas americanas de

administração, com o objetivo de focalizar a combinação das “forças e fraquezas” de uma organização com as “oportunidades e ameaças” provenientes do mercado. Para os autores, o objetivo da SWOT é:

Definir estratégias para manter pontos fortes, reduzir a intensidade de pontos fracos, aproveitando oportunidades e protegendo-se de ameaças. Diante da predominância de pontos fortes ou fracos e de oportunidades e ameaças, pode-se adotar estratégias que busquem a sobrevivência, manutenção, crescimento ou desenvolvimento da organização (AZEVEDO; COSTA, 2001, p. 2).

E apresentam na figura seguinte o modelo esquemático de posturas estratégicas através do SWOT:

			ANÁLISE INTERNA	
			PREDOMINÂNCIA DE	
			PONTOS FRACOS	PONTOS FORTES
ANÁLISE EXTERNA	PREDOMINÂNCIA DE	AMEAÇAS	Sobrevivência	Manutenção
		OPORTUNIDADES	Crescimento	Desenvolvimento

Fonte: OLIVEIRA, 1999.

Quadro 7 – Matriz SWOT

Fonte: Oliveira, 1999, apud Azevedo e Costa, 2001.

Outra técnica conhecida e abordada pelos autores é a Gravidade/ Tendência/Urgência (GUT) que trazem o comentário de OLIVEIRA (1999) para quem esta técnica, além de ser utilizada para a priorização de problemas, pode também ser utilizada para o estabelecimento da predominância interna de pontos fortes ou fracos e da predominância externa das oportunidades ou ameaças, fatores que caracterizam a “postura estratégica organizacional” (AZEVEDO, COSTA, 2001, p. 12).

Assim, para estes autores o emprego da metodologia GUT torna possível estabelecer a postura da organização que orientará suas próprias estratégias e políticas, principalmente as de médio e longo prazo, em busca da missão, podendo escolher entre as seguintes posturas estratégicas: sobrevivência, manutenção, crescimento e desenvolvimento (AZEVEDO, COSTA, 2001, p. 12).

Apresentamos a seguir um quadro da matriz GUT com os critérios e seus respectivos valores de pontuação:

PONTO	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	G x T x U
5	Os prejuízos e as dificuldades são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito a situação irá piorar rapidamente	124
4	Muito grave	Com alguma urgência	Vai piorar em pouco tempo	64
3	Grave	O mais cedo possível	Vai piorar em médio prazo	27
2	Pouco grave	Pode esperar um pouco	Vai piorar em longo prazo	8
1	Sem gravidade	Não tem pressa	Não vai piorar e pode até melhorar	1

Quadro 8 – Matriz GUT

Fonte: Aguiar, 2004, adaptado de Grimaldi, R; Mancuso, J.H., 1994.

Além das técnicas SWOT e GUT, entre outras técnicas trazidas por Azevedo e Costa (2001) em seu estudo, destacamos, como possibilidade de utilização, na nossa proposta, ou seja, no âmbito regional, da análise de viabilidade da ‘postura estratégica organizacional’: Matriz de Avaliação de Fatores Externos (EFE) e Internos (IFE) e Matriz de Desempenho Competitivo (CPM).

Matriz de Avaliação de Fatores Externos - EFE (External Factor Evaluation)

Segundo Azevedo e Costa (2001) esta matriz foi apresentada por DAVID (1998) como uma técnica de auxílio à avaliação de informações econômicas, sociais, culturais, demográficas, ambientais, políticas, governamentais, legais, tecnológicas e competitivas, porém adaptando para a realidade da nossa proposta, ou seja, em vez das indústrias, organizações competitivas de que tratam os autores em seu estudo, reportaremos à região de saúde.

É aplicada em cinco etapas, que reproduzimos, conforme relacionado pelos autores:

- a) Listagem dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS) externos, sendo aconselhável listar primeiro as oportunidades e depois as ameaças;
- b) Determinação de um peso, para cada fator, que varia de 0.0 (não importante) a 1.0 (muito importante), que indica a importância do fator na obtenção de sucesso pela região. A soma dos pesos associados aos fatores deve ser igual a 1.0;
- c) Pontuação de cada FCS externo de 1 a 4, para indicar a efetividade da organização em responder ao fator: pontuação 4, significando que a resposta é

superior; 3, representando que a resposta é acima da média; 2, que a resposta é média e 1, significando que a resposta é pobre;

- d) Multiplicação de cada peso pelo ponto recebido pelo fator, no passo anterior;
- e) Soma dos resultados obtidos no passo anterior, para chegar ao resultado total da região, indicando que, quanto mais alto for este resultado, maior será a capacidade da região, de aproveitar oportunidades e reduzir ameaças.

Matriz de Avaliação de Fatores Internos - IFE (Internal Factor Evaluation)

Demonstrada da mesma maneira que a EFE, e trazendo a explicação dos autores para esta proposta, como mecanismo estabelecido para analisar o desempenho da organização à luz de FCS internos, a Matriz IFE auxiliaria o colegiado gestor a conhecer melhor os fatores internos da região, ao levantar informações sobre os recursos disponíveis entre os municípios.

Matriz de Desempenho Competitivo - CPM (Competitive Profile Matrix)

Apresentada como forma de posicionar as organizações avaliadas em um setor produtivo quanto à sua competitividade, avalia e compara o potencial competitivo de organizações competidoras e é aplicada a partir da integração das informações obtidas da aplicação das Matrizes EFE e IFE às organizações que farão parte do estudo.

Ou seja, se nas Matrizes EFE e IFE a análise é feita sobre uma organização em particular, a CPM já trata de comparar algumas organizações que participam de um mesmo setor produtivo, procurando determinar a posição competitiva de cada organização analisada dentro do referido setor.

Com procedimento semelhante ao utilizado nas Matrizes EFE e IFE, na CPM os desempenhos e os resultados totais são comparados entre as organizações 'concorrentes' e, através da análise comparativa, importantes informações estratégicas são obtidas, além de permitir a identificação das potencialidades relativas das organizações ao destacar informações que as caracterizam.

Assim, trazendo esta matriz CPM para a análise dos fatores ambientais da região, internos e externos, cada organização corresponderia a um município, a partir dos quais, com suas respectivas pontuações, permitiria a identificação das potencialidades relativas dos municípios, ao destacar informações que os caracterizam, o que permitiria obter o panorama para a viabilidade da região. Nesse caso, as matrizes EFE e IFE seriam aplicadas previamente

no âmbito municipal, para avaliação da viabilidade de seus objetivos. Apresentamos cada uma, de forma esquemática, nos Quadros 8 a 10 a seguir:

Fatores críticos de sucesso – FCS (1)		Peso - P (2)	Desempenho – D (3)	Resultado – R (4)
Oportunidades	Fator 1	P1	D1	P1 x D1
	Fator 2	P2	D2	P2 x D2

Ameaças

	Fator n-1	P n-1	D n-1	P n-1 x D n-1
	Fator n	P n	D n	P n x D n
Somatório (5)				

Quadro 9 - Matriz de Avaliação de Fatores Externos

Fonte: Azevedo e Costa, 2001.

Fatores críticos de sucesso – FCS (1)		Peso - P (2)	Desempenho - D (3)	Resultado – R (4)
Pontos fortes	Fator 1	P1	D1	P1 x D1
	Fator 2	P2	D2	P2 x D2

Pontos fracos

	Fator n-1	P n-1	D n-1	P n-1 x D n-1
	Fator n	P n	D n	P n x D n
Somatório (5)				

Quadro 10 - Matriz de Avaliação de Fatores Internos

Fonte: Azevedo e Costa, 2001.

FCS	P	MUNICÍPIO A		MUNICÍPIO B		MUNICÍPIO C	
		D	R	D	R	D	R
Fator 1	P1	D A 1	P1 x D A 1	D B 1	P1 x D B 1	D C 1	P1 x D C 1
Fator 2	P2	D A 2	P2 x D A 2	D B 2	P2 x D B 2	D C 2	P2 x D C 2
...
Fator n-1	P n-1	D A n-1	P n-1 x D A n-1	D B n-1	P n-1 x D B n-1	D C n-1	P n-1 x D C n-1
Fator n	P n	D A n	P n x D A n	D B n	P n x D B n	D C n	P n x D C n
Total							

Quadro 11- Matriz de Desempenho Competitivo

Fonte: Adaptado pela autora, a partir de David (1988), apud Azevedo e Costa, 2001.

Salientamos, entretanto, que a aplicação destas técnicas deve ser submetida a um projeto piloto, a fim de que a sua aplicabilidade no planejamento em saúde em âmbito regional possa ser de fato averiguada.

8.4.2 Produtos da Etapa III

- a) Plano Regional de Desenvolvimento em Saúde;
- b) Plano de acompanhamento, monitoramento e avaliação.

O Plano Regional de Desenvolvimento em Saúde - PDRS

O plano não é feito para nos oprimir. Ele é feito para a gente perceber que os frutos estão madurando e que se aproxima a hora alegre de colher o fruto dos resultados esperados.

(SILVA, 2001, p. 17).

Com os resultados ponderados sob a ótica da viabilidade, o grupo deve passar ao momento da elaboração do 'fruto' do planejamento, que é o Plano Regional de Saúde, com os seguintes componentes:

Princípios - as escolhas estratégicas de ordem política, correspondendo aos direcionamentos mais vastos do Plano para o período de 04 anos, devendo acompanhar portanto, os prazos de vigência recomendados pelo PlanejaSUS para os Planos de Saúde, com base nos tempos políticos das gestões municipais.

Objetivos - as prioridades a partir dos pontos críticos identificados na análise, que se transformam nas formulações qualitativas das prioridades que foram escolhidas para serem alcançadas, ou mantidas, ou reforçados. Para sua formulação, é necessário considerar não apenas os problemas, mas também a viabilidade política, econômica, técnico organizacional e a coerência com as políticas do governo que, se bem formulado, descreverá a situação futura pretendida pela gestão.

Para Santos e Cardoso (2001), os objetivos constituem a situação que se pretende atingir com a realização do plano; logo, focalizam-na temporalmente antes de sua realização e são estabelecidos segundo os valores defendidos por seus idealizadores.

Projetos: correspondem aos objetivos claramente definidos em função de cada um dos problemas priorizados. O resultado do projeto corresponde ao desenvolvimento da solução ou atendimento do objetivo, dentro de restrições de tempo e recursos.

Ações: ou linhas de ação, evidenciando como cada município irá enfrentar seus respectivos problemas, como parte de um sistema mais global, para alcançar cada um dos objetivos estratégicos; correspondem, concretamente, às medidas ou iniciativas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos propostos no Plano Regional de Desenvolvimento em Saúde.

