



Decreto 7.508/11: Implantando Dispositivos

Gisela Mascarenhas



Decreto 7.508/11: Implantando Dispositivos

Gisela Mascarenhas

Editora Chefe

Marcia A. A. Marques

Coordenadora Editorial

Isabela Arantes Ferreira

Bibliotecária

Maria Alice Ferreira

Diagramação

Ricardo Augusto do Nascimento

Arte da capa

Matheus Lacerra

Revisão

A autora

2021 by Bookerfield Editora

Copyright © Bookerfield Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Bookerfield Editora

Direitos para esta edição cedidos à

Bookerfield Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial Não Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Esta obra é de natureza digital (e-book). Versões impressas são permitidas, não tendo a Bookerfield Editora qualquer responsabilidade pela confecção e distribuição de exemplares físicos deste conteúdo.

Todos os manuscritos da obra passaram por rigorosa avaliação cega pelos pares, baseadas em critérios científicos e imparciais, recebendo a aprovação após atender os critérios técnicos estabelecidos pelo Conselho Editorial.

Todo o conteúdo do livro e de artigos individuais é de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores, não sendo a Bookerfield Editora responsável por quaisquer eventuais irregularidades. Situações como plágio, má conduta ética/científica ou dados e resultados fraudulentos são de responsabilidade do autor, comprometendo-se a Bookerfield Editora em investigá-las rigorosamente e tomar as ações cabíveis.

O download, compartilhamento e referência da obra são permitidos mediante atribuição de crédito aos autores e à Editora. A comercialização desta obra é expressamente proibida.

CONSELHO EDITORIAL

Ciências Agrárias

Afrânio Silva Madeiro
Alirya Magda Santos do Vale Gomes
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Carlos Eugenio Fortes Teixeira
Daniela Kunkel
Daniele Cristina Ficanha
Elson Barbosa da Silva Junior
Fabiana Schiochet
Fernando Rezende da Costa
Flávio José Rodrigues Cruz
Heiriane Martins Sousa
João Francisco Severo Santos
Joelma Leão Buchir
Kleber Fernando Pereira
Marden Manuel Rodrigues Marques
Maria Cristina Bueno Coelho
Monyck Jeane dos Santos Lopes
Pablo Daniel Freitas Bueno

Ciências Biológicas

Cesar Augusto Cunha Cervantes
Débora Cristina Damasceno
Érika Alves Tavares Marques
Fabíola Aliaga de Lima
Flávio José Rodrigues Cruz
Heiriane Martins Sousa
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Joelma Leão Buchir
José Amorim
José Maria Ferraz Filho
Jussara Gonçalves Fonseca
Kleber Fernando Pereira
Mário César de Oliveira
Morgana do Nascimento Xavier
Nathália Sayuri Yamamoto
Noemi Mendes Fernandes
Patricia Köster e Silva
Rafael Mesquita Stoque

Renato Luís Veiga Oliveira Júnior
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva

Ciências da Saúde

Adriano José Barbosa Junior
Alexandre Daré de Almeida
Ana Irene Coelho Nunes
Ana Luiza Trovo Marques de Souza
Andrea Borges Gaia
Andressa Ribeiro Contreira
Camila Gemin R. Locatelli
Carlos Vinícius Pagani Vieira
Machado
Débora Cristina Damasceno
Elisângela Rodrigues Carrijo
Fabiana Leticia Sbaraini
Fabio José Antonio da Silva
Fabrício Casanova
Gisela da Costa Mascarenhas
Greicielle Pereira Arruda
Ivonete Aparecida Alves Sampaio
Janaina da Câmara Zambelli
Jandira Maria do Amarilho Silveira
Jaqueline Rocha Borges dos Santos
João Francisco Severo Santos
Jogilmira Macedo Silva Mendes
José Aderval Aragão
José Maria Ferraz Filho
José Robertto Zaffalon Júnior
Juliane Campos Inácio
June Fernanda Maria Teixeira
Katia Fernanda Forti Porcaro
Kilvia Paula Soares Macedo
Líncon Bordignon Somensi
Luciane Cristina Arantes
Marcello Alberton Herdt
Marcelo Benedet Tournier
Marcelo de Oliveira Pinto
Marcos Guimarães de Souza Cunha

Marcos Roberto Brasil
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Nara Michelle Moura Soares
Nillianne Charles Ribeiro
Rafael Mesquita Stoque
Randson Souza Rosa
Renato Carlos Machado
Rogério Wagner da Silva
Sheila Moura Amaral
Simone Mattos do Nascimento
Sofia Banzatto
Suzana Silva Lira
Taíza Fernanda Ramalhais
Thaís Mendonça Resende
Thiago Luciano Rodrigues da Silva
Valéria Rodrigues da Conceição
Veronica Gabriela Ribeiro da Silva
Vivian Victoria Vivanco Valenzuela

Ciências Exatas e da Terra

Andrea Sartori Jabur
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Dalvani Fernandes
Duany Dreyton Bezerra Sousa
Edfram Rodrigues Pereira
Evandro Preuss
Gisane Aparecida Michelin
Henrique Mariano Costa do Amaral
Henrique Pereira Oliveira Neves
Hermam Vargas Silva
Isidro ihadua
João César Abreu de Oliveira Filho
Lívia Sancho
Luiz Eduardo da Silva Gomes
Manolo Cleiton Costa de Freitas
Marco Aurélio Schünke
Marcos do Carmo Pereira
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Sonia Tomie Tanimoto
Vagner Marques de Moura
Valdecir Alves dos Santos Júnior

Ciências Humanas

Adailton Pereira de Melo
Alberto Carlos de Souza
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Breno Henrique Ferreira Cypriano
Bruna Pacheco de Almeida
Bruno Cezar Silva
Camila Bueno Grejo
Camila de Vasconcelos Tabares
Carlos Eduardo Mauricio
Dalvani Fernandes
Dayane Cristina Guarnieri
Deiziane Pinheiro Aguiar
Eduardo Henrique Assis Cidade
Elisângela Rodrigues Carrijo
Eulalia Fabiano
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Guilherme Camara Meireles
Guilherme William Udo Santos
Isadora Vianna Sento-Sé
João César Abreu de Oliveira Filho
João Francisco Severo Santos
Josael Jario Santos Lima
Josiane Nascimento Andrade
Luana Mayer de Souza
Marcos Pereira dos Santos
Marcos Pereira Magalhães
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Marlon Nantes Foss
Miguel Rodrigues Netto
Oscar Yecid Bello Bello
Rebecca Bianca de Melo Magalhães
Sandra das Dores Souza
Silvio Santiago-Vieira
Susan Audrey Bueno dos Santos
Taíza Fernanda Ramalhais
Tatiane dos Santos Duarte
Vanderlei Frari
Vânia Maria Carvalho de Sousa
Vinícius Dantas Silveira

Ciências Sociais Aplicadas

Aline De Souza Lima Barbaroto
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Bruna Pacheco de Almeida
Bruno Cezar Silva
Camila Nathalia Padula de Godoy
Cassio Rene Duminelli
Daniel Nascimento e Silva
Eduardo Henrique Assis Cidade
Elisângela Rodrigues Carrijo
Érika Rigotti Furtado
Eulalia Fabiano
Fernando Cesar Mendes Barbosa
Gisela da Costa Mascarenhas
Hermam Vargas Silva
Horácio Monteschio
Isabel das Mercedes Costa
Isadora Vianna Sento-Sé
João Clécio de Sousa Holanda
João Francisco Severo Santos
João Vitor Gomes Pinto
Josael Jario Santos Lima
Josiane Nascimento Andrade
Marco Aurelio de Jesus Mendes
Maria Cristina C Nepomuceno
Carvalho
Miguel Rodrigues Netto
Nelson Calsavara Garcia Junior
Renato Obikawa Kyosen
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Sandra Couto Barbosa
Solange Kileber
Susan Audrey Bueno dos Santos
Vanessa Paiva Costa Vale
Vinícius Dantas Silveira

Engenharias

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Andrea Sartori Jabur
Andréia Monique Lermen
Daniele Cristina Ficanha
Elaine Patricia Arantes

Fernando Oliveira de Andrade
Henrique Mariano Costa do Amaral
Israel Henrique Ribeiro Rios
Jaime Andres Castaneda Barbosa
Marcelo Henrique da Silva
Marcelo Marques
Marcos Guimarães de Souza Cunha
Rafael Gonçalves Mafra
Rodolfo Lucas Bortoluzzi
Thiago Averaldo Bimestre
Valdecir Alves dos Santos Júnior
Vanessa Paiva Costa Vale

Linguística, Letras e Artes

Alberto Carlos de Souza
Geison Araujo Silva
Guilherme William Udo Santos
José Edson Barros Correia
Luciano de Oliveira Costa
Márcia Donizete Leite-Oliveira
Marlon Nantes Foss
Silvio Santiago-Vieira
Thiago Blanch Pires
Vera Regiane Brescovici Nunes

Multidisciplinar

Alejandro Victor Hidalgo Valdivia
Aline De Souza Lima Barbaroto
Ana Margarida Theodoro Caminhas
Andrea Sartori Jabur
Andréia Monique Lermen
Cláudia Hitomi Watanabe Rezende
Érika Alves Tavares Marques
Fernanda Imada de Lima
Fernando Oliveira de Andrade
Guilherme Camara Meireles
Isidro ihadua
José Amorim
Marcelo Marques
Vanessa Paiva Costa Vale

Decreto 7.508/11: Implantando Dispositivos

Editora Chefe Marcia A. A. Marques
Coordenadora Editorial Isabela Arantes Ferreira
Bibliotecária Maria Alice Ferreira
Diagramação Ricardo Augusto do Nascimento
Revisão A autora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Mascarenhas, Gisela
Decreto 7.508/11 : implantando dispositivos
[livro eletrônico] / Gisela Mascarenhas. --
São Paulo : Bookerfield, 2021.
PDF

ISBN 978-65-89929-09-3

1. Federalismo 2. Políticas públicas 3. Políticas
públicas de saúde 4. Saúde - Planejamento
I. Título.

21-71954

CDD-614.098111

Índices para catálogo sistemático:

1. Políticas públicas : Planejamento : Saúde
públicas 614.098111

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

DOI 10.53268/BKF21090100

Bookerfield Editora
São Paulo – Brasil
Telefone: +55 (11) 99841-4444
www.bookerfield.com
contato@bookerfield.com



DECLARAÇÃO DA AUTORA

A autora declara não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra; declara que participou da elaboração e revisão da obra, atestando a confiabilidade dos dados e resultados; declara que a obra está livre de plágio acadêmico; declara que a publicação desta obra não fere qualquer outro contrato por ela firmado; declara ter atendido eventuais exigências de outras partes, como instituições financiadoras, para a publicação desta obra.

Dedico este trabalho ao meu pai, **Gilberto Rodrigues Mascarenhas**,
(*in memoriam*), fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Embora um processo solitário, uma dissertação é fruto do esforço de muitos.

Meus agradecimentos:

A Deus por me acompanhar no caminho.

Aos meus pais *Gilberto Rodrigues Mascarenhas (in memoriam)* e *Terezinha da Costa Mascarenhas*, pelo exemplo, investimento e amor.

Ao meu marido *Edson Aniz Mahana*, pela paciente espera e pelo amor sempre sentido.

Ao meu irmão *Gilson da Costa Mascarenhas*, pelo carinho e apoio.

À prof.^a. Dr.^a. *Maria Fátima de Sousa*, pela acolhida na chegada.