Metas: são comuns e necessárias ao desenvolvimento de cada sistema municipal – correspondendo à quantificação do que o município e a região como um todo pretende realizar concretamente para alcançar seus objetivos. São as metas que vão concretizar os objetivos no tempo, como dizem Santos e Cardoso (2001, p. 12), são “[...] os atributos de um objetivo, criados para melhor explicitar os alvos a serem perseguidos e revelar que o objetivo foi atingido na data prevista [...]” e como sendo também à quantificação, temporalidade e responsabilização do objetivo, ao se especificar um ator responsável, quanto ele deve fazer e quando deve atingi-lo.

Assim, compatibilizamos nossa ideia nessa proposta metodológica com a de Santos e Cardoso (2001) quanto à necessidade de haver uma concordância entre o propósito para o qual a instituição existe, com os objetivos e metas, conforme já nos referimos, sobre a importância de se realizar as etapas do planejamento regional, e, nesse caso específico, definir os objetivos e as metas, com base na missão do CGR.

As metas, de acordo com esses autores, além da excelência da sua escolha depender da sua importância para o atendimento do objetivo, da existência prévia de padrões de comparabilidade e de mensurabilidade, garantidos pelos indicadores, devem ser gerenciáveis e exequíveis.

O Plano Regional de Monitoramento e Avaliação - PRM&A

Adotar a avaliação e desempenho somente porque é moda, seria desvirtuar-lhe a seriedade que merece. Igualmente inoportuno seria usá-la para punir irresponsáveis, demitir incapazes, aumentar lucros, reduzir gastos com pessoal e assim por diante. É preciso ter em mente que a avaliação em si caracteriza-se como um simples instrumento. O valor que possa vir a lhe ser creditado depende do uso que dela se faça. Como simples instrumento ela não tem o poder de chegar a objetivo algum, a não ser o de facilitar o diagnóstico daqueles fatores que estejam dificultando ou mesmo impedindo o curso dos acontecimentos até a chegada aos objetivos organizacionais. Somente as medidas administrativas posteriormente adotadas é que darão o verdadeiro sentido de sua utilidade.

(BERGAMINI, 1983 apud SANTOS; CARDOSO, 2001, p. 15).

No processo de Monitoramento e Avaliação (M&A), Santos e Cardoso (2001, p.12) são claros ao salientar que a avaliação é uma parte do processo, que inclui os “[...] elementos de investigação e coleta de dados/informações, de análises e interpretação da mesma, de valoração ou elaboração de juízos a respeito da situação e conseqüente formulação de conclusões que afetam o processo decisório,” processo esse que, por sua vez, deve ser constituído de uma escolha objetiva de rumos, ou seja, “deve estar baseada em fatos que retratem o mais fielmente possível a situação real, o funcionamento do programa (processos e fins) e os resultados que estejam produzindo” (SANTOS, CARDOSO, 2001, p.12).

O monitoramento vai além dessas fases, alcançando formas de se interpretar a consecução ou construção de objetivos, “já que os fatos não falam por si mesmos,” relacionadas com informações quantitativas ou qualitativas, que constituem os indicadores. O que requer, segundo os autores, a criação de um sistema de acompanhamento e monitoramento de forma a prestar a principal incumbência de disponibilizar as informações no tempo real em que as ações estejam ocorrendo.

A criação de um sistema de M&A implica em investimento alto, tanto do ponto de vista financeiro como de qualificação de pessoal, entretanto, não nos deteremos em um plano do desejo, do que poderia ser, mas no que se pode fazer e alcançar quando um grupo está coeso em sua direcionalidade, consciente dos rumos que podem ser alcançados e estimulados, através da possibilidade de uma prática de gestão conjunta. Novamente identificamos aí a capacidade de o CGR buscar alternativas para construir um sistema de M&A que seja adequado à sua realidade de recursos e possibilidades tecnológicas, de forma criativa, adaptativa, mas coerente com o que o M&A se propõe, tendo o mínimo necessário ao processo.

Tomando emprestadas as palavras de Silva (2001), por mais bem feito que seja o plano e por mais boa vontade que se tenha, corre-se o risco dele vir a se tornar um fracasso, se não houver a compreensão de se fechar o planejamento com a “chave de ouro” chamada “gerenciamento.” Por esta razão, o Plano deve conter formas de monitoramento e avaliação, com indicadores e definição dos momentos de avaliação, que pode ser entendida como julgamento de valor sobre a intervenção em curso, devendo subsidiar as decisões de melhora nos resultados esperados e servindo para apontar o grau de efetividade, relevância e o impacto do plano (GARCIA, 2005).

De acordo com o documento intitulado Guia “D” Simplificação, do GESPÚBLICA⁶², a construção do indicador deve ser realizada conforme alguns aspectos, que relacionamos a seguir:

- a) Nome do indicador;
- b) Unidade de Medida do Indicador;
- c) Tipo do indicador - se ele mede a eficiência, a eficácia e a efetividade;
- d) Descrição do indicador – descrição sucinta do que o indicador mede ou demonstra;
- e) Fórmula de cálculo – detalhamento da fórmula de cálculo, com descrição dos seus elementos constituintes e respectivas unidades de medida, inclusive se algum elemento for outra fórmula, descrevê-la por completo;
- f) Origem dos componentes da fórmula de cálculo – indicação da fonte de onde será retida a informação para cada elemento da fórmula;
- g) Faixa de aceitação – definição da faixa de aceitação do indicador (limite inferior e superior da faixa);
- h) Interpretações possíveis – descrição de como interpretar os valores obtidos pela aplicação do indicador (colocar exemplos quando possível);
- i) Periodicidade de aplicação – definição da periodicidade de aplicação do indicador (semanal, quinzenal, mensal, etc.) (BRASIL 2005).

A avaliação, conforme é recomendada no PlanejaSUS, em seu Caderno nº 2:

Deve contemplar uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas. Para tal, os Relatórios Anuais de Gestão são essenciais [...] Do ponto de vista operacional, a avaliação do Plano de Saúde deve ser um documento que guarde estreita relação com os eixos do Plano de Saúde e com os objetivos e metas definidos em seu escopo [...] encerrado o prazo de vigência do Plano de Saúde, é importante que se proceda à avaliação dos resultados alcançados, que deve ser expressa em um documento específico (BRASIL, 2009a, p. 38).

Em um quadro síntese, o PlanejaSUS apresenta como deve ser organizado o documento avaliativo, do ponto de vista estrutural:

⁶² GesPública - Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, foi instituído pelo Decreto nº 5.378, de 23 de fevereiro de 2005, e é o resultado da evolução histórica de diversas iniciativas do Governo Federal para a promoção da gestão pública de excelência, visando a contribuir para a qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão e para o aumento da competitividade do País. E tem como principais características: o fato de ser essencialmente público – orientado ao cidadão e respeitando os princípios constitucionais da impessoalidade, da legalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência; de ser contemporâneo – alinhado ao estado-da-arte da gestão; de estar voltado para a disposição de resultados para a sociedade – com impactos na melhoria da qualidade de vida e na geração do bem comum; e de ser federativo – com aplicação a toda a administração pública, em todos os poderes e esferas do governo (BRASIL 2005a).

- a) Síntese do processo de construção do Plano;
- b) Avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos, segundo cada um dos eixos específicos do Plano de Saúde;
- c) Avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento de análise situacional;
- d) Apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias (BRASIL, 2009, p. 39).

Ao abordarmos a questão do acompanhamento, considerando que nossa proposta metodológica se refere ao planejamento regional, no tocante ao desenvolvimento, ao acompanhamento e à avaliação dos sistemas de saúde que conformam a região, nos reportamos à consideração da OPS (PRO-ADESS, 2003) de que avaliação de desempenho implica considerar as diferentes funções do sistema: geração de recursos, financiamento, prestação de serviços e comando (*stewardship*), incorporando, desde o início, os vários níveis de análise (nacional, intermediário e local), as diferentes funções do sistema de saúde e os diferentes atores envolvidos (grifo nosso).

Uma vez que os indicadores de desempenho sejam desenvolvidos, devem ser interpretados e avaliados. Sabendo que o desempenho de uma instituição é um conceito relativo e, por isso, mesmo não podendo ser avaliado em relação a um padrão, Santos e Cardoso (2001, p. 12) sugerem três bases de comparação:

1. Em relação ao desempenho da instituição no tempo, nos anos anteriores;
2. Em relação ao desempenho de seus pares, ou instituições similares ou comparáveis;
3. Em relação ao que foi planejado ou orçado para um período determinado.

Trazemos também a preocupação dos autores do Pro-Adess, quanto ao entendimento de que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico, a fim de traduzir a sua história e sua conformação atual, procurando-se definir seus objetivos e prioridades. Para esses autores o quadro de referência teórico e conceitual que informa a construção metodológica de um sistema de avaliação de desempenho é fundamental e pressupõe a definição dos objetivos e metas do Sistema de Saúde, como o ponto de partida para a montagem de qualquer sistema de avaliação de desempenho.

Por outro lado, a especificação das dimensões que serão avaliadas é um segundo ponto importante, pois a definição das medidas e dos indicadores variará segundo o que se queira

avaliar. Nesse contexto seriam identificados os determinantes de saúde, como uma primeira dimensão, associados aos problemas de saúde: prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, numa apreciação considerando-se o seu impacto em diferentes grupos sociais. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conformaria uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais.

E referem que esse perfil de morbi-mortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deveria orientar a definição de elementos que compõem a terceira dimensão da avaliação, ou seja, a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação. E colocam a avaliação da equidade transversalmente a essas dimensões⁶³.

Viacava e cols (2004) mostram que o sistema de gerenciamento do desempenho deve presidir a ação que realimentará a formulação de políticas e proporá os mecanismos de ajuste necessários para a correção de possíveis desvios. Assim, para os autores, a principal finalidade da montagem desse sistema de avaliação é mudar atitudes e práticas em um processo permanente de avaliação, ajuste e reavaliação. E concluem que a decisão política de conduzir o sistema de saúde numa determinada direção é, evidentemente, condição prévia e determinante do desencadeamento do processo.

Trazendo essas considerações para nossa proposta, consideramos que é a partir do sistema de monitoramento instituído no CGR, que se procederá a avaliação do PDRS. Para isso deve ter claro que tem de ser alicerçado em mecanismos organizativos que possam dar conta da complexidade que é o gerenciamento de um sistema que perpassa vários responsáveis, os gestores municipais de saúde, com diferentes níveis organizacionais de seus sistemas de saúde, diferentes interesses e aportes de recursos e equipamentos.

⁶³ Partindo de três pressupostos para uma avaliação do desempenho de sistemas de serviços de saúde, Viacava e cols lançaram mão de alguns consensos para operacionalizar o conceito de equidade. Esses consensos se referem a: 1. Considerar diferenças em saúde como aquelas decorrentes de processos biológicos ou de situações que independem do livre arbítrio dos sujeitos; 2. Considerar iniquidades em saúde como associadas às políticas de saúde ou sociais que determinam o surgimento de desigualdades na morbi-mortalidade e no acesso aos serviços de saúde; 3. Considerar desigualdades em saúde como a expressão empírica das iniquidades.

9 DISCUTINDO OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DA PROPOSTA

...ao cruzar a fronteira com o imaginário, a realidade se transforma da mesma maneira que acontece nos sonhos, obedecendo à linguagem de que nada é impossível e trazendo sempre consigo um vasto poder de transformação.

(PAULO FREIRE, 2002, p. 14, apud GOMES et al, 2006).

Com essa proposta metodológica, formulamos um desenho do que pensamos que deve ser um planejamento regional em saúde. Um planejamento que extrapole os limites territoriais do município para buscar, no alargamento dos limites da territorialidade, o alcance de possibilidades mais alvissareiras solução de problemas centrais da saúde no SUS. Uma Saúde, entendida como um direito de todos e dever do Estado, não pode deixar de ser abordada aqui, sem que os preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre o próprio corpo e a própria saúde por parte do cidadão sejam considerados, como a lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção, tomando emprestada a análise do CONASS, no Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, ocorrido em 2006.

Uma Saúde que, em uma dimensão ampliada para o seu conceito, requer um enfrentamento dos determinantes sociais da iniquidade, como mostra a Organização Mundial de Saúde, ao atribuir a uma gama diversificada de fatores determinantes sociais - as “causas atrás das causas” - dos problemas de saúde: a pobreza, a desnutrição, o desemprego, a falta de acesso à educação e aos serviços de saúde, a exclusão social de certos grupos da população, entre outros (OPAS, 2007).

Essa Saúde que, diante da dimensão das medidas necessárias para o enfrentamento de seus problemas, indicando a necessidade de se ultrapassarem os limites de atuação, não só da esfera municipal, como também do próprio setor saúde, ao ser abordada em um projeto ampliado de planejamento, aponta para a necessidade de avançar nas estratégias desse planejamento, não só no âmbito territorial, alcançando o âmbito regional, mas que, com isso, possa alcançar mais facilmente o âmbito das instâncias formais de atuação governamental, para além do setor saúde.

A questão mais tensa dessa proposta se depara no debate em torno da organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, que perpassa os sistemas municipais de saúde e que se constitui como a situação-objetivo da proposta, uma vez que entendemos ser o momento estratégico do Plano que deve direcionar para o tracejamento dos caminhos que possam conduzir a uma organização dos sistemas de saúde da região, na direção de uma organização

da atenção em rede. Porém não foi ainda a pretensão dessa proposta, o seu alcance como objetivo, uma vez que, antes do planejamento ter esse objeto, muito há que ser feito ainda no plano de organização de sistemas, a partir dos sistemas municipais de saúde - células que são para a composição de um sistema mais amplo, de cunho regional - como uma etapa prévia ao avanço da gestão naquela direção, tendo o planejamento como importante dispositivo para seu alcance.

Fica, pois, uma etapa a ser enfrentada *a posteriori*, quando novas propostas metodológicas devem ser postas em pauta para um planejamento regional, tendo como objeto uma organização da atenção em rede, para o que identificamos a *démarche stratégique* como uma dessas possibilidades metodológicas, em uma dinâmica de entrosamento entre os municípios da região, baseada nas grandes categorias do enfoque da *démarche*. Como referido por Rivera e Artmann (1999), pode ser possível, a partir daí, sustentar processos de discussão que possibilitem acertos fundamentais a respeito de uma política comum, que considere perfil epidemiológico da região bem como critérios de incorporação racional e tecnologias, bem como uma aproximação maior das necessidades de capacitação de recursos humanos e de investimentos, tanto financeiros como na qualificação do controle, da avaliação e da gestão.

Estudos vêm apontando como desafios da organização em rede, o estabelecimento de "modalidades de gerências" capazes de articular objetivos comuns (FLEURY, 2002, apud MISOCZKY, 2003), ou a identificação dos "comportamentos" essenciais para a gerência em rede, como na visão teórica de McGuire (2002) que os situa em um tripé: primeiro, a "descoberta" de pessoas e recursos necessários para alcançar os objetivos da rede; depois, criar "compromissos comuns" entre os integrantes da rede; e, por último, "desenvolver um ambiente" que incentive a integração. A identificação desses comportamentos é, de fato, a base de um cotidiano operacional "em rede", mas é insuficiente para estabelecer "modalidades de gerência" aptas a exercerem objetivos integrados. A questão essencial está na incorporação de diferentes atores no processo decisório das políticas de saúde. Tal incorporação depende da forma de planejamento e participação na gestão de saúde (FLEURY, 2002, apud MISOCZKY, 2003).

Assim é que consideramos poder avançar mais nos aspectos "gerenciais" acima pontuados, através dessa proposta metodológica, ao apresentar o planejamento regional como mecanismo propiciador de uma gestão compartilhada, trazendo os pressupostos da regionalização em uma imagem objetivo, ou uma visão estratégica, mediante a missão dos CGR. E, concordando novamente com o que traz o Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, quanto a uma maior possibilidade de se alcançar uma organização em rede, como um vir a

ser. Para isso é preciso também romper o encapsulamento do setor Saúde, desfazendo suas barreiras e limites através do envolvimento de outras áreas que são comprometidas, da mesma forma que a saúde, com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (FÓRUM..., 2006).

Uma inquietação que fica é como iremos discutir a viabilidade do Plano Regional de Saúde, em seus aspectos políticos e econômicos, convivendo com obstáculos regionais, reflexos da tendência liberal de governo, pressionado com regras de mercado por organismos econômicos internacionais, em detrimento das questões sociais. E aí adentramos no aspecto econômico que, sem ter sido implementado o preceito constitucional do Sistema de Seguridade Social, com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão na saúde, tem gerado um drástico subfinanciamento desde a criação do SUS e, conseqüentemente, a insuficiência de recursos para os sistemas dentro das suas necessidades (FÓRUM..., 2006). E isso fica mais evidenciado sob a ótica das diferenças regionais, que são de várias ordens, todas elas, entretanto, sendo atingidas por esse déficit orçamentário.

Aí se escora a importância de pautar esse planejamento regional na discussão coletiva dos atores sociais, como sujeitos da práxis, e com toda a sociedade, razão de ser do SUS. E nessa linha de pensamento vislumbramos, com o planejamento regional, mais um canal de reforço à mobilização social, quanto à situação de saúde da região que lhes for apresentada nesse processo de planejamento, onde aspectos como a desigualdade possam ser observados, compreendidos e debatidos.

Da mesma forma sua participação na discussão das estratégias para viabilizar o plano regional, no estabelecimento das metas e na definição dos parâmetros, conhecendo, opinando e compartilhando do estabelecimento destas metas. Além disso, dispendo de mecanismos efetivos de cobrança bem como acompanhando de perto seus resultados, observando os principais entraves para, assim, ampliar suas argumentações. E que essa participação ativa nas reformulações que se fizerem necessárias no planejamento, possa fazer ressoar seus anseios e imprima uma maior visibilidade a reivindicações quanto a questões importantes como o déficit de financiamento na saúde, a necessidade de rever as práticas, de uma gestão mais participativa, entre outras.

Assim, o planejamento regional pode também embasar uma reflexão coletiva da atenção à saúde que se quer oferecer à região, ainda que sem desconsiderar os princípios da regionalização, ao deslançar o debate em torno do pacto de responsabilidades e da integralidade. Como considera Paim (2006), citando Campos (2003), o princípio da integralidade implica na dotação do sistema, de condições entrelaçadas às várias fases da

atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes, em que os indivíduos e as coletividades devem ter atendimento sob três focos: organizado, diversificado e humano.

Outro aspecto a ser observado nessa integralidade diz respeito à relação entre o acesso e o cuidado que, como aponta Conill (2004), não trazem uma relação direta entre si, ou seja, com relação à oferta, ao mostrar que numa ampla oferta de ações de saúde, a sua efetividade só ocorrerá se forem utilizadas com equidade; e com relação aos cuidados, para o qual o acesso deixa de existir se os cuidados forem descontínuos e parcelados.

Espera-se, ao final, que o CGR passe a assumir-se como um espaço organizativo da saúde da região, ainda que trazendo a especificidade de ser constituído por representações de entidades gestoras autônomas – os municípios e o Estado – que trazem para a conformação desse espaço suas características, seus problemas, suas necessidades e logo, seus interesses. Que seja exatamente através desses atributos que se dê a base para a construção da identidade regional do colegiado, por meio da conformação de uma situação de saúde de cunho regional.

Entendemos que, para o alcance das expectativas almejadas com o binômio descentralização/regionalização - e aqui enfatizamos a perspectiva sistêmica, com a ideia de trama institucional que submerge com a necessidade de integração entre os níveis de governo - o município necessita ocupar um lugar que, mais do que nunca, corresponde a um laboratório, cujas práticas experienciadas devem ir acontecendo, sendo reformuladas e se acumulando, para reforçarem cada vez mais os alicerces da construção do SUS.

Utilizando propositalmente um termo utilizado nos jogos de infância para inferir a condição atual na qual o município é colocado muitas vezes - o de *berlinda* - é cada vez mais necessário que o gestor municipal de saúde lance mão desse arsenal de experiências e, transformando sua prática em um 'laboratório da rotina', venha a adquirir, flexivelmente, criativamente e diplomaticamente, mais capacidade de lidar com os problemas enfrentados, o que deve ser feito associando a este 'laboratório da rotina' o compartilhamento de sua gestão com os coparticipantes dessa berlinda, aprendendo entre si formas de alcançarem 'uma outra condição adulta' - aludindo ainda essa condição ao jogo da *berlinda* - diante desse 'adulto jovem' SUS.

O que almejamos com esse espaço colegiado de planejamento é introduzir nova forma de pensar a gestão da saúde, alcançando os espaços de cuidado aos cidadãos, propiciando um olhar diferenciado em cada gestor sobre a forma de gerir a saúde do seu município. Como resultado dessa prática, que deve se transformar em uma prática articulada, dialógica e consensuada, vivenciada mediante o planejamento regional, almejamos que cada gestor possa

levar até os pontos de atenção de seus municípios, formas de gestão também participativa e colegiada entre trabalhadores da saúde, outros setores e representações da comunidade.

Assim, com a definição de metas mais próximas do cotidiano e das suas práticas, bem como das necessidades dos cidadãos, interagindo com os objetivos municipais e regionais, pautada verdadeiramente na intersetorialidade, esperamos que possam ser estabelecidos canais concretos que possibilitem o cumprimento de metas assumidas como compromissos no Plano Regional de Saúde.