À prof.^a. Dr.^a. *Flávia Miquetichuc Nogueira Nascente*, pelas adequações e apontamentos.

À prof.^a. Dr.^a. *Vera Maria Câmara Coelho*, pela clareza do caminho e parceria generosa.

Ao prof. Dr. *Luiz Odorico Monteiro de Andrade*, pela força e incansável disposição para ousar e oportunizar.

Ao prof. Ms. *André Luiz Bonifácio de Carvalho*, por entender o tempo e permitir a partilha entre o serviço e a academia.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Dirijo especial distinção à minha orientadora, prof.^a. Dr.^a. *Helena Eri Shimizu*. Seu olhar apurado me amparou no processo de aquisição do conhecimento, de construção do pensamento e nas escolhas dos instrumentos utilizados na organização do labirinto dos dados que serviram para retratar uma experiência emblemática de governança do SUS.

Do mesmo modo, seus apontamentos e empenho no sentido prático durante as aulas, seminários do mestrado e no processo de elaboração da dissertação, corrigiram meus rumos sem me desmotivar. Moldaram minha linguagem e argumentação, de comunicação inicialmente indefinida convertida em texto científico original, com significado.

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende.”

João Guimarães Rosa

APRESENTAÇÃO

Esta obra tem como propósito descrever a experiência inovadora de implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) em Sobral – Ceará, sobretudo visando retratar as estratégias que contribuíram para o avanço do processo de regionalização em saúde, de forma democrática e participativa.

É organizada em diversos capítulos. Os primeiros dirigidos a apresentação da problemática da regionalização no Brasil, dos arranjos normativos que permitiram avanços no processo, bem como dos seus limites, e as expectativas geradas pelo Decreto 7508, particularmente pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que fora implantado pioneiramente em Sobral – Ceará.

No capítulo da revisão de literatura são apresentados, de forma didática, as experiências de regionalização em diversos países: Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos, Canadá e Espanha.

Em capítulo posterior é apresentado o histórico do processo de regionalização no Brasil. O Decreto 7.508/11 representa o terceiro momento de discussão da regionalização, com novas diretrizes e dispositivos, alguns dos quais foram implantados na região de saúde de Sobral, onde os entes federados independentes coordenaram suas interdependências na busca do alcance de objetivos comuns, aprofundando o significado e a forma de efetivação da regionalização.

O capítulo metodológico traz a descrição de como foi desenvolvido o estudo de caso em Sobral – Ceará, com todos os procedimentos de coleta e análise dos dados.

Nos capítulos dos resultados, discussão e considerações finais apresentam-se como ocorreu todo o processo de implementação do COAP, bem como do mapa de saúde, e da atuação de instância de governança regional.

Por fim, concebem-se como potenciais públicos-alvo desta obra: todos os profissionais de saúde, estudantes da área da saúde, que se dediquem a gestão do SUS.

Gisela Mascarenhas

PREFÁCIO

DOI 10.53268/BKF21090198

Este livro é fruto da dissertação de Mestrado Profissional, foi redigida num momento pujante do processo de regionalização em saúde no Brasil. A autora estava, à época, diretamente envolvida com o tema, tendo em vista o seu vínculo de trabalho na Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. O Decreto 7.508 de 2011 se apresentava como estratégia para um novo modelo organizativo de regionalização, que prometia avanços consideráveis no avanço da integralidade das ações de saúde no Sistema Único de Saúde, mas requeria esforços de todos os entes federados para o provimento da saúde nas regiões.

O estado do Ceará foi pioneiro na assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), e, portanto, exigia acompanhamento próximo dessa experiência inovadora. Elegeu-se, para realização deste estudo de caso, a região de saúde de Sobral - Ceará, uma das quatro primeiras regiões sanitárias brasileiras a atender aos novos dispositivos, e correspondente Mapa da Saúde, base do processo de Planejamento Regional Integrado, cuja produção compôs o COAP de Sobral - CE. Interessava-nos conhecer, sobretudo, como fora desenvolvido o planejamento regional, que incluía a participação de diversos atores, no âmbito do Colegiado Intergestor Regional (CIR).

O leitor seguramente perceberá as ricas contribuições da experiência da construção do planejamento regional da região de saúde de Sobral – Ceará.

Havia como dispositivo para construção do planejamento regional um mapa da saúde, constituído pelos seguintes eixos: 1) estrutura do sistema de saúde; 2) redes de atenção à saúde; 3) condições sócio-sanitárias; 4) fluxos de acesso; 5) recursos financeiros; 6) gestão do trabalho e da educação em saúde; 7) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e 8) gestão.

Observou-se que Planejamento Regional Integrado implementado propiciou mudanças no exercício de poder no âmbito da construção da política de saúde local e trouxe desafios para a governança do processo.

De inovador, identificou-se a uniformização da base técnica orientada por diretrizes políticas e pela transparência da situação de saúde da região para a discussão do planejamento dos três entes federados. A governança no planejamento foi determinada por um quadro institucional favorável à participação de atores institucionais, estabelecendo relações cooperativas entre governos.

Concluiu-se que o processo político representou o pilar sobre o qual a inovação tecnológica e jurídica, promoveu mudanças na produção institucional. A dimensão técnica observada no instrumento Mapa da Saúde, entretanto, continuou requerendo aprimoramento quanto ao conjunto de elementos necessários à expressão da realidade local.

Brasília, 24 de junho de 2021.

Helena Eri Shimizu

Profª Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília
Bolsista de Produtividade do CNPq

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 16
O DECRETO 7508/11 E A REGIONALIAÇÃO NO BRASIL

CAPÍTULO 2 25
REGIONALIZAÇÕES PELO MUNDO

CAPÍTULO 3 64
O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO BRASILEIRO

CAPÍTULO 4 83
ESTUDO DE CASO EM SOBRAE - CE

CAPÍTULO 5 87
RESULTADOS, DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES



O DECRETO 7508/11 E A REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL

CAPÍTULO 1

CAPÍTULO 1

O DECRETO 7508/11 E A REGIONALIZAÇÃO NO BRASIL

O Planejamento é utilizado na administração com o objetivo de racionalizar as ações humanas, que consiste em definir proposições e construir viabilidades para solucionar problemas e atender às necessidades individuais e coletivas. Por muitos anos até os anos 1930, durante o governo do Presidente Franklin Delano Roosevelt, ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA) a implementação de programas com o objetivo de recuperar e reformar a economia norte-americana, e assistir aos prejudicados pela grande depressão. Dessa forma, o planejamento da atividade econômica e social era visto como distintivo dos países socialistas ou fascistas, enquanto que os regimes democráticos ocidentais ostentavam uma organização social que atribuía um alto valor à ação espontânea dos diversos setores e grupos sociais, à livre competição entre interesses - enfim, ao ideal do *laissez-faire* e aos salubres mecanismos da livre competição de interesses. Com a necessidade de implantação de políticas governamentais anticíclicas, antes da Segunda Guerra Mundial, e mais tarde com o surgimento da preocupação com o desenvolvimento econômico dos países subdesenvolvidos, o planejamento passou a ser utilizado também no Ocidente, ainda que com muita cautela e

resistências (SCHWARTZMAN, 1975).

É somente no final da década de 1950 e nos anos de 1960, com o fracasso político de um grande número de democracias liberais em países do terceiro mundo, que o planejamento centralizado começa a ser assumido e adotado de forma plena em países fora da órbita socialista (CAIDEN; WILDAVSKY, 1974).

Nesse período foram criados no Brasil, os Ministérios do Planejamento e da Saúde, embora um ministério responsável pela política de saúde tenha existido desde 1930, cunhado no governo de Getúlio Vargas, integrando o Ministério dos Negócios e da Educação (BRASIL, 1930).

Entretanto, foi, na segunda metade do século passado, em razão do grande desenvolvimento científico tecnológico e das transformações decorrentes de prestações de serviços, com a organização de redes e sistemas de serviços de saúde que a prática de planejamento tornou-se uma necessidade reconhecida no mundo, e dessa forma, vários países latino-americanos aderiram ao planejamento econômico e social, onde encontrou base o planejamento em saúde (TANCREDI, et al, 1998).

O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência do

aumento da complexidade do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentamento das mudanças nas condições de vida e saúde da população em diversos países. Nesta perspectiva, as campanhas sanitárias e posteriormente os programas de controle de doenças podem ser considerados atividades que já incluíam a prática do planejamento (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Em razão das transformações estabelecidas no perfil populacional e da escassez de recursos disponíveis em diversos países, que dispõem de sistemas universais de saúde, no ano de 2010 a Organização Mundial da Saúde (OMS) manifestou a necessidade de transformação sistemas universais no informe *“O Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal”*, apontando atuações chaves a serem aplicadas por tais países mediante ações inovadoras, onde se destaca o ciclo de planejamento a ser constantemente, atualizado com uma declaração clara de princípios e ideais que movem o sistema de financiamento, análise da situação sanitária, estratégias a serem utilizadas no alcance dos objetivos, dentre outros que constituem um processo baseado em aprendizagem contínua, onde a realidade prática do sistema alimenta uma constante reavaliação e ajustamento para garantia da sustentabilidade dos mesmos (OMS, 2010).

Nas últimas décadas o planejamento em saúde tem tomado a agenda política de dirigentes de alguns países desenvolvidos como a França, Reino Unido, Alemanha, Suécia e Espanha na busca de empreender programas de transformação. O Reino Unido com seu plano integral de redução de gastos; a França, com a transformação de 1.700 hospitais públicos com o objetivo de melhorar a qualidade clínica; a Alemanha operando sucessivas reformas sanitárias para incrementar a competência, reduzir a demanda e melhorar os mecanismos de contratação, lançando concomitantemente programas de gestão de enfermidades para o tratamento integrado de enfermidades crônicas; a Suécia com a introdução de reformas para aumentar a capacidade de oferta de cuidados e melhorar o acesso ao sistema; e finalmente a região da Catalunha na Espanha, que em razão da atual crise econômica e do aumento da demanda da população envelhecida, tem se empenhado em melhorar o aproveitamento dos recursos identificando em seu plano de saúde, os principais elementos de transformação sistêmicas a ocorrer até 2015 (CATALUNHA, 2012).

Na Europa Ocidental e América Latina, a descentralização marcou os processos de reformas de Estados Nacionais desde os anos 70 até os dias atuais (VIANA; DIAS, 2011).

Nessa lógica, o planejamento é utilizado como instrumento de ação governamental para a produção de políticas, como instrumento do processo de gestão das organizações e como prática social (MEHRY, 1995), uma ferramenta que expressa a busca de transformação de modelos assistenciais e modernização das organizações para responder às necessidades sociais em diferentes contextos.

No Brasil, o Movimento Sanitário brasileiro, organizado, chegou à Assembleia Nacional Constituinte e introduziu um novo padrão de política social fundamentado na seguridade social, conforme encartado na Constituição Federal – CF, de 1988 (BRASIL, 1988). Nesta

também está dada a autonomia das unidades federadas, criando a necessidade de construção de um pacto de poder que compatibilize as autonomias locais com o exercício do poder pelo governo central, em condições de grande diversidade territorial, o que levou a um modelo de federalismo cooperativo, em especial no campo das políticas sociais, onde os três entes federados enfrentam o desafio da cobertura universal.

Estados federativos são encarados como propensos a produzir níveis comparativamente mais baixos de gasto social (PETERSON, 1995, BANTING; CORBETT, 2003), bem como menor abrangência e cobertura dos programas sociais (WEIR; ORLOFF; SKOCPOL, 1988; PIERSON, 1996). Tenderiam ainda a tornar mais difíceis os problemas de coordenação dos objetivos das políticas, gerando superposição de competências e competição entre os diferentes níveis de governo (WEAVER; ROCKMAN, 1993), dada a relação negativa entre dispersão da autoridade política e consistência interna das decisões coletivas. Adicionalmente, a existência de uma multiplicidade de pontos de veto no processo decisório implicaria que, em Estados federativos, as políticas nacionais tenderiam a se caracterizar por um mínimo denominador comum (WEAVER; ROCKMAN, 1993; TSEBELIS, 1997).

Entretanto, a concentração da autoridade política varia entre os Estados federativos, dependendo do modo como estão estruturadas as relações entre Executivo e Legislativo no plano federal (STEPAN, 1999), bem como da forma como estão distribuídas as atribuições de políticas entre os níveis de governo (RIKER, 1975). Como consequência, pode-se esperar que estes tendam a apresentar variações em sua capacidade de coordenar políticas nacionais, dependendo da maneira como estão estruturadas estas relações em cada Estado.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 criou nova arquitetura institucional para a participação social, dando origem aos inúmeros Conselhos Setoriais, Comissões Intergovernamentais e Conferências. Conformando um sistema inovador de corporativismo societário.

O SUS brasileiro é fruto de uma luta histórica do movimento da Reforma Sanitária brasileira que culminou com a garantia da saúde, como “direito de todos e dever do Estado”, e instituiu um sistema estruturado de serviços de saúde orientado pelos princípios doutrinários da equidade, universalidade e integralidade. Esse movimento possui vínculo orgânico entre a constituição do campo científico da saúde coletiva, o movimento de democratização da saúde e a área temática política, planejamento e gestão que, portanto, deve ser analisada em perspectiva histórica (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, o Brasil possui uma experiência acumulada sobre a produção teórico-metodológica de planejamento e programação em saúde que, se constituiu como importante suporte ao processo de formulação e implementação de políticas públicas setoriais. O debate teórico e a experimentação prática, presente nesse campo, atualmente são influenciados, de um lado pelo desenvolvimento científico que ocorre nas ciências políticas, na gestão da saúde e na economia sanitária, e, por outro lado, pelo processo de reforma do sistema sanitário em curso no país, cujo eixo tem sido nas três últimas décadas, a organização do SUS (PAIM;

TEIXEIRA, 2006).

Na década de 1970, a produção científica do Brasil estava voltada para a administração sanitária que posteriormente incluiu a programação em saúde, mas é de fato na década de 1980 que a elaboração e implementação de propostas de reformas na gestão, planejamento e organização de serviços é encontrada, movida pelo enfrentamento dos desafios da prática, ocasionada pela atuação de docentes e pesquisadores junto secretarias estaduais e municipais de saúde. Entre os anos 1980 e 1990, foram desenvolvidos estudos de cunho histórico e teórico sobre o desenvolvimento conceitual e metodológico do planejamento em saúde, destacando-se os desdobramentos da crítica ao caráter instrumental do planejamento e sua articulação com o processo de reorientação da política de saúde.

Na década de 1990, as questões relacionadas às mudanças das práticas político-gerenciais na esfera pública, inspirados no modo de produção tecnoburocráticas (BRESSER-PEREIRA, 1997) estimularam a produção do tema no âmbito do Estado, mais alinhados a modelos racionalistas. E, os anos 1999-2000 o tema da descentralização do SUS serviu de base para uma multiplicidade de estudos sobre planejamento, programação, reorganização do processo de trabalho, sistemas de informação em saúde.

Entre 2001 e 2005, a produção esteve mais voltada para a investigação sobre municipalização da gestão e a expansão da atenção básica. Há nesse cenário uma complexa trama de relações entre o meio acadêmico e as instituições de serviços (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Assim a área temática Planejamento e Gestão, fundamentada pelas ciências sociais e humanas, apresenta certas especificidades e tem implicações distintas, seja na incorporação tecnológica, seja na militância sociopolítica (TESTA, 1997).

Nesse período o SUS esteve orientado conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, que estabelecia o processo de regionalização como estratégia fundamental de ampliação de acesso às ações e serviços de saúde, baseada na organização e distribuição dos serviços nos territórios. Havia então estímulo ao planejamento regional com excessiva normatividade técnica instituídas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), Planos Diretores de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) (BRASIL, 2002).

E ainda, essa fase representou para o SUS uma fase de busca de estabilidade do financiamento da saúde e a produção científica esteve voltada para os recursos humanos, controle social, informações de saúde, descentralização, integralidade e equidade (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Foi também o período de construção do primeiro “Plano Nacional de Saúde – PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil”, construído para o período 2004 a 2007, embora o arcabouço legal do SUS já tratasse da obrigatoriedade, desse instrumento de gestão nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Todavia, o primeiro PNS não foi acompanhado das devidas programações anuais que tratariam de sua operacionalização (BRASIL, 2010).

A situação das programações anuais da gestão federal para operacionalização do PNS se reproduziu na grande maioria dos entes federados. Os Planos Operativos Anuais (POA) que existiram no passado e expressavam os objetivos, atividades e metas anuais não guardavam correlação com os Planos de Saúde. Observa-se um claro obstáculo de deficiência de institucionalização do planejamento em saúde, expresso nos artigos publicados no período, que se reflete na inexistência instrumental, bem como na inexistência de sistema de captura de informações cuja base de dados permitisse identificar com precisão a situação nacional. Dessa forma a transparência da gestão e o exercício do controle social restavam comprometidos.

Ademais, a complexidade institucional na conformação do SUS, formado em um sistema federativo de entes autônomos e interdependentes, com operadores sistêmicos autônomos, traz limitações na incorporação do planejamento na construção da política de saúde, enquanto política de estado expressa em um sistema baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, sendo, portanto a garantia desses princípios a “imagem-objeto” a ser alcançada.

No período compreendido entre 2008 e 2010 a produção científica esteve voltada para estudo da evolução do planejamento nacional, para aplicação e análises de abordagens teórico-metodológicas e práticas de planejamento em saúde e ainda fatores de influência na incorporação de novas tecnologias em saúde. Nesse período o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) trouxe novos mecanismos de coordenação federativa na política de saúde nacional, com a valorização das esferas municipais, estaduais e a criação de instâncias regionais. Foi então iniciado um novo ciclo no planejamento no SUS, tendo sido criado um sistema de planejamento baseado diretrizes e definição de responsabilidade para cada esfera de gestão, com definição de objetivos que conferiu direcionalidade ao processo de gestão. Entretanto ocorreu desarticulação entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental, em razão da baixa valorização dos instrumentos e recursos relativos ao planejamento regional (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010).

No período compreendido entre 2011 e 2013, como no período anterior, a produção esteve centrada em análises de aplicação e discussão de abordagens teórico-metodológicas, as práticas de planejamento em saúde, a orientação participativa ou gerencialista pura (esta última entendida como aquela que ignora a relação entre os atores estando focada nos meios para promover maior eficiência e eficácia das atividades do setor público), bem como seus determinantes históricos, expressando a influência das mesmas em incorporações tecnológicas que estimulam a perícia técnica e a prática político-social.

Conquanto tenham ocorrido avanços no âmbito do planejamento em saúde, o planejamento sistêmico associado à autonomia dos entes federados e a participação social no SUS permanece um desafio. Vale ressaltar que desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) a descentralização tem sido a estratégia privilegiada para a implantação do sistema, responsabilizando os municípios pela provisão dos serviços e organização dos sistemas municipais de saúde e embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça que a

descentralização deva ocorrer de forma regionalizada (BRASIL, 1988), apenas recentemente a estratégia da regionalização aparece com força nos documentos oficiais, tendo início um processo mais efetivo de formulação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações cooperativas e solidárias, para responder às crescentes demandas por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade. A descentralização de forma regionalizada é estruturante no processo de planejamento territorial da saúde e permanece vinculada à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas, dentre outros) (VIANA, IBAÑEZ, LIMA, et al., 2008).

Em junho de 2011 foi publicado no Brasil o Decreto nº 7.508/11, regulamentando aspectos da Lei nº 8.080/90, tendo o Capítulo III dedicado ao planejamento, dando formatação jurídica ao fortalecimento do processo de planejamento e qualificação da gestão e reforçando a ação interfederativa com a instituição de instrumento próprio: o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, que resulta d integração dos planos de saúde dos três entes federados no espaço da região de saúde, exigindo um processo de planejamento regional integrado. Do mesmo modo, a Lei Complementar 141/2012, no § 2º, art. 30 retoma o planejamento da saúde, de base regionalizada, conforme estabelece a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), articulado ao planejamento governamental e assim integrando-o.

Dentre os dispositivos trazidos pelo Decreto nº 7.508/11, estão o Planejamento Regional Integrado e o Mapa da Saúde, este último tem como objetivo auxiliar a identificação das necessidades de saúde e orientar o Planejamento Regional Integrado dos entes federativos, contribuindo desta forma para o estabelecimento de metas de saúde.

O Mapa da Saúde brasileiro é a base para a análise territorial de saúde, um retrato da realidade que orienta, juntamente com as Diretrizes estabelecidas pelos Conselhos de Saúde e os redirecionamentos apontados nas análises dispostas nos Relatórios de Gestão dos entes federados, o processo de planejamento do SUS. Este Decreto recoloca o planejamento na agenda central do gestor da saúde, e seus dispositivos trazem a obrigatoriedade de avanço do país nesse campo.

O Planejamento Regional Integrado trazido pelo Decreto nº 7.508/11, entendido como elemento de coordenação que objetiva a instauração de parcerias para integrar e partilhar decisões conjuntas em resposta às crescentes demandas por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade, representa um aprimoramento do processo da regionalização que somente no início dos anos 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), e de forma mais incisiva após a publicação do Pacto Pela Saúde em 2006, teve destaque sem, entretanto, alcançar grandes avanços estratégicos e instrumentais regionais além dos expressos nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e na Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme apontado pela pesquisa *“Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS”* (VIANA, et al., 2010).

Mapas Sanitários podem conter conceitos, funções, métodos de elaboração e formas distintas, a depender do que se pretende obter do ponto de vista da implantação e implementação das políticas de saúde. Da mesma maneira os espaços regionais de saúde, a depender dos fins, podem ser observados sob diferentes óticas, ou seja, cada conceito expressa uma possibilidade de leitura de espaço geográfico, delineando, portanto, um caminho metodológico.

Em novembro de 2011, foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Documento de *“Diretrizes para Conformação do Mapa da Saúde e Planejamento no Âmbito do SUS”*, dispondo dentre outros, dos conteúdos a serem observados no Mapa da Saúde, expressos em oito temas.

Onde queremos chegar a determinado tempo depende dos elementos existentes do lugar onde estamos e, como explicitado, o Mapa da Saúde descrito no Decreto nº 7.508/11 é o instrumento a ser utilizado no retrato da realidade local, servindo de base para a análise situacional, já antecipando que os principais elementos da natureza do lugar é a garantia saúde como direito de todos e dever do Estado – princípio da universalidade no direito à saúde-, por meio da também garantia do acesso à integralidade da assistência à saúde, disposta em rede de ações e serviços públicos regionalizada e hierarquizada, que conformam um sistema único descentralizado, no qual os entes federados envolvidos são unidades autônomas, conforme preconizam os arts. 18 e 198, da CF de 1988 (BRASIL, 1988).