Desta forma, ao pretendermos tirar o município da sua condição de “*berlinda*,” que essa proposta metodológica possa contribuir, como “pedrinhas” marcadoras de um caminho de volta ao mundo da vida, pautado em sentimentos vívidos de uma realidade que não poderá ser jamais trabalhada para sua melhora em cima de marcadores abstratos, distantes da realidade e mediados por instrumentos tecnológicos enrijecidos pelo rigor metodológico.

De acordo com o Documento de Referências Técnicas/Conceitual do GT Tripartite, a formalização da Regionalização deveria acontecer por meio do Termo de Compromisso Regional, que deveria ser estabelecido:

[...] a partir da concordância com o Plano Regional de Saúde e comprometimento com as responsabilidades acordadas para a execução das ações. O Termo de Compromisso se faz necessário no contexto do processo de cooperação para o acompanhamento da função pactuada. O Termo de Compromisso Regional deve considerar as competências de cada ente e ser aprovado conforme fluxo de reconhecimento das regiões (BRASIL, 2005, p. 10).

Ficou, pois, uma lacuna do ponto de vista da normatização, uma vez que o Pacto não aborda esse nível de detalhamento para a gestão compartilhada. Entretanto, mais que com a formalização de uma norma, objetivando o alcance dessa atuação coletiva no âmbito regional, esperamos que o processo se dê através da reflexão sobre a necessidade de se organizar conjuntamente uma práxis, com o sentimento de pertencimento a um contexto comum declarado pelos gestores. E que, em um processo de atuação mais coletivo, se torne mais intenso e vivo o apoio do CGR aos planejamentos municipais para elaboração dos seus Planos de Saúde e das suas Programações Anuais de Saúde Municipais.

Para concluir, nos reportamos a Silva (2009), para quem o SUS necessita de uma “arte sofisticada e inovadora de governar”, acreditando que a construção de uma ‘governança’ para este sistema poderia ser considerada como um movimento estratégico, desde que compreendida no sentido ampliado, em que fossem combinadas reformas de ordem política, gerencial e sanitária à legitimidade social da cultura das políticas públicas de saúde, conseguindo assim, se impor ao discurso dominante.

Com estas considerações, indagamos:

Quem sabe alcançaremos, com essa proposta, a possibilidade de se constituírem formas alternativas de governança no âmbito regional, que permitam, diante da necessidade de se negociar, a partir dos interesses ou motivações das posições dos atores sociais, transformar aqueles interesses que são opostos, em comuns, resolvendo conflitos inabordáveis por uma abordagem paciente e transformando o clima duvidoso em uma esperança promissora?

REFERÊNCIAS

- ABREU, Washington Luiz. **Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. 2006. 236f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana. 2006.
- ABREU, Washington Luiz; ASSIS, Marluce Maria A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170. 2010.
- AGUIAR, Paulo Celso Gonçalves. **Aplicação da metodologia, de análise e solução de problemas na célula lateral de uma linha de produção automotiva**. Taubaté – SP. 2004. 65f. TCC (Especialização, Gestão Industrial) – Departamento Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté, Brasil.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; IOZZI, Fabíola Lana. Novos Rumos da Regionalização da Saúde: o complexo regional da saúde no Estado de São Paulo/Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.
- ALTMANN, Eliska. Tipificação, habitus e interdependência: emblemas para um debate sociológico. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 41, n. 3, p. 143-150 set/dez. 2005.
- ALVES, Maria Benavenuta. **Aplicabilidade e exequibilidade do plano diretor do município de Anápolis, sob a ótica dos instrumentos do planejamento público**. 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) - Centro Universitário de Anápolis, Universidade Evangélica Goiás, Anápolis. 2008.
- AMARAL, Márcia; SCARAZATTI, Gilberto. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Unifesp, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=19960>>. Acesso em: jan. 2010.
- ARTMANN, Elizabeth. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 6, n. 1, p.183-195. 2001.
- ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAtencaoasaude/05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf>. Acesso em: ago. 2009.
- AZEVEDO, Marilene Coelho de; COSTA, Helder Gomes. Métodos para avaliação da postura estratégica. Rio de Janeiro. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 2. abr/jun. 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/v08-2art01.pdf>>. Acesso em: maio, 2010.
- AZEVEDO, Creuza da Silva; BRAGA NETO, Francisco Campos; SÁ, Marilene Castilho. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 235-247, jan/fev. 2002.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **RAS**, v. 10, n. 41, p.159, out./dez. 2008.

BOUFLEUR, Clovis; KAYANO, Jorge. Rebidia: busca constante de políticas públicas para o bem comum. **Boletim da Rebidia**, ano, 2, n. 10, nov. 1998. Disponível em: < http://www.rebidia.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=420&option=com_content&Itemid=118>. Acesso em: set. 2009.

BRASIL. **Anais...** CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3, 1963. Niterói, 1992.

_____. **Relatório Final**. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5. **Anais...** Brasília, 1975. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>. Acesso em: mar. 2010.

_____. **Anais...** CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7 1980. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.280 p.

_____. **Relatório Final**. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Brasília, 1986.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080. Brasília. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set.1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.142. Brasília. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez 1990a.

_____. **Relatório Final**. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9,1992: Municipalização é o Caminho, Brasília. Agosto de 1992 / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 545, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB/SUS 01/93**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: maio 2009.

_____. **Relatório Final...** CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. 1996a. **NOB SUS 1996** - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96. Brasília, 1997. 34 p.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB/SUS 01/96**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 06 nov, 1996b. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relato da Reunião de 24 de janeiro de 1997**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_reuniao_plenaria_nacional_saude_24-04-1997.pdf>. Acesso jun. 2009.

_____. Plenárias Nacionais de Saúde, 5. In: PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE. Brasília, 25 e 26 de março de 1998. **Anais...** Rio de Janeiro: MS/Abrasco.

_____. **Relatório Final ...** CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: **NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95**, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar - Brasília 114 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116). 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 548 de 12 de abril de 2001a. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abr.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: **NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar, 2. ed. revista e atualizada. Brasília. 2002.

_____. **SUS: instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 248 p.2003.

_____. **Relatório Final ...** 12.^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12 : Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003a. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 124 p. (CONASS Documenta; 6). 2004.

_____. PACTO de Gestão: documento base. [S.l]: Conass, In: DOCUMENTO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS/CONCEITUAL: consolidado pelo MS como produto das discussões e consenso histórico do GT... jun 2005. **Anais eletrônicos...**, 2005. Disponível em: < http://www.conasems.tempsite.ws/antigonucleo/outros/PACTOGESTAO_GTCIT.pdf>. Acesso em: out. 2009.

_____. DECRETO Nº 5.378 - De 23 de fevereiro de 2005a - DOU de 24/2/2005 – Alterado pelo DECRETO Nº 6.944, DE 21 DE AGOSTO DE 2009 – Institui o **Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA** e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. DOU nº 37 de de24/02/2005.

_____. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 40 p. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Brasília, julho de 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o pacto pela saúde 2006: portaria GM/MS 399 e 699/2006. **Nota Técnica**, Brasília, v. 1, 09 maio, 2006a. Disponível em:

<<http://www.mp.to.gov.br/portal/sites/default/files/Para%20entender%20o%20pacto%20pela%20Sa%C3%BAde%202006%20Volume%20I.pdf>>. Acesso em: set. 2009.

_____. Portaria GM n. 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

_____. Portaria GM/MS n. 699, de 03 de abril de 2006. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>>. Acesso em: maio 2006c.

_____. Portaria MS/GM n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o pacto pela saúde. consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 fev. 2006d.

_____. Portaria n. 3.085 de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 4 dez. 2006e.

_____. Ministério da Saúde. O pacto de gestão e o processo de descentralização da saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 23; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA, 4. Joinville, **Anais...** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de gestão participativa**: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.751 de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Nº 216, de 12/11/09, Seção 1, p.. 79. Brasília, 2009.

_____. **Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 328 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/Livro_PlanejaSUS_WEB.pdf>. Acesso em: mar. 2009.

_____. SITUAÇÃO da Constituição de CGR nos estados, em fevereiro de 2010. CGDPD/DAGD/SE Portal da Saúde. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28709>. Acesso: mar. 2010.

BARRENECHEA, Juan José & TRUJILLO URIBE, Emiro. **Salud para Todos en el año 2.000**. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Medellin, Un.Antioquia/OPS/OMS, 1987.

BREITBACH, Áurea Corrêa de M. **Estudo sobre o conceito de região**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1988. 96 p. Disponível em: http://www.fee.tche.br/sitefee/download/teses/digitalizacao/teses_13.pdf>. Acesso em: out. 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. Debate, em alto estilo, do planejamento na área da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 5, n. 4, Rio de Janeiro, p. 470-471, out./dez.1989.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 190-200, abr/jun. 1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jun. 2010.

_____. **Pacto pela saúde no Estado de São Paulo: avanços e desafios**. São Paulo: Cosems. 2007.

CARVALHO, Gilson C. **Contra a Regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente**. IDISA. 2005. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br>>. Acesso em: out. 2009.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E; ONONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

COELHO, Vera Schattan P. **Interesses e Instituições na Política de Saúde**. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 115-128, 1998.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set/out, 2004.

CORDEIRO, Hesio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

COSTA, Hélio Benedito. **Capacitação para desenho e avaliação dos programas do PPA 2008-2011: o planejamento público e a construção de programas**, n. 3. São Paulo: Fundap, 2007.

CUNHA, Luis Alexandre G. Sobre o Conceito de Região. **Revista de História Regional**, v.5, n.2, 2000. Disponível em: <<http://www.rhr.uep.br/v5n2/cunha.html>>. Acesso em: mar. 2010.

DALLABRIDA, Valdir Roque. A gestão social dos territórios nos processos de desenvolvimento territorial: uma aproximação conceitual. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 2007.

DALLABRIDA, Valdir Roque et al. Planejamento Estratégico Territorial: um processo de concertação público-privada com vistas à definição do futuro. **JORNADAS DE HISTÓRIA REGIONAL COMPARADA, 2; JORNADAS DE ECONOMIA REGIONAL COMPARADA, 1**, Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística (FEE), 2005.

DE PAULA, Fernanda C. Repensando o território: discutindo a categoria território vivido. In: II ENCONTRO NACIONAL DE HISTÓRIA DO PENSAMENTO GEOGRÁFICO, 2, 2009,

São Paulo. **Anais...** São Paulo: II ENHP, 2, 2009. Disponível em: <<http://enhp.ii.files.wordpress.com>>

DE TONI, Jackson. O que é planejamento estratégico situacional? **Revista Espaço Acadêmico**, no. 32, janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>>. Acesso em: jun. 2009.

DIAS, Márcia Morchel. **Os sentidos da descentralização para os gestores da SMS Rio**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 9, n.3, p. 561-90, 2002.

FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira. Gestão colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**. n. 22, out. 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. 1995. **Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FÓRUM REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: reafirmando compromisso pela saúde dos brasileiros. 2005. Manifesto. [Brasília: Abrasco, 2005]. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>>. Acesso em: jul. 2009.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Anais eletrônicos...**[Rio de Janeiro]: Abrasco, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf>>. Acesso em maio. 2009.

FRANÇA, Karla Christina B; LEITE, Silvia Silva C. A geografia e seus conceitos: adeus região e viva território? In: COLÓQUIO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DE PENSAMENTO GEOGRÁFICO, 1, 2008. Uberlândia **Anais...** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2008.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no BRASIL. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

GALLI, Edgard A. Conocimiento Tecnológico, Educacion y Tecnologia. **R. Latino Americana de Innovaciones Educativas**. Buenos Aires, v. 5, n. 12, p. 13-46, 1993, In: SILVA, Cassandra R. de O e. Metodologia e organização do projeto de pesquisa, Fortaleza, 2004. Disponível em: <<http://www.ufop.br/demet/metodologia.pdf>>. Acesso em jan. 2010.

GANDIN, Danilo. A posição do Planejamento Participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade. **Currículo sem Fronteiras**, v.1, n. 1, p. 81-95, 2001.

GARCIA, C. **A Metodologia FLACSO de planejamento estratégico para a gestão participativa**. 2005. Disponível em: <

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/brasil/flacso/cid.pdf>>. Acesso em: set. 2009.

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI Nancy Itomi. Regionalização da saúde e consciência regional. **Revista brasileira de geografia médica e da saúde**, v. 2, n. 3, p. 35-46, dez. 2006. Disponível em: <
<http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=31>>. Acesso em ago. 2009.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 26-44, jan/mar, 1991.

_____. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.6 no. 2, p 129-153, abr/jun, 1990.

GOMES, Alberto A. Considerações sobre a pesquisa científica: em busca de caminhos para a pesquisa científica. **Intertemas: Revista da Toledo**. Presidente Prudente, v.5, p. 61- 81, nov. 2001.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim et al. Aplicação do psicodrama pedagógico na compreensão do sistema único de saúde: relato de experiência. **Psicol. Am. Lat.**, n.6, maio 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>?>. Acesso em: abr., 2010.

GONDIM, Garcia Maria de Miranda et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In MIRANDA, Ary C et al. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GONZÁLEZ, Martin Maximiano León. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS): uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14. Supl.1. set./out. 2009.

GUERREIRO, Jória Viana; BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <
http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1874>. Acesso em: abr. 2010.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. **Organizações e Sociedade**. v. 9, n. 23, 2002.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul/ago. 2005.

HAMILTON, Peter M. **The mission statement as epideictic rhetoric**. 2003. Disponível em: <
<http://www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/cmsconference/2003/abstracts/identity/hamilton.pdf>>. Acesso em: dez. 2009.

HORTALE, Virgínia Alonso; CONILL, Eleonor Minho; PEDROZA, Manoela. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15 n.1, p. 79-88. jan/mar.1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v15n1/0038.pdf>>. Acesso em: abr. 2010.

HORTALE, Virgínia Alonso; PEDROZA, Manoela; ROSA, Maria Luiza Garcia. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16, n. 1, p. 231-239. Jan/mar, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>>. Acesso em: abr. 2010.

JÚNIOR, F. G. P.; MELLO, S. C. B. Pesquisa Qualitativa nos Estudos Organizacionais: Contribuições Fenomenológicas de Alfred Schütz. **Organizações em contexto**, Ano 4, n. 8, dezembro 2008.

KAMIMURA, Quésia P; MOLINA, Vera Lúcia I. Descentralização e processo de regionalização da saúde. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 10 E ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 6. **Anais...** Universidade do Vale do Paraíba. 2006.

LALUNA, Maria C. M. C; FERRAZ Clarice A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Rev. Latino-Americano Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11 n. 6, nov/dez., 2003.

LANA, Francisco C. F.; GOMES, Elizabeth L. R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4 n.1. p. 97-110, jan. 1996.

LEMOS, Linovaldo M. As correntes da geografia e o movimento de ideias em torno da região. **Revista Geográfica Canta Cantos**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 26-36, jul/dez., 2005.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA Luciana D; MACHADO, Cristiani. 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 Luciana Dias de. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde**: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do Rio de Janeiro. Dissertação. 184f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. A Comissão inter gestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. **PHYSIS: Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 11, n.1, p. 199-252, jan./jun. 2001.

LIMA, Juliano de C; MARTINS, Wagner de J; SILVA, José Paulo V. Gestão de sistemas regionais de saúde: da normatização à pactuação democrática. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 101-119, jan./abr. 2006. Disponível em: < http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n72.pdf>. Acesso em: jun. 2009.

LIMA, Juliano C; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n.10, p. 2179-2189, out. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/17.pdf>>. Acesso em: jun. 2009.

LIMA, Luciana Leite. Descentralização e autonomia municipal na gestão da política de saúde. In: ENCONTRO POLÍTICAS PÚBLICAS E INCLUSÃO SOCIAL, 1. 2007, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2007.

LINS, Auristela Maciel; CECÍLIO, Luiz Carlos de O. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.23, p. 503-14, set/dez 2007.

LOBO, Theresa. Descentralização: conceitos, princípios, prática governamental. **Cad. Pesq.**, São Paulo (74): 5-10, agosto, 1990.

MARTÍNEZ, Henny Luz Heredia. **Abordagem comunicativa do planejamento estratégico situacional no nível local: saúde e equidade na Venezuela**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MARTINS JÚNIOR, Fernando. Análise do processo de implantação do SUS no Brasil e propostas de avanço com a garantia dos princípios definidos legalmente. In: **BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.124 p. (CONASS Documenta ; 6).

MÁS, Abel Albet. ¿Regiones singulares y regiones sin lugares? reconsiderando el estudio de lo regional y lo local en el contexto de la geografía postmoderna. **Boletín de la Asociación Geógrafos Españoles**, España n. 32, p. 35-52, 2001.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (org.) **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**, Rio de Janeiro: Cortez, 1989. p. 107-123.

_____. O Plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, out/dez 1991.

_____. **Política, Planejamento e Governo**. 2a ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA. 1996.

MCGUIRE, Michael. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. **Public Administration Review**, v. 62, n. 5, p. 599-609. 2002.

MELGAÇO, L; ALBUQUERQUE, M. Território Recortado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, 6, Goiânia. **Anais...** Goiânia, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. Reflexões sobre a NOAS 01/2. In: RELATÓRIO FINAL SEMINÁRIO DO CONASS PARA CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 1, 2002. Aracaju. **Anais...** Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/seminarioconstrucaodeconsensos.pdf>>. Acesso em dez. 2009.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007. Disponível em: <

http://www.conass.org.br/admin/arquivos/redes_de_atencao_a_saude_eugenio_vilaca.pdf>. Acesso em ago. 2010.

_____. O princípio da descentralização. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE 20 ANOS DO SUS, 1, 2008. São Paulo. **Anais...** São Paulo: IEP, 2008.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: _____. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias; QUEIROZ, Marcos. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jun. 1993.

MINAYO, Maria Cecília. de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed., São Paulo: Hucitec. 1993.

MISOCZKY, Maria Ceci A. (Re) Encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: _____. **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, p. 77-87. 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci A. Implicações do Uso das Formulações sobre Campo de Poder e Ação de Bourdieu nos Estudos Organizacionais. **RAC. Revista de administração contemporânea**, vol. 7, núm. spe, 2003, pp. 9-30. ANPAD. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Brasil. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84013653002>

MORAES, Antonio Carlos R. **Geografia: pequena história crítica**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MOTTIN, Lúcia Maria. **Elaboração do plano municipal de saúde: desafio para o município: um estudo no Rio Grande do Sul**. 159f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

MUNICIPALIZAÇÃO é o caminho. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, Brasília 1992. **Anais Relatório Final...** 1993. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: mar. 2009.

NASCIMENTO, Robson Cabral do. **Impactos sócio-ambientais de marambaias para a pesca de lagosta: o caso de Ponta Grossa, Icapuí - CE**. 86 f., 2006. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria R. N. E MIOTO, Regina Célia. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde: SUS e as exigências para os Assistentes Sociais** In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2003. p. 01-25. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf>. Acesso em: abr; 2010.

NUNES, André et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS/OMS/IPEA. 2001.

OAKLEY, Peter; CLAYTON, Andrew. **Monitoramento e avaliação do empoderamento**. São Paulo: Pólis, 2003.

ODORICO, Luiz Monteiro. Descentralização e regionalização dos Serviços: o papel do gestor local. In: ENCONTRO DE GESTORES ESTADUAIS PROVINCIAIS E DEPARTAMENTAIS DE SISTEMAS SUL AMERICANOS DE SAÚDE, 1, CONASEMS. 2005. **Anais...** Brasília: CONASS, 2005.

ONOCKO, Rosana Teresa Campos (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, p. 151-167. 1997.

_____. Análise de planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1021-1030, out/dez, 2000a.

_____. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 197-207. 2001.

_____. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16, n. 3, 723-731, jul/set, 2000b.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfoque Logico para la Gestion de Projectos en la Organizacion Panamericana de la Salud**. Washington: OPS, 1996, 48 p.

_____. **Saúde nas Américas**. Vol I. Cap. 1 a 6 - Regional. Publicação Científica e Técnica No. 622. Escritório Sanitário Pan-Americano, Escritório Regional da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Washington, D.C. EUA. 2007.

OUVERNEY, Assis Mafort. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 42, p.12-22, abr. 2008.

PAASI, Anssi. Re-constructing regions and regional identity. **Nethur lecture**, Nijmegen, v.7, n. 11. 2000. Disponível em: <<http://socgeo.ruhosting.nl/colloquium/Paasi1.pdf>>. Acesso em: set. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (org.) **Tratado de saúde Coletiva**. São Paulo: Abrasco, 2006. p. 15-30.

_____. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 42, p. 23-46, abr. 2008.

_____. Saúde, política e reforma sanitária. **CEPS/ ISC**, Salvador. 2002.

_____. Reforma Sanitária e modelos assistenciais. In: ROUQUAROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. P. 455-466.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro v.12 sup. 1., p. 1819-1829, nov. 2007.

PAIVA JÚNIOR, Fernando G. de; MELLO, Sérgio Carvalho B. de. Pesquisa Qualitativa nos estudos organizacionais: contribuições fenomenológicas de Alfred Schütz. **Organizações em contexto**, ano. 4, n. 8, p. 24-48, dez. 2008.

PALHA, Pedro Frederin; VILLA, Tereza Cristina S. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 19-26. 2003.

PEREZ, Jorge Ernesto L; BENTACOURT, José de los S; SUAREZ, Villalobos, P. K. Descentralización y sistemas de salud en América Latina. **Revista de Ciencias Sociales**, v.12, n.1, p.36-45, abr. 2006.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de Gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80 p.