Em 17 de agosto de 2012, quatro regiões de saúde do Brasil firmaram os primeiros COAP: Maracanaú, Brejo Santo, Sobral e Tauá, todas localizadas no Estado do Ceará. Firmaram os COAP o ministro da Saúde, o governador do Estado, prefeitos e secretários de saúde de cada região. Em 17 de outubro de 2012, na seção 3 do Diário Oficial da União, foram publicados os extratos dos referidos contratos.

O estudo justificou-se por ser uma novidade do processo e também pela escassez de estudos que visam compreender os processos de planejamento regional em curso em regiões de saúde de estados brasileiros. E ainda, na necessidade de avaliar como o processo de construção do Mapa da Saúde e do COAP contribuíram como instrumento técnico e político para subsidiar o planejamento regional da gestão compartilhada.

As novidades trazidas pela publicação do Decreto nº 7.508/11 e seus dispositivos inovadores: Planejamento Regional Integrado; Mapa da Saúde; Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, a serem integrados em redes de atenção na região de saúde; a articulação interfederativa e o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP apresentam exigências de entendimento e sistematização da complexidade do contexto em que estão sendo aplicadas, requerendo a utilização de uma pesquisa capaz de contemplar as novas demandas e diretrizes políticas da gestão da saúde.

As perguntas orientadoras do presente estudo foram:

1) Em que medida o processo de construção do COAP contribuiu para o processo de

Planejamento Regional Integrado da região de saúde de Sobral, no Estado do Ceará?

2) Em que medida os eixos do instrumento Mapa da Saúde constante no COAP de Sobral, subsidiou, consistentemente, o Planejamento Regional Integrado?

3) Em que medida as instâncias de governança compartilhada da saúde (CIT, CIB, CIR), contribuíram na incorporação de novos elementos para a implantação da política de saúde referentes à organização regional, trazidos pelo Decreto nº 7.508/11?

4) Em que medida a construção do instrumento técnico jurídico COAP de Sobral- Ceará, compôs um eixo de negociação política?

OBJETIVOS

a) Objetivo Geral

Analisar o processo de construção de Planejamento Regional Integrado da região de saúde de Sobral, no Estado do Ceará, em 2012.

b) Objetivos Específicos

- Descrever o processo de implantação dos dispositivos do Decreto 7.508/11, no Estado do Ceará, região de saúde de Sobral.

- Analisar os conteúdos dos eixos do Mapa da Saúde quanto a: 1) estrutura do sistema de saúde; 2) redes de atenção à saúde; 3) condições sócio-sanitárias; 4) fluxos de acesso; 5) recursos financeiros; 6) gestão do trabalho e da educação em saúde; 7) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e 8) gestão;

- Descrever a atuação da Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestora Regional no processo de elaboração do COAP da Região de Saúde de Sobral;

- Analisar se o processo de construção do instrumento técnico jurídico COAP compôs eixos de negociação política.



REGIONALIZAÇÕES PELO MUNDO

CAPÍTULO 2

CAPÍTULO 2

REGIONALIZAÇÕES PELO MUNDO

Embora este trabalho não tenha como objeto um estudo comparado de sistemas nacionais de saúde, considera-se relevante identificar o contexto histórico e político nos quais estes países organizaram suas redes interfederativas para garantia do direito à saúde, bem como a forma utilizada para operar a gestão intergovernamental, que transcende a relação entre governos (LENIR; ANDRADE, 2011), buscando melhor compreender o sistema brasileiro.

A presente revisão teve como base a experiência dos Estados federados ou unitários: Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos, Canadá com destaque para a organização da Província do Québec, Espanha com destaque pra a organização da Comunidade Autônoma da Catalunha e, Brasil, que construíram sistemas universais de saúde organizados em redes regionalizadas, e a literatura internacional que por décadas vem constituindo parte do acervo do planejamento em saúde e que retrata suas formas de organização. Todos países capitalistas, estados modernos, modelo que resulta da revolução capitalista quando se definem os grandes objetivos políticos das sociedades modernas: a liberdade dos cidadãos, o bem-estar econômico, a justiça social ou uma maior igualdade, e a proteção do ambiente.

Importa reforçar a não iintenção de comparação entre as experiências retratadas, outrossim entender os elementos empregados na descentralização da política de saúde, articulada à regionalização por meio da organização de redes, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias, na busca de subsídios para melhor compreensão do sistema de saúde brasileiro frente aos desafios colocados pelo Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011).

Estado unitário é a forma de constituição de Estado em que não há divisão territorial de poder político.

Federalismo é a forma de Estado em que há distribuição geográfica do poder político em função do território, na qual um ente é dotado de soberania e os outros entes de autonomia.

Não existe uma acepção unânime em relação ao termo federalismo que, antes de tudo é uma ideologia. Um conceito genérico define o pacto federativo como a união de entes federados (estados, colônias, regiões) dotados de autonomia e submetidos a um poder central, geral, dotado de soberania. A hierarquização do poder central para com os entes federados pode ou não ocorrer, e a autonomia destes pode ser de várias amplitudes, conforme a

disposição constitucional. A constituição, aliás, é a Carta Magna, reguladora da federação e das competências de seus entes; é o texto legal que determina de que maneira funciona o pacto federativo em função de uma ordem jurídica estabelecida (LOVATO, 2006).

No caso de Repúblicas Federativas ou de arranjos federativos - Canadá, Espanha, Itália e outros - a descentralização é feita para as províncias (ou seus equivalentes). As bases para o planejamento são as regiões e os distritos e as atribuições assumidas pelos governos locais, em geral, restringem-se ao cuidado social (BANKAUSTAITE; SALTMAN; DUBOIS, et al 2007).

Já na América Latina, a descentralização e a regionalização foram conduzidas com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção (OPAS, 2010).

Na vertente Marxista, a partir da década de 1970, a “Geografia Nova”, proposta por Milton Santos (SANTOS, 1996), definiu e passou a enfatizar o espaço geográfico como instância social. Propôs o conceito de território usado (SANTOS, 1999), híbrido de materialidade e ação, de forma e conteúdo, de meio construído e movimento da sociedade, gerado pelos homens, instituições e empresas.

A saúde, vista pela ótica geográfica, expressa as condições de existência do ser humano no território. Nesse sentido, entender as desigualdades sócio espaciais e suas consequências para o bem-estar social, que extrapola o setor saúde, é fundamental para debater-se saúde e proteção social no mundo contemporâneo (ROJAS, 1998).

A situação geográfica como categoria de análise do território como usada por Silveira (1999) considera as heranças dos processos históricos e ajuda a compreender algumas direções que orientam as dinâmicas futuras dos lugares a assim, pode servir de apoio à formulação de políticas públicas.

Em grande número de países (Inglaterra, Canadá, Itália e Alemanha) a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Estas experiências sugerem que foram outorgadas atribuições limitadas aos governos locais, enquanto que os níveis regionais tornaram-se principais responsáveis pelo planejamento e gestão dos sistemas de saúde (BANKAUSKAITE; DUBOIS; SALTAMAN, et al, 2007). Na Alemanha e Áustria, que utilizam o modelo Bismarck, o estado obriga o cidadão a comprar um seguro privado obrigatório que é regulado pelo estado.

Nos países europeus não está em discussão um sistema social único ou comum, inclusive nas iniciativas de integração supranacional, como é o caso da União Européia (HINRICHS, 1994; ALVATER, 1994). Ao mesmo tempo em que a União Européia se integra econômica e monetariamente, os sistemas sociais nacionais permanecem relativamente protegidos. Os sistemas sociais permanecem estruturados em nível nacional, mas ao mesmo tempo as estratégias setoriais neoconservadoras subordinam as políticas sociais à política econômica,

o que induz simultaneamente a certa similaridade entre as estratégias setoriais dos diversos países.

Ainda que não se possa imaginar uma unificação europeia sem ‘união social’, com a definição de padrões mínimos comuns de bem-estar social, na visão dos defensores dos princípios neoliberais o objetivo é a construção de um espaço mais amplo possível de livre mercado e de circulação não regulada de capitais, e não o aprofundamento da integração política e social (GIOVANELLA, 1999).

O socialismo é um sistema político-econômico caracterizado pela propriedade social dos meios de produção e gestão cooperativa da economia. A proteção social, como atividade coletiva e orientada para esses objetivos, desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou status de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social estabelecidos nacionalmente. A proteção social se institucionalizou pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando a ampliar o bem-estar da população. Surgiram, assim, os Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States* (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

A construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, e outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Como fenômeno social, a saúde repousa em um campo denominado Saúde Coletiva, entendido como direito de cidadania e dever do Estado, reconhece o sistema de serviços como uma das respostas sociais, atua no setor, mas não se esgota nele. No campo do saber, a Saúde Coletiva se articula em um tripé interdisciplinar composto pela Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde, com um enfoque transdisciplinar, que envolve disciplinas auxiliares como a Demografia, Estatística, Ecologia, Geografia, Antropologia, Economia, Sociologia, História e Ciências Políticas, entre outras.

Nas experiências descritas a seguir, encontramos a diversidade de atores, modelos, legislação, governos, formas de relações sociais, formas de organização, que influenciaram na organização de sistemas de saúde, objetivando contextualizar a discussão quanto à forma de descentralização da política de saúde.

O Sistema Inglês

O Reino Unido, ou Estado Britânico, é atualmente composto por Inglaterra, Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte, é um Estado unitário cujas instituições políticas concentram a autoridade política no governo central: concentra poderes no executivo central; os poderes legislativo e executivo estão fundidos, com preponderância do executivo; a Câmara Baixa tem extensos poderes legislativos, ao passo que a Câmara Alta tem poderes reduzidos; a eleição ocorre por *single-membre districts*; os governos locais operam como executores das políticas centrais, sem autonomia fiscal; o Parlamento (Câmara Baixa) é a suprema autoridade no processo de definição das leis; o poder judiciário não tem poder de revisão das decisões parlamentares, com base em uma Constituição previamente aprovada, à qual o Parlamento deveria estar submetido; não há espaço para decisões baseadas na democracia direta, como plebiscitos (LIJPHART, 1984). Entretanto, do ponto de vista da distribuição de competências, a gestão de políticas públicas é extensamente descentralizada. Não se tratando de descentralização de poder político, mas administrativa.

O Estado Britânico é uma monarquia constitucional parlamentar e, portanto, o poder está concentrado nas mãos do Parlamento. A Inglaterra dispõe de uma posição única e controversa ao ser uma entidade política no Reino Unido e ainda assim não ter autogoverno.

O Reino Unido dispõe de 242 514 km² de área territorial, aproximadamente o tamanho do Estado de São Paulo - Brasil. A Inglaterra possui 130 395 km² de extensão, aproximadamente o tamanho do Estado do Amapá - Brasil.

A primeira descrição completa de uma rede de saúde regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

Em sua introdução, o relatório explicita que o objetivo de organizar a provisão de serviços de saúde para a população de uma região só poderia ser alcançado através de uma organização com base na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa.

Para cada dado território, propôs a organização de serviços para atenção integral à população com base formada por serviços “domiciliares” apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Esta seria a “porta de entrada” do sistema, que empregaria os *General Practitioners* (GP) - os médicos clínicos generalistas, que já então trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social.

Propôs que os centros primários, localizados em vilas, fossem ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando “em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias”.

Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam.

Do ponto de vista da gestão do sistema, todos os serviços - tanto curativos como preventivos - deveriam estar sob a coordenação de uma única autoridade de saúde para cada área. Sendo indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade (GRAN BRETANA, 1920).