PIOLA Sérgio Francisco. **Perspectivas da descentralização na saúde pública**. [s.l]: IPEA, 2002. p. 62-67. Disponível em: <cpd1.ufmt.br/isc2006/mestrado/index.php?option=com...>. Acesso em: mar. 2010.

PINEDA, N. El desarrollo institucional en el estado Merida: un proceso de transformacion integral. In: **Plan Estrategico de desarrollo – Dimension Institucional**: síntesis de diagnostico. Plan Estrategico a Largo Plazo/Merida, Estado Competitivo 2002. Convenio ULA – PDVSA. Grupo Región, Estrategia y Desrollo/Instituto de investigaciones Económicas y Sociales. I1 – I30. Merida, Venezuela, 2002.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001, p. 65-112.

PITTA, Áurea Maria da Rocha; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.20, p.395-410, jul/dez 2006.

PIZZATO, R. **Avaliação dos impactos ambientais do programa recifes artificiais marinhos do Paraná** – programa RAM. 62 f. Monografia (Graduação em Engenharia Ambiental) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2004.

PLANEJAMENTO em saúde na América Latina: diferentes racionalidades. [200-], 17 p. Disponível em: <www.2.ghc.com.br/GepNet/docsris/rismaterialdidatico8.pdf>. Acesso em: set. 2009.

PROJETO QUALISUS. Metodologia para diagnóstico de atenção à saúde em regiões metropolitanas, com ênfase nas linhas de cuidado definidas pelo QualiSUS. **Relatório contendo manual técnico de orientação aos gestores de saúde**: IPADS, 2007. Disponível

em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Metodologia_Diagnostico_RM_3.pdf>. Acesso em set. 2009.

PRO-ADESS. Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). **Relatório Final**. Celia Almeida (Coord.GT “Sistemas de Serviços de Saúde”). Rio de Janeiro. Agosto de 2003.

RAFAELI, Leonardo; CAMPAGNOLO, Rodrigo Rech; MÜLLER, Cláudio José. Missão declarada e missão desdobrada: uma abordagem para o planejamento estratégico. In: **XIV Simpósio de Engenharia da Produção**, novembro de 2007.

REHEM, Renilson. **O aspecto inovador do pacto para a regionalização da SES-SP: a participação do Colegiado de Gestão Regional**. 2008. Disponível em: <<http://chagas2.redefiocruz.fiocruz.br/drupalsesdec>>. Acesso em: mar. 2009.

REOLON, Cleverson A; SOUZA, Edson B. C. Questões conceituais: das unidades regionais à região metropolitana de Cascavel. **Geosul**, Florianópolis, v. 21, n. 42, p 113-135, jul./dez. 2006.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/rismaterialdidatico8.pdf>>. Acesso em: out. 2009.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 355-365. 1999.

_____. **Regionalização em saúde e mix público-privado**. jul. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/.../TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf> Acesso em: out 2009.

ROCHA, Ana Angélica R. M. **O Planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/Sergipe**. 156f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.

ROCHA, Carlos V; FARIA Carlos Aurélio P. Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 8, Coimbra, Portugal. **Anais eletrônicos...** Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004. p. 1-31. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha_carlosFaria.pdf>. Acesso em: jan. 2010.

SÁ, Marilene de Castilho. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n.1, p.151-164. 2001. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v6n1/7033.pdf>>. Acesso em: nov. 2009.

SACARDO, Daniele P. **Políticas, Planejamento e Administração em Saúde: uma revisão dos descritores definitivos da subcategoria atualizada**. [São Paulo]: FSP/USP,[200-].

SATO, Ademar K. **Descentralização: um tema complexo**. Rio de Janeiro: IPEA. 1993.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o SUS: Tendências e Desafios após 20 anos. **Rev. Saúde em Debate**, nº 81, V.33. Rio de Janeiro. jan/abr. 2009.

SANTOS, Luiz Alberto dos; CARDOSO, Regina Luna dos S. Avaliação de desempenho da ação governamental no Brasil: problemas e perspectivas. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD "CONTROL Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO GUBERNAMENTA," 15, Caracas, 2001. **Anais...** Caracas, 2001.

SANTOS, Milton. SILVEIRA, Maria Laura. **O BRASIL: TERRITÓRIO E SOCIEDADE NO INÍCIO DO SÉCULO XXI**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Record. 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). **Oficinas macro regionais: planejamento municipal**. São Paulo: COSEMS. 2009.

_____. **Projeto de Apoiadores de CGR**. São Paulo, COSEMS. 2009. Disponível em: <
http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/articuladores/papel_apoiadores_cosems.pdf>. Acesso em: dez. 2009.

SCHNEIDER, Alessandra et al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo, RS: IFIBE/CEAP, 2007. Disponível em: <
http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_posibilidade_realidade.pdf>. Acesso em: jul. 2009.

SILVA, Ionara Ferreira. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2000.

SILVA, Marcos José Pereira. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: BROSE, Markus (org) **Metodologia Participativa: uma introdução a 20 instrumentos**. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 161-176. 2001.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES Maria Helena de A. Regiões de Saúde: o Reconhecimento de um Espaço. In: GLOBAL FORUM AMERICA LATINA. 8, 2009. Business as an Agent of World Benefit. **Anais eletrônicos... 2009**. Disponível em: <
http://www.congresso.globalforum.com.br/arquivo/2009/artigos/E2009_T00029_PCN29902.pdf>. Acesso em: set. 2009.

SILVA, José. A. B et. al. **As medidas de desempenho como uma ferramenta de gerenciamento**. In: CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDANTES DE ENGENHARIA MECÂNICA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, 12. 2005. Pará. **Anais...** Ilha Solteira, São Paulo: UNESP. 2005.

SOLLA, Jorge José S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o "Pacto de Gestão." **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-348. 2006.

SOUZA Celina. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. **Dados Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 41 n. 3, 1998.

SOUZA, Maria Adélia A. "Conexões Geográficas:" um ensaio metodológico. **Boletim Paulista de Geografia**, n.71. 1995.

SOUZA, W. M. **Resumo do livro: O mal estar da Pós-Modernidade**, de Zygmunt Bauman. 1997. Publicação eletrônica. Publicado em: abril 04. 2009.

TANCREDI, F. B; BARRIOS, S. R. L; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: IDS/USP. 1998.

TEIXEIRA, Carmem F. **O futuro da prevenção**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade, 2001.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 153-162. 2002.

TEIXEIRA, Carmem F. (Org). ABREU, Washington Luiz. VILASBÔAS, Ana Luiza Q. Metodológica para o Planejamento no Sistema Único de Saúde. In: **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA. 2010.

TOBAR, Federico. O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 5, p. 31-51, jun. 1991. Disponível em: <<http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Portugues/O-conceito-de-Descentralizacao-usos-e-abusos.pdf>>. Acesso em: dez. 2009.

TREVISAN, Leonardo. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-254, mar/abr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n2/04.pdf>>. Acesso em jun. 2010.

TREVISAN Leonardo Nelmi. JUNQUEIRA Luciano Antonio Prates. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893- 902. 2007.

UNICAMP. Plano Municipal de Saúde e articulação ao planejamento regional / Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP/ Programa de Estudos em Sistemas Regionais de Saúde - PESS. 2009. (Apresentação slides). Disponível em: www.saude.sp.gov.br/.../formul_planos_munic_e_pl_regional.pdf.

VARGAS, Diego Boelhke; THEIS, Ivo Marcos. A evolução recente do planejamento na América Latina: lições para Santa Catarina? In: **III Encontro de Economia Catarinense**. UNESC. 2008. Disponível em: http://www.apec.unesc.net/III%20EEC/sessoes_tematicas/Financas/Artigo%2023.doc.

VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3. Rio de Janeiro. jul/set. 2004.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>>. Acesso em: jan. 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: maio 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Descentralização e novas perspectivas para a regionalização da saúde. **Revista São Paulo em Perspectiva**. 2008. PowerPoint.

VIANNA, P. V. C. **Territórios da saúde revelados pela espacialização de indicadores agregados**: uma ferramenta para integrar os pactos pela vida e de gestão, dimensionados para mesorregiões. São José dos Campos, São Paulo: INPE. 2007.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14, p. 1565-1577, set/out. 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva. UFBA, 2006.

VILASBÔAS, Ana L Q; PAIM, Jarnilson S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Análise dos sistemas de saúde da região, de acordo com os componentes, principais características, atributos e critérios

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS/ INDICADORES
CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DA REGIÃO		
Composição da Região Meio Ambiente Urbanização Evolução Econômica Gestão Regional	Elementos agregadores ou desagregadores da região, do ponto de vista de uma gestão compartilhada - as 'fortalezas', possibilidades, 'debilidades' e desafios, direta ou indiretamente associados à saúde como: - os agravos e riscos potenciais à saúde; - a necessidade de ampliação de cobertura ou de acesso aos serviços; - as mudanças a serem implementadas quanto à organização da atenção à saúde, etc.	Principais características da região; Municípios que compõem a região; Porte populacional e distribuição da população; Ocupação urbana; Evolução do PIB e participação no PIB estadual; IDH dos municípios da região; Caracterização dos principais setores econômicos; Principais planos e projetos priorizados para a região; Poluição ambiental; Abastecimento de água e esgoto; Estrutura de transporte; Disponibilidade de hospitais e leitos de UTI; Outros aspectos considerados relevantes para caracterizar a região.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir do QualiSUS.

APÊNDICE B - Análise dos sistemas de saúde da região, de acordo com os componentes, principais características, atributos e critérios

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE		
<p>Meio Ambiente,</p> <p>Saneamento,</p> <p>Ciência e tecnologia,</p> <p>Defesa do consumidor (Ministério Público),</p> <p>Educação (formação de pessoal para o setor de saúde e educação em saúde),</p> <p>Segurança, etc.</p>	<p>Concentrando-se nas medidas compartilhadas ou passíveis de serem compartilhadas, ou que estão sob a coordenação de outros setores e que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo – <u>intersectorialidade</u>;</p> <p>Analisar a integração do setor saúde com outros setores da região, como participação conjunta nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas.</p> <p>Analisar os processos de educação em saúde e identificar os mecanismos de cooperação técnica e de articulação com instituições de ensino, de serviços e de participação social.</p>	<p style="text-align: center;">Indicadores Pro-Adess:</p> <p>Poluição ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concentração de material particulado em suspensão; - Concentração de ozônio (ppm); - Emissões de CFC; - Automóveis por habitante; - Ônibus por habitante; - Emissões industriais. <p>Saneamento básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de rede de abastecimento de água; - Cobertura de rede de esgotamento sanitário; - Cobertura dos serviços de coleta de lixo. <p>Condições climáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umidade; - Temperatura; - Precipitação.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir do QualiSUS.