Coube, portanto, ao Relatório Dawson, introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública - necessariamente nas mãos do Estado - e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes.

A resposta à questão foi a formulação da organização em rede para garantia do acesso com equidade e dimensões centrais à organização de sistemas como necessidade de articulação entre a saúde pública e atenção individual, associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, autoridade sanitária do território, conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes foram tratadas com profundidade tal que são referência até os dias atuais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Entretanto a ideia de organizar serviços para a cobertura de grandes territórios desafiava o conceito de governo local e os custos para a construção e manutenção dos serviços necessários seriam altos. Não se conseguiu chegar a uma proposta final e o relatório foi engavetado (WEBSTER, 2002).

Apenas durante a Segunda Guerra Mundial, no âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada pelo Relatório Beveridge (ou *Report on Social Insurance and Allied Services*) em 1942, (BEVERIDGE, 1942), o mais importante documento que embasa o regime de *Welfare State* britânico no imediato pós Segunda Guerra Mundial, o relatório voltaria a servir de base à proposta de organização do novo sistema de saúde universal e equitativo. Nele se estabeleceu, pela primeira vez, um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independentemente da existência de contribuições anteriores. O acesso aos benefícios sociais depende unicamente da necessidade dos indivíduos, ou seja, o acesso à escola porque é preciso ser educado, o acesso ao sistema de saúde porque há uma demanda sanitária (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). O sistema inglês é conhecido como sistema *Beveridge*.

A organização de serviços e os mecanismos de financiamento e gestão foram alvo de intenso debate e negociação. A discussão da regionalização expressava a disputa: as novas autoridades sanitárias, responsáveis pelas regiões, seriam constituídas por um colegiado de autoridades locais ou por especial designação do poder central? (RIVETT, 2008).

Com relação à regionalização, considerou-se que sua construção através de colegiados com decisões tomadas por consenso havia sido inviabilizada por interesses divergentes de hospitais, autoridades locais e médicos. Após nacionalização e encampação dos hospitais, as regiões foram instituídas com delegação do poder central, a partir das bases de referência de um hospital universitário, com populações da ordem de dois milhões de pessoas (RIVETT, 2008).

O *National Health Service- NHS*, surgiu na Grã-Bretanha em 1948 e, em sua origem, era composto de 14 Autoridades Sanitárias Regionais e três Escritórios Provinciais País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte (NHS, 2014). O sistema provê cobertura universal baseado no princípio de equidade e integralidade, com algumas exceções (tratamento dental, oftalmológico e dispensação de medicamentos). Esse sistema originou-se centrado na figura do GP, médicos de atenção primária que recebiam por captação, isto é, conforme o número de pacientes que compunham sua lista de pacientes. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gatekeepers*) para assistência hospitalar não-emergencial. Os pacientes podiam estar ligados a apenas um GP. A maioria dos leitos estava em hospitais públicos. Neste contexto, a atenção hospitalar era garantida para todos os GP e não havia competição entre os hospitais (KOEN, 2000).

Na Grã-Bretanha, os recursos financeiros destinados aos hospitais regionais e aos serviços locais eram calculados de maneira per capita, ajustados por fatores demográficos e epidemiológicos, e repassados para os serviços via Autoridades Distritais Sanitárias (*District Health Authorities – DHA*) (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Ao longo da década de 1970, com a crise econômica que comprometeu também a Grã-Bretanha (Crise do Petróleo), o *Welfare State* passou a ser duramente criticado pela “nova direita” e responsabilizado pelos altos impostos. O diagnóstico era de que o Estado de Bem-Estar Social era mal administrado, agia como um monopólio e não prestava contas à sociedade (FERLIE, et al., 1999).

Nessa época o NHS também foi alvo de críticas, em função do aumento dos custos do sistema. A demonstração de que o gasto público com saúde em meados de 1970 absorveu mais da metade da proporção do PIB que havia absorvido em 1960 fez com que o Partido Conservador defendesse veementemente a reforma do sistema de saúde, com a justificativa de combater a ineficiência microeconômica, introduzindo elementos de gerência e competição (OLIVEIRA, et al, 2004; NEGRI; VIANA, 2002). Essa foi uma das bandeiras políticas que propiciou a chegada dos conservadores ao poder.

O terceiro mandato do Partido Conservador, no final da década de 1980, contava com um primeiro ministro pessoalmente comprometido com os propósitos baseados nos princípios

do mercado, além de possuir a maioria no parlamento, o que facilitava a aprovação de novas medidas reformistas. Ainda assim, até 1990 o sistema manteve-se praticamente intacto, com exceção de algumas taxas introduzidas para a prestação de serviços odontológicos e oftalmológicos, além de taxas para a dispensação de medicamentos, os quais existiam desde o início do NHS.

Após 10 anos no poder, sob a bandeira de inovação, eficiência e ampliação dos direitos do consumidor, os conservadores propuseram a reforma do NHS. Em 1991, juntamente com uma série de medidas liberalizantes, como reformas administrativas e privatizações, foi implementada a reforma do sistema de saúde, baseada no *White Paper Working for Patients*, de 1989, no qual se identificavam déficits no financiamento e queda da qualidade do atendimento. Vale lembrar que essas críticas já eram feitas na década de 1980. Assim, a partir desse documento foi formulado o *Patients Charter*, em 1991, revalorizando o paciente como foco principal do novo sistema e propondo uma mudança na lógica de organização da oferta de serviços. A principal alteração promovida pela reforma foi a introdução do conceito de “mercado interno”, separando os “compradores” dos “provedores” de serviços de saúde. Os provedores passariam a competir em qualidade e custos, de forma a atrair os compradores, que estavam a partir de então livres para comprar serviços fora de seus limites geográficos (WHO, 1997). A aposta era que a competição entre os serviços levaria à sua melhoria, aumentando a agilidade no atendimento e diminuindo os custos do sistema. Nesse “quase mercado”, a decisão de comprar não era do cliente/usuário, mas das instâncias públicas criadas (GPs, DHA). De todo modo, se partia do princípio de que o recurso financeiro seguiria o cliente/usuário (MELO, et al., 1999; AKERMAN, 1993).

A primeira fase da reforma do sistema de saúde britânico estava inserida na ampla agenda de reforma do Estado e no questionamento de seu papel na execução de políticas, foi implementada no início dos anos noventa, durante o governo de Margareth Thatcher. Ainda que inicialmente se propusesse a modificar a base do financiamento, a resistência política à mudança dos princípios do Sistema de Saúde Britânico fez com que as medidas fossem focadas no aumento da eficiência no uso dos recursos públicos, no contexto de um sistema cronicamente subfinanciado (ALMEIDA, 1999; KLEIN, 2006).

Nesta etapa da reforma, os compradores de serviços de saúde do NHS, nesse “mercado livre”, eram constituídos basicamente por:

- Autoridades Distritais Sanitárias (DHA), que recebiam recursos para comprar serviços de atenção secundária com base no tamanho e nas características da população abrangida;
- Grupos de Atenção Primária (GP *Fundholders*), que eram médicos ou grupos de médicos de atenção primária com um grande número de pacientes e que recebiam recursos para a compra de serviços secundários aos pacientes. Esses recursos eram alocados pelos Escritórios Regionais do NHS em que estavam situados. Podiam ter diferentes níveis de complexidade, comprando desde serviços menos complexos até todas as formas de

atenção secundária. Podiam reter todo o excedente gerado, desde que o usassem na melhoria da infraestrutura dos serviços em benefício dos seus pacientes.

Os Grupos de Atenção Primária (*fundholders*) eram formados por GPs que desde a criação do NHS eram os *gatekeepers* do sistema. Estes foram compelidos a se reunir em grupos para o atendimento da população, inicialmente definida como população coberta de até 11.000 habitantes, podendo com isso solicitar um orçamento anual de aproximadamente US\$ 1,5 milhão, para custeio, medicamentos e investimento em serviços. As autoridades distritais não tinham poder de intervenção ou de controle desse recurso financeiro. Os GPs que não pertencessem a nenhum grupo não tinham direito a recursos para a compra de serviços secundários, e seus custos continuavam a ser pagos pelas Autoridades Distritais Sanitárias.

Com o avanço da reforma, o número mínimo de pacientes necessário para os GPs adquirirem status de *fundholders* foi sendo reduzido, passando de 11.000, em 1991, para apenas 3.000, em 1995 (MELO, et al., 1999), o que ampliou bastante a adesão ao novo sistema. Em 1997, os grupos de *fundholders* eram 50% dos 26.700 GPs (*Department of Health, 1999*), que foram progressivamente aumentando e se transformaram na principal organização da reforma. Por disporem de grande autonomia para a contratação de serviços e de recursos humanos e tendo incentivo para investir o excedente do orçamento no seu próprio estabelecimento, os *fundholders* buscavam controlar a oferta e racionalizar o encaminhamento para os serviços secundários.

Nessa etapa da reforma do NHS, os provedores de serviços secundários passaram a competir entre si pelos contratos com Distritos Sanitários e Grupos de Atenção Primária (KOEN, 2000). Os contratos de prestação de serviços, firmados entre o Distrito e os hospitais, eram um importante instrumento de controle dos Distritos sobre a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, já que eles podiam suspender os contratos daqueles que não cumprissem os padrões estabelecidos.

O governo inglês introduziu também mudanças nos níveis de decisões distritais. Foi eliminada a participação dos profissionais de saúde e de autoridades municipais nas estruturas de representação, priorizando o seu caráter gerencial por meio da criação de cargos remunerados, bem como a inclusão dos gerentes e diretores financeiros de cada distrito. A gerência foi profissionalizada e não mais exercida por médicos do sistema. O conjunto dessas medidas engendrou, portanto, um incentivo à economia no NHS. Essas mudanças possibilitaram também maior controle e transparência dos custos, e promoveram um aumento da eficiência dos serviços que eram prestados – como exemplo, pode-se citar a redução na taxa de permanência de pacientes nos hospitais. Por outro lado, o sistema de mercado introduziu novos e altos custos de controle, dada a necessidade de implementação de complicados sistemas de faturamento. Um exemplo da complexidade que o sistema ganhou foi o número de contratos firmados: um só hospital tinha contratos com 900 instituições financeiras diferentes e emitia 4.000 faturas ao ano.

Em 1999 foi implantada uma nova reforma no NHS. Uma das primeiras medidas do novo governo foi assegurar a universalidade do sistema. O novo sistema era uma mistura do comando verticalizado existente até 1990 com a liberdade do período entre 1991 e 1998 (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

A separação entre compradores e provedores foi mantida, mas a ideia central era “substituir a competição pelo monitoramento do desempenho” (KOEN, 2000). Todos os GPs tiveram de se juntar aos Grupos de Atenção Primária. Cada Grupo de Atenção Primária atende, em média, 100 mil pacientes, contando com aproximadamente 50 GPs. Pela reforma de 1991, os Grupos de Atenção Primária podiam comprar serviços de qualquer área geográfica, mas a partir de 1999, eles só podiam comprar serviços dentro da área de abrangência do DHA (WHO, 2003). Somado a isso, os recursos dos GPs passaram a ser provenientes das Autoridades Sanitárias, e os GPs tornaram-se novamente subordinados a estes, diminuindo o grau de autonomia e caminhando para um processo de regionalização da atenção em saúde.

Os Grupos de Atenção Primária continuavam a ter o direito de reter os recursos excedentes, desde que utilizados em serviços e benefícios a seus pacientes, como anteriormente, preservando assim os benefícios dos ganhos de produtividade e de eficiência da porta de entrada do sistema.