APÊNDICE C - Análise dos sistemas de saúde da região, de acordo com os componentes, principais características, atributos e critérios

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO		
Atenção ambulatorial de média e alta complexidade / Centros de Referência	<p>Aspectos da organização e do funcionamento, em especial:</p> <p>A oferta e a demanda de serviços;</p> <p>A disponibilização tecnológica na região;</p> <p>A articulação e o fluxo entre os diferentes níveis assistenciais;</p> <p>A resolubilidade;</p> <p>Os mecanismos de regulação.</p>	<p>Número de Unidades – Centros de Saúde, Postos de Saúde, PSF.</p> <p>Adequação do número de unidades e da distribuição geográfica;</p> <p>Modelo do PSF adotado;</p> <p>Evolução da cobertura populacional;</p> <p>Necessidades e produção de Consultas Básicas e de Ações Básicas;</p> <p>Equipes de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiência do N.º de profissionais; - Problemas de fixação dos profissionais. <p>Qualidade da Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de protocolos, definição de ações programáticas e realização de supervisão clínica; - Unidades que possuem certificação de qualidade (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ /MS); - Desenvolvimento de Programas de Capacitação de RH; - Desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde; - Dificuldades e pontos negativos indicados pelos gestores municipais, estaduais e pelos dirigentes de outros Serviços de Saúde; - Propostas de qualificação e superação das dificuldades apontadas.
Atenção hospitalar de média e alta complexidade	<p>Aspectos da organização e do funcionamento dos serviços próprios e o perfil dos contratados, destacando-se o porte, o número de leitos destinados ao SUS e a equipamentos hospitalares, identificando também aí as principais dificuldades relativas à internação hospitalar, aspectos relacionados ao fluxo e articulação entre os níveis de assistência e entre os</p>	<p>Número e tipos de Unidades;</p> <p>Leitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribuição pelos municípios da região; - Leitos por especialidades; - Leitos por mil habitantes. <p>Necessidades e produção de internações, segundo local de residência e local de internação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intrarregião; - extrarregião da mesma UF; - extrarregião de outras UF. <p>Caracterização dos hospitais segundo especialização e porte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiátricos; - Hospitais de pequeno porte (- 100 leitos); - Hospitais de médio porte (de 100 a 200 leitos);

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO		
	municípios e aos mecanismos de regulação.	<p>- Hospitais de grande porte (+ 200 leitos) porte.</p> <p>Vínculos contratuais com os gestores (estadual, municipal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de contrato; - Ações contratadas; - Valor contratado. <p>Serviços que atuam como referência regional (intra e extra região):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrangência territorial; - Tipo e percentual de serviços ofertados para cada município; - Demandas reprimidas; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento; - Centrais de regulação e de leitos hospitalares existentes e avaliação de seu funcionamento. <p>Equipes de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiência do n.º de profissionais; - Problemas de fixação dos profissionais. <p>Qualidade da Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de protocolos, definição de ações programáticas e realização de supervisão clínica; - Parâmetros Hospitalares – média de permanência, taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar, taxa de óbito hospitalar; - Unidades que possuem acreditação, segundo níveis (01, 02, 03); - Desenvolvimento de Programas de Capacitação de RH; - Dificuldades e pontos negativos indicados pelos gestores municipais, estaduais e pelos dirigentes de outros Serviços de Saúde; - Propostas de qualificação e superação das dificuldades apontadas.
Atenção hospitalar de média e alta complexidade	Aspectos da organização e do funcionamento dos serviços próprios e o perfil dos contratados, destacando-se o porte, o número de leitos destinados ao SUS e a equipamentos hospitalares, identificando também aí as principais dificuldades relativas à internação hospitalar, aspectos relacionados ao fluxo e	<p>Número e tipos de Unidades;</p> <p>Leitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribuição pelos municípios da região; - Leitos por Especialidades; - Leitos por mil habitantes. <p>Necessidades e produção de internações, segundo local de residência e local de internação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intrarregião; - extrarregião da mesma UF; - extrarregião de outras UF. <p>Caracterização dos hospitais segundo especialização e porte:</p>

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO		
	<p>articulação entre os níveis de assistência e entre os municípios e aos mecanismos de regulação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psiquiátricos; - Hospitais de pequeno porte (- 100 leitos); - De médio porte (de 100 a 200 leitos); - De grande porte (+ 200 leitos). <p>Vínculos contratuais com os gestores (estadual, municipal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de contrato; - Ações contratadas; - Valor contratado. <p>Serviços que atuam como referência regional (intra e extra região):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrangência territorial - Tipo e percentual de serviços ofertados para cada Município - Demandas reprimidas - Principais dificuldades e estrangulamentos - Planos e ações em desenvolvimento - Centrais de regulação e de leitos hospitalares existentes e avaliação de seu funcionamento. <p>Equipes de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiência do n.º de profissionais; - Problemas de fixação dos profissionais. <p>Qualidade da Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de protocolos, definição de ações programáticas e realização de supervisão clínica; - Parâmetros Hospitalares – média de permanência, taxa de ocupação, taxa de infecção hospitalar, taxa de óbito hospitalar; - Unidades que possuem acreditação, segundo níveis (01, 02, 03); - Desenvolvimento de Programas de Capacitação de RH; - Dificuldades e pontos negativos indicados pelos gestores municipais, estaduais e pelos dirigentes de outros Serviços de Saúde; - Propostas de qualificação e superação das dificuldades apontadas.
<p>Atenção à urgência e emergência</p>	<p>Aspectos da organização e do funcionamento, tanto da estrutura física como tecnológica e humana; atendimento pré-hospitalar; qualificação da equipe profissional; disponibilidade de transportes para transferência de pacientes;</p>	<p>Número e tipos de Unidades (componentes móveis e fixos);</p> <p>Necessidades e produção de consultas de urgência e emergência;</p> <p>Utilização de Serviços em outros municípios e demandas externas;</p> <p>Serviços que atuam como referência regional (intra e extra região):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrangência territorial;

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO		
	<p>unidades de pronto atendimento não hospitalares e estruturação dos mecanismos de regulação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo e percentual de serviços ofertados para cada município; - Demandas reprimidas; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento. <p>Equipes de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiência do n.º de profissionais; - Problemas de fixação dos profissionais. <p>Qualidade da Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de protocolos e de sistema de classificação de riscos; - Definição de parâmetros de qualidade e realização de supervisão clínica; - Desenvolvimento de Programas de Capacitação de RH; - Dificuldades e pontos negativos indicados pelos gestores municipais, estaduais e pelos dirigentes de outros Serviços de Saúde; - Propostas de qualificação e superação das dificuldades apontadas.
<p>Serviços de alta complexidade – ambulatorial e hospitalar</p>		<p>Número e tipos de serviços;</p> <p>Distribuição das APAC realizadas na região, segundo município de residência e município de realização do procedimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intrarregião; - Extrarregião da mesma UF; - Extrarregião de outras UF. <p>Equipes de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiência do n.º de profissionais; - Problemas de fixação dos profissionais. <p>Vínculos contratuais com os gestores (estadual, municipal):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de contrato; - Ações contratadas; - Valor contratado. <p>Serviços que atuam como referência regional (intra e extrarregião):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrangência territorial; - Tipo e percentual de serviços ofertados para cada município; - Demandas reprimidas; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento. - Funcionamento de centrais de regulação e de marcação de APAC. <p>Qualidade da Atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de protocolos, definição de ações e realização de

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO		
		<p>supervisão clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de Programas de Capacitação de RH. - Dificuldades e pontos negativos indicados pelos gestores municipais, estaduais e pelos dirigentes de outros Serviços de Saúde; - Propostas de qualificação e superação das dificuldades apontadas.
Vigilância em saúde	Aspectos da forma de atuação da vigilância quanto a eliminar, diminuir ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde; a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.	<p>Serviços existentes e ações ofertadas, segundo pactuação;</p> <p>Caracterização das equipes;</p> <p>Qualidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de protocolos e de ações programáticas; - Desenvolvimento de Programas de Capacitação de RH. - Demandas reprimidas; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento.
Apoio diagnóstico e terapêutico	Aspectos da disponibilização e funcionamento dos serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos existentes de forma compatibilizada com as necessidades da atenção à saúde.	<p>Número e tipo de serviços;</p> <p>Vínculos com os gestores (estadual municipal);</p> <p>Equipes de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiência do n.º de profissionais; - Problemas de fixação dos profissionais. <p>Serviços com certificação de qualidade;</p> <p>Serviços que atuam como referência regional (intra e extra região):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrangência territorial; - Tipo e percentual de serviços ofertados para cada município. - Demandas reprimidas; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento.
Assistência farmacêutica	Aspectos da organização e da prestação, do acesso ao elenco básico bem como o fornecimento dos medicamentos excepcionais e aspectos do financiamento.	<p>Responsabilidades assumidas pelos gestores (estadual e municipal);</p> <p>Existência e implementação de Programa de Assistência Farmacêutica nos municípios;</p> <p>Avaliação dos processos logísticos de planejamento, compra, controle de estoque e distribuição;</p> <p>Avaliação dos processos de dispensação e assistência farmacêutica nos serviços de saúde.</p>

Fonte: Adaptado pela autora, a partir do QualiSUS.

APÊNDICE D - Análise dos sistemas de saúde da região, de acordo com os componentes, principais características, atributos e critérios

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
Descentralização /regionalização (Modelos de Gestão)	Aspectos relacionados à cooperação entre as esferas de governo; Estratégia de coordenação de promoção da equidade; Funcionamento da CIB no espaço regional; Pactuação e regulamentação do sistema;	Modelo de Gestão dos Municípios e situação do Pacto de Gestão e de Saúde; Dificuldades, estrangulamentos e avanços do processo de regionalização; Estruturas e processos de gestão;
Planejamento	Existência de desenho de redes regionalizadas de atenção à saúde. =====	GESTÃO REGIONAL: - Estrutura e funcionamento do Colegiado Regional de Saúde; - Caracterização do processo decisório e de pactuação; - Existência e caracterização de outras estruturas e processos de integração regional; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento.
Gestão do trabalho em saúde	Aspectos da estrutura, da organização e da operacionalização do processo de planejamento, sua interação com o centro de decisão e com outras instâncias federadas (outros municípios e Estado). =====	GESTÃO MUNICIPAL: Aspectos relacionados à <u>governabilidade</u> : a- Autonomia administrativa e financeira da SMS: - Execução direta, dos procedimentos de aquisição de bens e serviços relacionados com ações de saúde; - Presidência da Comissão de Licitação da Saúde; - Realização de empenho, liquidação e pagamento dos processos licitatórios. b - Apoio político ao projeto de governo da SMS quanto à organização de Saúde: - Apoio legislativo ao projeto de governo da SMS; - Apoio do CMS ao projeto de governo da SMS; - Apoio da mídia ao projeto de governo das ações de saúde da SMS quanto à organização das ações saúde; - Apoio dos profissionais da SMS ao projeto de governo da SMS.
Participação social		Aspectos relacionados à <u>capacidade de governo</u> : a - Experiência da equipe dirigente da SMS/perfil da direção: - Média de anos trabalhados da equipe em processos de organização das ações de saúde; - Existência de liderança ou quadro político na direção do setor saúde; - Formação do dirigente na área de saúde coletiva.
Financiamento	Aspectos da composição da equipe de saúde; tipos de vínculos; mecanismos de negociação com os profissionais de saúde; planos de cargos e salários; identificar os principais problemas decorrentes da precarização do trabalho, verificando, por exemplo, os mecanismos de valorização dos trabalhadores e os aspectos relativos à humanização	- Concepção do dirigente sobre o sistema de saúde coerente com os princípios do SUS.

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
	<p>das relações de trabalho.</p> <p style="text-align: center;">=====</p> <p>Analisando a articulação entre os gestores e os Conselhos de Saúde; as resoluções e deliberações dos Conselhos e Conferências de Saúde; as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais.</p> <p style="text-align: center;">=====</p> <p>Analisar as transferências entre as esferas de gestão; gasto público total; execução orçamentária e financeira; percentual do recurso para a saúde, de acordo com a EC29, por município; fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento.</p> <p>Levantamento dos recursos para custeio transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, subdivididos nos cinco blocos: gestão; atenção básica; média e alta complexidade; assistência farmacêutica; vigilância em saúde.</p> <p>Levantamento dos recursos próprios municipais aplicados em cada bloco;</p> <p>Levantamento dos recursos estaduais aplicados em cada bloco.</p>	<p>b - Habilidades da equipe dirigente da SMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação profissional em saúde coletiva; - Participação anterior ou atual da equipe dirigente em movimentos políticos, associativos, profissionais. <p>c- Acervo de métodos e técnicas de condução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas de planejamento executadas pela equipe dirigente e pelas equipes técnicas. <p style="padding-left: 20px;">Aspectos do <u>triângulo de ferro da gestão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estruturas e processos de gestão do SUS no território do município. <p>Composição, organização e funcionamento do CMS;</p> <p>Realização de Conferências Municipais de Saúde;</p> <p>Elaboração e implementação de Planos Municipais de Saúde; Saúde;</p> <p>Elaboração de Relatórios Municipais de Gestão em Saúde;</p> <p>Estruturas e processos organizacionais existentes para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejamento, contratualização, acompanhamento, avaliação e controle; - Coordenação e supervisão de Serviços e das Unidades de Saúde. <p>Serviços de Saúde sob responsabilidade municipal que ofertam ações em âmbito regional (intra e extra região):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos em desenvolvimento. <p>Coordenação e supervisão de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;</p> <p>Coordenação e supervisão das Ações de Saúde Pública;</p> <p>Coordenação e supervisão do Cuidado em Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência e identificação de programação em saúde - Supervisão do trabalho dos diferentes profissionais de saúde; - Avaliação do cuidado em saúde. <p>Coordenação e supervisão do trabalho em saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de plano e processos de desenvolvimento de RH; - Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários; - Adequação dos salários ao mercado regional. <p>Coordenação de compras, controle de estoques e distribuição de materiais, insumos e equipamentos em saúde;</p> <p>Coordenação e supervisão do Fundo Municipal de Saúde;</p>

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO DO SUS NO ÂMBITO REGIONAL		
		<p>Gerenciamento dos serviços de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estruturas de gestão dos serviços de saúde, especialmente os que atuam como referências intra e inter municipais e, intra e inter regionais; - Âmbito de atuação dos serviços de referência (intra e extra regional); - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Ações e Planos em desenvolvimento. <p>Financiamento em Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da evolução dos gastos em saúde, segundo % aplicação dos recursos federais, estaduais e municipais para a região; - Avaliação dos gastos em saúde tendo como referência a legislação (EC29); - Evolução das despesas com saúde por habitante ano; - % gastos com investimentos, recursos humanos e serviços de terceiros.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir do QualiSUS.

APÊNDICE E - Análise dos sistemas de saúde da região, de acordo com os componentes, principais características, atributos e critérios

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
SISTEMAS LOGÍSTICOS		
<p>Sistemas logísticos</p>	<p>Infraestrutura: analisar os recursos logísticos, a rede física e os projetos de investimento; organização das SMS;</p> <p>Análise da adequação dos mecanismos de regulação, avaliação e controle; de alocação de recurso e formas de contratualização utilizadas; de processos de capacitação técnica e gerencial de recursos humanos;</p> <p>Análise dos sistemas de identificação dos usuários (cartão), de centrais de marcação /regulação, de prontuários eletrônicos e de transporte sanitário de pacientes e resíduos de serviços de saúde; envio de resultados de exames; sistemas (mecanismos) de distribuição de materiais e insumos.</p>	<p>Identificação dos usuários do sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de sistema de identificação utilizado - cartão magnético, cartão de identificação; - Possibilidade de integração em nível regional. <p>Prontuário eletrônico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença de prontuários eletrônicos em serviços e municípios da região. <p>Transporte sanitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação e caracterização de sistema regional de transporte sanitário de pacientes (rotas definidas, coordenação regional, transporte de urgência-emergência e transporte eletivo); - Identificação e caracterização de sistema regional de transporte sanitário de resíduos (rotas definidas, coordenação regional, transporte de urgência-emergência e transporte eletivo). <p>Sistemas de gestão de materiais e equipamentos biomédicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação e caracterização de sistema de gestão de materiais e equipamentos: municipal e regional. <p>Centrais de regulação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrutura e processos implementados; - Equipe técnica; - Demandas Reprimidas; - Principais dificuldades e estrangulamentos; - Planos e ações em desenvolvimento.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir do QualiSUS.

APÊNDICE F - Análise dos sistemas de saúde da região, de acordo com os componentes, principais características, atributos e critérios

COMPONENTES	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	ATRIBUTOS E CRITÉRIOS
ORGANIZAÇÃO E QUALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE		
Protocolos Clínicos Linhas de Cuidado Supervisão Técnica Capacitação de RH	Procurando identificar na região, pontos que sobressaiam quanto à qualificação da atenção à saúde, como a organização dos processos de trabalho e de gerenciamento das unidades de serviço, existência de protocolos clínicos e manuais de procedimentos padronizadores, de articulação dos serviços sob uma lógica progressiva e resolutiveira que, associados ao sistema logístico, como sistemas de marcação de consultas, centrais de regulação, evidenciem de alguma forma a direcionalidade que esteja sendo dada na região, para a integralidade da atenção.	Protocolos clínicos: <ul style="list-style-type: none"> - Processo de elaboração dos protocolos clínicos e processo de pactuação com os serviços da rede de Atenção à Saúde; - Planos e ações para a implantação dos protocolos na rede. Linhas de cuidado: <ul style="list-style-type: none"> - Linhas de Cuidado prioritárias; - Documento com definição de ações, procedimentos, itinerários diagnósticos e terapêuticos; - Parâmetros de atenção. Supervisão técnica: <ul style="list-style-type: none"> - Equipes de supervisão técnica do cuidado nos pontos de atenção; - Procedimentos e parâmetros para supervisão técnica. Capacitação de RH: <ul style="list-style-type: none"> - Programas de capacitação de RH elaborado; - Ações de treinamento e capacitação realizadas e programadas.

Fonte: Adaptado pela autora, a partir do QualiSUS.

APÊNDICE G - Roteiro de sites eletrônicos de sistemas de informação em saúde do MS

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SIAB: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBA.def
INFORMAÇÕES SOBRE REDE ASSISTENCIAL: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabba.def
SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS-SIA: http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php
PRODUÇÃO AMBULATORIAL: http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=35
SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS – SIHSUS: http://w3.datasus.gov.br/SIHD/index.php?area=02
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O CÂNCER: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home Registro de Câncer de Base Populacional: http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.aspHYPERLINK "\"http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=10\"&HYPERLINK "\"http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=10\"ID=10. Registro Hospitalar de Câncer (RHC): http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=351 INCA – MS para acesso a Dados do Registro Hospitalar de Câncer: http://www.inca.gov.br/rhc/ Estimativas de Câncer: http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1
CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE: CNES: http://cnes.datasus.gov.br/
SAÚDE SUPLEMENTAR: http://www.ans.gov.br/
INDICADORES E DADOS BÁSICOS DE SAÚDE (IDB): http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm
SISPACTO: http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/
SISPPi: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/sisppiweb/default.htm
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=360A2B0C0D0E0F360G2HIJd2L3M0N&VInclude=../site/texto.php
SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS: http://siops.datasus.gov.br/dadosuf.php?escuf=2 Site do SIOPS sobre Indicadores Municipais: http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM
TRANSFERÊNCIAS A MUNICÍPIOS: http://www.fns.saude.gov.br/ConsultaFundoaFundoo.asp
REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE – RIPSA: www.ripsa.org.br

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	
CADERNO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE:	http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ba.htm
SALA DE SITUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:	http://189.28.128.178/sage/
IBGE (Pesquisas Nacionais Domiciliares- PNADS/Assistência Médica e Sanitária - AMS)	www.ibge.gov.br
PNUD:	www.pnud.org.br/
ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL:	http://www.pnud.org.br/atlas/oque/index.php

Fonte: Adaptado pela autora, a partir das contribuições: UNICAMP/PESS/NEPP; Relatório do Projeto QUALISUS (2007); Cadernos de Planejamento do PlanejaSUS - Volume 2.

APÊNDICE H - Fontes de informação e elementos chaves para a análise da situação do sistema de saúde da região

Fontes de Informação
Plano Municipal de Saúde
Programação Anual de Saúde
Relatório Anual de Gestão
Termo de Compromisso de Gestão
Prioridades, Metas e Indicadores do Pacto pela Vida
PDR, PPI, PDI
Plano plurianual -PPA, Lei de diretrizes orçamentárias- LDO, e LOA
Cadernos de informação em saúde municipais e estadual
Pesquisas realizadas
Registros de outras secretarias – Habitação, Meio Ambiente, Educação, etc.
Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil
O desenho do complexo regulador da região
A organização da rede de serviços de saúde da região
Atas de reuniões do CGR
Atas de reuniões dos Conselhos municipais e estadual de saúde
Resoluções da CIB tratando de aspectos específicos da região
Informantes Chaves
Gestores municipais
Gerentes municipais e estaduais de serviços de saúde da região
Técnicos das secretarias municipais de saúde da região
Técnicos da representação estadual de saúde na região
Conselheiros e usuários do SUS
Técnicos de outros setores que possuam articulação intersetorial com a saúde

Fonte: Adaptado pela autora, a partir das contribuições: Projeto QualiSUS (2007); UNICAMP/PESS/NEPP (2009).