Duas inovações foram introduzidas na atenção primária a partir da nova reforma (DEPARTMENT OF HEALTH, 1999):

1. *NHS Walk-in Centres*: implantados em 1999 em lugares de grande circulação pública, como supermercados e aeroportos, são centros onde não é necessário o agendamento, oferecendo conselhos de saúde e atendimentos menos complexos como tratamento para gripes, resfriados, pequenos acidentes. São abertos de manhã até a noite, sete dias por semana e o atendimento/ avaliação é feito por enfermeiros. O objetivo principal desses centros foi completar e não substituir os GPs.

2. *NHS Direct*: linha telefônica operada por enfermeiras, que funciona 24 horas por dia fornecendo informações de saúde e fazendo encaminhamento aos serviços apropriados quando necessário, sejam eles primário ou secundário. Complementarmente a essa expansão na cobertura da atenção primária, foi definido o nível de Atenção Secundária, compreendendo o atendimento ambulatorial especializado e os procedimentos de alta complexidade, a ser realizado em hospitais, o qual seria implementado e complementado pelas seguintes instituições:

a) *Care Trusts*: são instituições criadas em 2002 com o objetivo de desenvolver trabalhos entre os Serviços de Saúde e os Serviços Sociais;

b) *Mental Health Trusts*: serviços especializados em Saúde Mental;

c) *NHS Trusts*: instituições criadas para garantir qualidade os quais se dividem em gerais, especializados e universitários. Exceto em emergências, o encaminhamento aos hospitais deve ser realizado pelos GPs;

d) *Ambulance Trusts*: serviços de transporte de pacientes.

Para o controle e a avaliação dos serviços de saúde prestados pelos provedores com distintos níveis de complexidade, foram introduzidos Padrões Nacionais de Serviços (*National service frameworks*), com o objetivo de aumentar a qualidade e reduzir variações entre diferentes prestadores (WHYNES, 1996), minimizando as desigualdades na atenção, quando comparados os diferentes distritos sanitários.

Considerando a necessidade de compatibilizar a incorporação de novas tecnologias e garantir a maior efetividade possível, foi criado o *National Institute for Clinical Excellence*, para a seleção, produção e disseminação de protocolos clínicos, visando atingir padrões de desempenho e de qualidade pelos distintos provedores do NHS (NHS, 2005a).

Outra importante inovação gerada pela reforma trabalhista foi a criação de 26 “Zonas de Ação em Saúde” (*Health Action Zones*). Essas zonas tinham como objetivo cobrir a população de maior risco epidemiológico e de exclusão social, abrangendo uma população de 13 milhões de habitantes. Essa iniciativa deveria ser mantida por sete anos, período que se esperava ser suficiente para modificar e/ou minorar essas condições de desigualdade social (KOEN, 2000).

A maior parte do financiamento do sistema de saúde britânico advém do setor público, principalmente de impostos gerais, com uma pequena contribuição do sistema de Seguridade Social. As fontes de financiamento inglesas são similares às do SUS (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

No NHS, se até 1990 os hospitais estavam ligados diretamente aos Escritórios Regionais; após a reforma de 1991 eles passaram a servir diretamente aos Grupos de Atenção Primária e às Autoridades Distritais Sanitárias, e competiam entre si para a prestação de serviços aos médicos de atenção primária. Isso foi alterado novamente após 1999, quando os GPs e Grupos de Atenção Primária foram unificados, dando origem a Grupos de Atenção Primária. Esse novo sistema manteve a competição entre os prestadores, mas restritos a um território definido e, portanto, só podendo vender serviços para o seu Distrito Sanitário (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, como os nórdicos e o Canadá, com as devidas adaptações às especificidades locais. Preconizado pela OMS, compõe a base da proposta dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde), estratégia desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde a partir de meados da década de oitenta (OPAS/OMS, 1990).

Ao mesmo tempo, a construção da regionalização é acompanhada do arcabouço jurídico e dos arranjos institucionais compatíveis, seja em Estados unitários seja em países federativos, de modo a possibilitar a instituição do comando único, prescrito por Dawson em 1920.

O Sistema Alemão

A gênese da proteção social conferida pelo Estado originou-se, na Alemanha, com a

aprovação, em 1883, do projeto do Chanceler Otto Von Bismarck, Lei do Seguro Social que garantiu, inicialmente, o seguro-doença, evoluindo para abrigar também o seguro contra acidentes de trabalho (1884) e o seguro de invalidez e velhice (1889). O financiamento desses seguros era tripartido, mediante prestações do empregado, do empregador e do Estado. A origem e a estrutura do sistema de seguro social alemão estão intimamente ligadas ao conflito capital-trabalho. Na Alemanha, durante o processo conservador de transição para o capitalismo, o Estado tomou para si a responsabilidade pela segurança social e incluiu gradualmente a população dependente de trabalho assalariado na solidariedade obrigatória (GIOVANELLA, 1999). O princípio de funcionamento central do sistema legal de seguro de saúde é o princípio da solidariedade: “Aqueles que são saudáveis ajudando os doentes”

A política social de Bismarck, para além do enfrentamento da questão social, conformou uma proposta intencional de organização corporativa da sociedade – corporações submetidas ao Estado – e de ampliação do controle social. Neste modelo de proteção, o objeto das disputas políticas – o conflito básico – está na adequação entre mérito e necessidade. Isto é, em que medida os direitos sociais devem corresponder às necessidades de cada indivíduo ou ao seu mérito.

A República Federal Alemã-RFA – *Bundesrepublik Deutschland*-BRD, no final do ano de 2011 contava com uma população de 81,8 milhões de habitantes, metade destas vivendo em áreas urbanas, conforme o Instituto Federal de Estatística da Alemanha, no Anuário Estatístico Internacional e da Alemanha (DESTATIS, 2013).

Quanto à conformação federativa, o país é composto por 16 Estados, chamados *Länder*, assim nominados no preâmbulo da Lei Fundamental do país: Baden-Württemberg, Baixa Saxônia, Baviera, Berlim, Brandenburg, Bremen, Hamburgo, Hesse, Mecklemburgo-Pomerânia Ocidental, Renânia do Norte-Vestfália, Renânia-Palatinado, Sarre, Saxônia, Saxônia-Anhalt, Schleswig-Holstein e Turíngia (DESTATIS, 2013). Até o presente a Constituição Federativa alemã já foi submetida a mais de cinco (5) dezenas de reformas.

A Alemanha possui um território de 357 mil km², semelhante ao do Estado do Mato Grosso do Sul - Brasil. Com uma população de 82,1 milhões de pessoas, e sua densidade populacional é uma das mais elevadas da Europa, chegando à casa dos 230 habitantes por quilômetro quadrado. Apenas quatro cidades alemãs ultrapassam 1 milhão de habitantes: Berlim, Hamburgo, Colônia e Munique. Por sua vez, as chamadas “grandes cidades” (*Grosstädte*) ou “cidades livres”, são chamadas *Kreisfreie Städte* exatamente pelo fato de não integrarem um *Kreis*. As “cidades” livres possuem mais de 100.000 habitantes, são apenas 82 e abrigam não mais do que um terço da população, dentre as quais apenas 20 cidades ultrapassam a casa dos 300 mil habitantes (DESTATIS, 2013).

Neste quadro diferenciado de municípios destacam-se em número e população total as chamadas Comunidades (*Gemeinde*). Do ponto de vista populacional estas corresponderiam aos municípios brasileiros, pois têm populações que variam de 2.000 a 100.000 habitantes sendo assim um país de pequenas e médias cidades, bem distribuídas por todo território,

que abrigam a maior parte do povo, cerca de 50,5 milhões de habitantes (BRASILIANSE; DILL, 2011).

Três dos Estados são na verdade Cidades-Estados – Berlim, Bremen e Hamburgo – com status político, autonomia normativa, capacidade tributária e conformação urbana historicamente diferenciados. Distribuem-se pelos demais 13 estados federados cerca 12.000 Municípios, 82 Cidades Livres (*Kreisfreie Städte*) e, ainda, 295 Governos Regionais (*Landkreise*). Governos estaduais estabelecem ainda regiões administrativas e de planejamento em função de projetos ou programas específicos de desenvolvimento regional (BRASILIANSE; DILL, 2011).

Os Parlamentos Regionais (*Landrat*) convivem e se distinguem dos Parlamentos Municipais (*Gemeinderat*) em função da abrangência dos problemas tratados por seus membros. Por regime parlamentarista, o poder legislativo, ou seja os Vereadores (do *Gemeinde*) ou Deputados Regionais (do *Landkreis*) debatem e deliberam sobre as questões de sua esfera. As decisões são executadas pelo chefe do executivo que é eleito diretamente pelo povo dentre os membros do Parlamento.

Do ponto de vista dos arranjos federativos regionais destacam-se os *Landkreis*, ou simplesmente *Kreis*. Trata-se de um tipo muito específico de associação de municípios que é encontrado em todos os 16 Estados federados alemães (*Länder*). Com personalidade jurídica de direito público, o *Kreis* tem poderes políticos e administrativos e posiciona-se no edifício federativo num plano intermediário entre o nível Municipal e o Estadual. A palavra *Landkreis* comporta dois termos do idioma alemão: “círculo” (*Kreis*) e “terra” (*Land*). A tradução literal deste termo duplo pode ser, portanto, “círculo de terra”. De fato um *Landkreis* é, em geral, composto por um círculo de 20 a 30 Municípios, de porte pequeno ou médio. Municípios com população de 1.000 a 100 mil habitantes integram um *Landkreis*. O termo alemão para Município é “Comunidade” (*Gemeinde*) o que sugere definir alternativamente a palavra *Landkreis* por “Círculo de Comunidades”, ou ainda, em termos contemporâneos, por “Rede de Comunidades Locais”. Importante reiterar que se trata de um arranjo regional de direito público, e portanto, de uma estrutura burocrática formal. É uma esfera político-administrativa por dispor de Poderes Legislativo e Executivo próprios, ambos de abrangência supra municipal (BRASILIANSE; DILL, 2011).

No contexto da Federação alemã, o *Kreis* é o principal instrumento articulador de alcance regional com vistas à cooperação intermunicipal, bem como, facilitador de parceria entre municípios e estado.

Não há no federalismo brasileiro, figura ou arranjo regional similar que permita aproximação de entendimento para definir o *Landkreis*, sendo este um arranjo regional de caráter político, administrativo com importantes funções de planejamento (BRASILIANSE; DILL, 2011).

A Alemanha é uma Federação onde o poder político e administrativo está fortemente descentralizado em uma ampla rede de instituições de caráter estadual, regional e local. Para Scharpf (1988), o regime federalista da Alemanha Ocidental, que foi mantido após a

unificação, caracterizou-se pela existência das mais importantes competências legislativas sob o controle do nível federal, ao passo que as competências administrativas para implementação das principais políticas públicas encontravam-se sob a responsabilidade dos governos locais (ou *Länders*). Em complemento, as principais taxas governamentais eram recolhidas pelo governo federal e repartidas por meio de transferências intergovernamentais aos governos subnacionais.

Os Parlamentos Regionais (*Landrat*) convivem e se distinguem dos Parlamentos Municipais (*Gemeinderat*) em função da abrangência dos problemas tratados por seus membros. Sob regime parlamentarista o poder legislativo, ou seja, os Vereadores (do *Gemeinde*) ou Deputados Regionais (do *Landkreis*) debatem e deliberam sobre as questões de sua esfera. As decisões são executadas pelo chefe do executivo que é eleito diretamente pelo povo dentre os membros do Parlamento (BRASILIENSE; DILL, 2011).

Do ponto de vista conceitual o *Kreis* pode ser confundido com “Região” ou “Microrregião”, entanto estes conceitos com valor geográfico e econômico não são a expressão exata do papel essencialmente político do *Kreis*. Também não se trata de “Governo Regional” ou “Prefeitura Regional” no sentido federativo, pois a Federação alemã prevê apenas duas esferas de governo, a Federal e a Estadual, sendo que os Municípios e os *Landkreise* são parte da estrutura dos Estados (*Länder*) e não entes federados.

As competências dos *Kreise* são baseadas no princípio da subsidiariedade segundo o qual as entidades estatais superiores (microrregião, Estados e União) somente devem assumir as tarefas que os entes menores não podem cumprir de maneira eficiente (KRELL, 2003. p. 77).

O *Kreis* exerce “dupla função”: funciona como uma “autarquia” estadual e, realiza tarefas públicas que ultrapassam as fronteiras dos municípios, sob a delegação dos mesmos. Possui assim um papel estratégico para a sustentação do corpo federativo alemão, tratando-se de uma esfera de “articulação” robusta entre as esferas de poder local e estadual.

A Lei Fundamental de 1949 garante a autonomia municipal no art. 28 (II) no princípio constitucional nominado *Kommunale Selbstverwaltung* que significa Autonomia Administrativa Municipal. Tal autonomia pressupõe três dimensões: política, financeira e administrativa, propriamente dita. As eleições diretas de prefeitos e vereadores, a arrecadação própria de tributos, taxas e a organização livre da gestão local (ALEMANHA, 1949).

Sob tal princípio baseiam-se a organização livre da gestão local, embora os municípios alemães não possuam o status de ente federativo. Os *Landkreise*, forma de associação intermunicipal de caráter constitucional, possuem também a prerrogativa da “autonomia”. Isso quer dizer que devem exercer a autoadministração com liberdade frente aos Estados e à União. (ALEMANHA, 1949).

Os Municípios e os *Landkreise* alemães têm, em conjunto, a prerrogativa de realizar as políticas públicas de interesse local e regional. Somente quando esgotadas as suas capacidades político-administrativas as demais esferas de governo, ou seja, os Estados e a União podem e

devem entrar em cena, porém de forma subsidiária.

A complexidade dos *Kreise* decorre do fato de que os Estados se constituem de muitos órgãos e sistemas integrados da administração direta e indireta e necessitam de instrumentos de coordenação e ação Inter setorial em nível regional.

Dada a complexidade do sistema federativo que, naturalmente, envolve a União com toda sua complexidade, praticamente todas as políticas públicas de interesse social repercutem no plano dos *Landkreise*. Neste quadro nem sempre é possível ter clareza de qual é o ponto de partida das políticas: o nível local, o estadual ou o federal (BRASILIANSE; DILL, 2011).

Os *Landkreise* são, em grande parte, sustentados política e financeiramente pelos Municípios, e a transmissão de forças políticas ascendente é notória no modelo alemão. Tais forças brotam não somente dos partidos e sindicatos, mas de uma miríade de associações, comunidades religiosas e sistemas educacionais e culturais que compõem o cotidiano cívico do país.

Este conjunto de forças locais oferece a base de sustentação aos Municípios e estes, por sua vez, aos *Kreise*, que dão sustentação a todo corpo federativo a partir dos *Länder*. Por isso os *Kreise* trazem em si uma arquitetura e uma engenharia de poder requintada e complexa que vêm sendo experimentadas, construídas e reconstruídas há séculos no território que hoje corresponde à Alemanha. Não por acaso a estrutura de governo criada no pós-guerra, tendo como base o princípio da subsidiariedade, foi capaz de superar velozmente os desafios políticos e econômicos colocando a Alemanha no cenário mundial como uma das potências sociais e econômicas de maior relevância, sobretudo para o bloco europeu.

A gestão regional, o *Kreis*, realiza, nos limites de seu território, e por responsabilidade própria, quase que a maior parte das tarefas comuns que cabe ao conjunto de municípios a ele pertencentes. Além disso, como dissemos, os *Kreise* cumprem as tarefas que lhe são atribuídas pelo Governo do Estado onde se encontram, exercendo um papel específico de autarquia regional, neste caso, segundo o modelo de “desconcentração” do poder. Tudo isso ocorre no espírito da “cooperação federativa” (BRASILIANSE; DILL, 2011).

O regime de funcionamento dos *Kreise* pode variar de um estado para outro. A exemplo da Constituição do Estado de Brandenburgo que sintetiza o espírito norteador desta esfera de governo de caráter regional, dispondo como função do *Kreis*:

- Incentivar e colaborar com os municípios a ele pertencentes no cumprimento das suas tarefas;
- Complementar com sua ação direta a autonomia dos municípios que o integram;
- Contribuir para uma solução justa das diferentes tarefas suportadas pelos municípios que o integram;
- Promover o desenvolvimento econômico, ecológico, social e cultural de seu território visando, particularmente, o benefício de seus habitantes.

Contextualizando Brandemburgo, o Estado foi fundado em 1990 e circunda a capital alemã, Berlim, fazendo fronteira com a Polônia ao leste, com Mecklemburgo-Pomerânia Ocidental ao norte, com a Saxônia-Anhalt a oeste e a Saxônia ao sul. Está constituído composto por 14 distritos (*Kreise*): 1) Barnim; 2) Dahme-Spreewald; 3) Elbe-Elster; 4) Havelland; 5) Märkisch-Oderland; 6) Oberhavel; 7) Oberspreewald-Lausitz; 8) Oder-Spree; 9) Ostprignitz-Ruppin; 10) Potsdam-Mittelmark; 11) Prignitz; 12) Spree-Neiße; 13) Teltow-Fläming, e 14) Uckermark. Possui população de 2,50 milhões/habitantes e dispõe ainda de quatro cidades independentes (*Kreisfreie Städte*): a) Brandenburg an der Havel; b) Cottbus; c) Frankfurt e, d) Potsdam (capital do Estado).

A Alemanha também possui consórcios intermunicipais atuando em uma ampla variedade de setores. O número de consórcios em funcionamento ultrapasse a casa do milhar (BRASILIANSE; DILL, 2011).

Objetivando a decisão conjunta, o Estado de Direito alemão suporta diversas formas de associação de municípios segundo a complexidade da política em questão e da duração da mesma no tempo e no espaço. Há diversos níveis de gestão compartilhada e cooperação intermunicipal dentre os quais os consórcios e os *Landkreise* são apenas alguns deles, a saber: 1) Cooperação; 2) Associação; 3) Consórcio; 4) Multi-Consórcio; 5) Autarquia Regional, e 6) *Landkreis*.

Independente da forma ou complexidade da cooperação intermunicipal, quatro razões justificam basilarmente a composição da cooperação:

1. A primeira é de ordem financeira já que muitos municípios não conseguem a autonomia de recursos desejável quando operam de forma isolada;
2. Intimamente ligada à primeira, temos os imperativos práticos quando se trata de realizar tarefas que podem ser mais eficientes quando feitas em coletivos intermunicipais;
3. Um terceiro aspecto diz respeito à matriz energética e à economia de recursos associada à expansão de oferta com melhor relação custo-benefício para os cidadãos;
4. Finalmente, a cooperação regional se coloca como meio para se conseguir ganhos de escala em qualquer política pública, no mesmo espírito, no caso alemão, que inspira a integração europeia em caráter supranacional (BRASILIANSE; DILL, 2011).

O sistema de saúde da Alemanha, à semelhança do que ocorre em vários países no mundo, vem passando por transformações (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1992; REINHARDT, 1994), a maioria das quais objetivam promover e incentivar uma utilização mais eficiente e racional dos recursos disponíveis, sem provocar alterações significativas na estrutura organizacional e na forma de financiamento do Sistema, criado no final do século passado, em 1883, por Bismark. Caracteriza-se por ser um sistema de saúde descentralizado, corporativista e pluralista, financiado por contribuições compulsórias sobre os salários (RICARDINA, 1996).

A organização do estado de bem-estar social alemão é paradigmática de um dos tipos ideais de caracterização dos sistemas de proteção social modernos: meritocrático-corporativo (TITMUSS, 1958), conservador (ESPING-ANDERSEN, 1990) ou de seguro social (FLEURY, 1994; WERNECK VIANNA, 1991; BISMARCK apud OLIVEIRA, 1995). A proteção social à saúde é inclusiva e extensiva e com o tempo transformou-se em uma mescla de seguro social e do modelo socialista de proteção universal a todos os cidadãos (EISEN, 1992).

Está organizada segundo o modelo de seguro social, diferenciando-se de sistemas de proteção diretamente estatais – serviços nacionais de saúde do tipo britânico – e daqueles fundados primariamente no mercado – seguros de saúde privados do tipo americano ou suíço. Sua instituição central é o *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV (literalmente, seguro de doença legal). O *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV – é parte de amplo sistema de proteção social, com o qual compartilha princípios e características básicas.

Na Alemanha, a proteção social é garantida principalmente através do seguro social; composto por cinco ramos de seguro: seguro velhice, invalidez e morte (*Rentenversicherung*), seguro-doença (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV), seguro desemprego (*Arbeitslosenversicherung*), seguro de acidentes de trabalho (*Unfallversicherung*) e seguro para cuidados de longa duração (*Pflegeversicherung*). O seguro obrigatório para cobertura de cuidados de longa duração *Pflegeversicherung* foi instituído em 1994, e o surgimento deste novo ramo do seguro social, contudo, não pode ser desvinculada do processo de contenção de despesas em razão da crise econômica que assola a Europa. Ao mesmo tempo em que significa que mais um risco social passou a ser assegurado solidariamente, teve também como propósito o alívio do orçamento das Caixas do Seguro Social de Doença – *Krankenkassen* –, por meio da abolição destes cuidados de seu catálogo, e, principalmente, a redução de semelhantes despesas realizadas pela assistência social dos estados e municípios (GIOVANELLA, 1999).

O setor de saúde alemão é um setor dinâmico da economia, com alta inovação e importância econômica significativa para o país (BMG-Pressemitteilung, 2014).

No Governo Federal, o Ministério Federal da Saúde da Alemanha (BMG) responsável pela da política de saúde, seguros de saúde e para a preparação dos projetos de leis correspondentes, regulamentares e administrativas. A tecnologia da informação vem desempenhando um papel muito importante no sistema, pois os fundos de seguros de saúde sempre obtiveram uma grande quantidade de dados dos médicos, hospitais, farmácias e outras fontes. Porém, agora estão autorizados a reunir tudo isso em um único banco de dados.

Os estados federados têm as suas próprias competências para legislar, pois são responsáveis pela implementação de leis federais e pela a supervisão técnica e serviço de departamentos de saúde locais. Possuem a tarefas de assumir parte do serviço público de saúde, como por exemplo, a prevenção e controle de doenças transmissíveis ou de cuidados de saúde escolar. São também são responsáveis pelo planejamento hospitalar.

Quanto à jurisdição política de saúde dos estados federados, esta abrange principalmente duas áreas: cuidados em regime de internação e do serviço de saúde pública. Além disso,

a prevenção desempenha um papel importante nas atividades dos estados. Embora a responsabilidade pelo seguro de saúde estatutário seja principalmente no Governo Federal, os Estados são responsáveis pela supervisão dos escritórios regionais. No campo da assistência ao paciente em que os Estados são responsáveis pelos custos de investimento hospitalares e pelo Seguro de Saúde Estatutário (SHI), há partilha de responsabilidades (BMG-Pressemitteilung, 2014).

O SHI é o seguro obrigatório de saúde estruturado em várias companhias de seguros, ou seja, não existe companhia de seguros única para atendimento da demanda. Em vez disso, existem diferentes tipos de seguros com orientação historicamente diferente (orientação regional, profissional ou específicos do setor). A estrutura da SHI é baseada na classificação dos tipos de seguro. O local, empresa e outras seguradoras de saúde formam uma associação nacional, havendo seis diferentes tipos de seguros, com o seguinte número de fundos individuais: 11 (Geral Ortskrankenkassen), 107 (Betriebskrankenkassen), 6 (Innungskrankenkassen), 6 (Ersatzkassen), 1 (Segurança Social para a Agricultura, Silvicultura e Horticultura) e 1 (Alemão Seguro de Pensão para Mineiros-Bahn-See).

O GKV é principal associação-líder das companhias de seguros de saúde e suas associações estaduais no exercício das suas funções e no exercício de seus interesses, trabalhando, por exemplo, no desenvolvimento e padronização de intercâmbio eletrônico de dados internos (BMG-Pressemitteilung, 2014).

O GKV organização-líder é uma empresa pública e sob a supervisão do Ministério da Saúde. O Conselho de Administração é composto por representantes dos segurados e dos empregadores dos fundos de seguros de saúde locais, da companhia de seguros de saúde, dos fundos de alianças, do Seguro de Pensão alemão para Mineiros do lago subterrâneo e da segurança social da Agricultura, Florestas e Horticultura (BMG-Pressemitteilung, 2014).

Desde 1º de Julho de 2008, o GKV exerce funções legais, para os diversos tipos de associações de seguros, que incluem em contas particulares de contratos-quadro e modalidades de pagamento hospitalar, ambulatorial e odontológico em nível federal com os respectivos prestadores de serviços. É ainda responsável por apoiar o seguro de saúde no exercício das suas funções e salvaguardar os seus interesses. Também responde por decisões técnicas e legais quanto a questões básicas sobre contribuições, procedimentos de notificação e recolhimento uniforme de contribuições e delibera no âmbito da qualidade e eficiência da concorrência de seguro de saúde com o outro (BMG-Pressemitteilung, 2014).

Este grau de competência abrangendo os diversos tipos de associações de seguros é inusitado, assim funcionando desde 1º de janeiro de 2009. Não é hoje um órgão estatal. Tem delegação de competência outorgada por seus membros, escolhidos pelos respectivos seguros de saúde. Por incluir todos os atores do processo – médicos, enfermeiros, gestores de fundos e Chief Executive Officer - CEOs dos hospitais (executivo-chefe) –, as decisões do GKV são mais propensas a serem aceitas por todos os intervenientes no sistema. O pressuposto é que se o processo de tomada de decisão ocorresse no Ministério da Saúde, haveria muito menos

concordância das partes interessadas (KNIEPS, 2013).

A legislação proíbe “diferenciar os valores de co-pagamento ao interior de uma mesma área de atenção” – os outros métodos de cura (*Heilmittel*) – como, por exemplo, entre ginástica para doentes e massagens. A regra visa evitar o deslocamento de gastos em certa direção e privilegiar ou prejudicar uma ou outra destas profissões (PRESSEAMT, 1997). Em outro parágrafo da justificativa da lei pode-se ler “este conjunto de regras garante a permanência dos serviços de remoção e socorro – *Rettungsdienst* (PRESSEAMT, 1997), mostrando a consideração dos interesses destes prestadores.

Na Alemanha a proteção social ao risco de adoecer permanece ampla e invejável, garantindo atenção à saúde a 90% da população em todos os níveis de complexidade.

A assistência social, outro dos eixos da proteção social alemã, é regida por princípios distintos daqueles do seguro social e assegura renda mínima mediante a comprovação de carência por testes de meios.

Por previsão legal, baseiam-se em uma concepção da competição que privatização da demanda (GERLINGER; STEGMÜLLER, 1995). Destaca-se a forma característica de concertação neocorporativa na Alemanha, onde interesses e atores estão inscritos na própria institucionalidade setorial, condicionando de forma mais incisiva as mudanças e limitando a abrangência das políticas de contenção de despesas públicas. A competição na Alemanha não é entre prestadores, mas entre provedores de seguro social – as Caixas.

Maior ênfase quanto aos seus princípios constitutivos de equivalência e subsidiariedade (subordinados) ou de solidariedade (dominante) depende, por sua vez, da intervenção dos atores e da correlação de forças na sociedade.

A grande maioria da população é coberta pelo Seguro Social de Doença – *Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV – e tem acesso à ampla rede de assistência médico-sanitária em seus diversos níveis de complexidade. Pessoas carentes têm acesso à atenção à saúde gratuita por meio da assistência social, porém arcam com todos os ônus dos beneficiários desse tipo de assistência: preencher requisitos de elegibilidade, comprovar carência, solicitar autorização para cada consulta, submeter-se ao humor do burocrata e, ainda, ser estigmatizado. Quando o seguro voluntário no GKV é possível, o órgão responsável pela assistência social dos municípios paga a contribuição; deste modo, a maioria dos beneficiários da assistência social é segurada pelo GKV (GIOVANELLA, 1999).

A região da ex Alemanha Oriental se diferencia da Ocidental por incluir quase toda a sua população no Seguro Social de Doença. Em 1996, 96% da população da região oriental era segurada do GKV. Assim, após a unificação, manteve-se a cobertura quase universal na região oriental, similar àquela do antigo Estado socialista, mesmo que o sistema ocidental tenha sido simplesmente estendido à região oriental, substituindo a forma anterior de proteção. A proteção social socialista também tinha seus fundamentos em seguro social relacionado à ocupação, contudo sendo único para todos os riscos sociais e complementado por seguro

estatal para outros grupos populacionais não ocupados (GIOVANELLA, 1999).

Na região ocidental, em 1995 a cobertura pelo GKV era igualmente alta, atingindo 87% da população, todavia era mais baixa do que na região oriental. A proporção de pessoas com seguro privado nesta região era mais elevada do que na região oriental, correspondendo a 11% da população, o que condizia com a situação econômica mais vantajosa: maior PIB per capita e salários mais altos. Empregados que recebem salários acima de determinado patamar não são compulsoriamente obrigados a filiar-se ao seguro social (GIOVANELLA, 1999).

A regulação através das associações intermediárias foi intensificada de três formas. O fundamento macro constituiu-se na “Ação Concertada em Saúde”, novo órgão de direção, instituído pela lei de contenção de custos de 1977, da qual participam cerca de 75 representantes das principais organizações sociais e setoriais: das Caixas, dos sindicatos, dos empregadores, dos prestadores de serviços e do governo – com o objetivo de promover a condução negociada global para o sistema. Essa comissão reúne-se duas vezes ao ano para elaborar recomendações concernentes ao controle de gastos e à reforma estrutural. O segundo fundamento de regulação existe através das associações de Caixas e prestadores, as quais visam condução mais restrita. Conforma-se pelas ‘comissões conjuntas’, constituídas pelas associações das Caixas e dos Médicos das Caixas, organizadas em nível federal e estaduais e pelas negociações entre Caixas e as associações dos diversos prestadores. O terceiro fundamento está na auto-regulação interna às próprias associações. Isto significou diminuição da autonomia dos prestadores individuais, tendo havido, porém, alterações quanto às relações destes com as Caixas, alcançando-se maior competência para monitoramento de custos, planejamento de necessidades e garantia de qualidade (ALBER, 1992).

A Comissão Conjunta de Médicos e Caixas atua por meio de comissões específicas por assunto como: ‘tratamento médico’, ‘prevenção’, ‘planejamento familiar’, ‘medicamentos’, ‘outros métodos terapêuticos, meios de ajuda, cuidados domiciliares, reabilitação incapacidade para o trabalho’, ‘planejamento de necessidades’, avaliação de qualidade’, ‘psicoterapia’ e ‘hospital’. Foram elaboradas dezesseis diretrizes (oito delas nos anos 90) relativas a aspectos dos âmbitos de atuação destas comissões específicas, mas nenhuma referente ao tratamento médico (BUSSE; SCHWARTZ, 1997).

Semelhante transferência de responsabilidade para os órgãos de administração conjunta não significa diretamente em uma maior defesa dos interesses dos segurados. Apesar de as Caixas serem parcialmente administradas por representantes de segurados, elas têm interesses próprios bem distintos daqueles dos segurados. No entanto, o interesse dos prestadores se aproxima destes no que concerne à utilização de serviços de saúde. Ambos estariam interessados em utilização máxima – fonte de renda dos prestadores. Todavia, o tipo, o volume e a extensão da atenção prestada são definidos pelos prestadores, dependendo dos estímulos proporcionados pela forma de remuneração.

Em comparação à organização do setor ambulatorial, o setor hospitalar caracteriza-se, por baixo grau de organização dos níveis intermediários de negociação e fraca coordenação e

agregação dos interesses envolvidos. Os prestadores hospitalares organizam-se parcialmente em associações de caráter privado, as Sociedades de Hospitais, tanto locais como federal (GIOVANELLA, 1999).

A área hospitalar caracteriza-se por baixa organização de interesses em nível intermediário, o que dificulta a tomada de decisões – concertação de interesses – neste patamar, fazendo-se necessária a negociação das Caixas) com cada um dos hospitais. Esta baixa organização de interesses dos prestadores hospitalares não significa, porém, posição secundária da atenção hospitalar no sistema de atenção ou na disputa pelos recursos setoriais.

A principal implicação disso está na dificuldade de implementação dos consensos produzidos nesse nível, o que restringe as possibilidades de mudanças setoriais.

As decisões setoriais exigem difícil processo de produção de consenso entre União e Estados. O planejamento e regulamentação da atenção hospitalar é competência exclusiva dos Estados. Toda a legislação referente à atenção hospitalar – garantia da atenção, planejamento e financiamento – deve ser aprovada obrigatoriamente pelo Conselho de Estados – *Bundesrat*.

Os principais atores no setor são os governos estaduais, responsáveis pelo planejamento das necessidades hospitalares, e os dirigentes hospitalares encarregados da negociação de preços. Existe também uma associação de diretores de hospitais.

Podem ser consideradas como características básicas específicas, conformadoras da estrutura do seguro social de doença na Alemanha: a autonomia administrativa – referida tanto à autonomia das instituições de provisão do seguro quanto à paridade entre os envolvidos na composição dos órgãos de direção e no financiamento – a pluralidade do sistema, *Gliederungsprinzip* – composto por diferentes tipos de Caixas e com recrutamento compulsório, expressão da centralidade no trabalho assalariado, característica principal do modelo de seguro social – e a garantia de ações de forma direta e não por meio de reembolso (GIOVANELLA, 1999).

Os espaços de atuação da chamada administração autônoma se ampliam simultaneamente à retração das responsabilidades do Estado, esse processo é em si mesmo comandado pelo Estado, que define as condições da atuação da administração dentro de limites estritos de contenção. A responsabilidade pública é transferida aos provedores e prestadores, reforçando o esquema neocorporativo característico da organização do seguro social de doença alemão, ao mesmo tempo em que são definidas condições mais estritas para sua atuação. Transferem-se competências para outros agentes de regulação e definem-se os propósitos e objetivos da regulação, reduzindo-se os graus de liberdade de atuação dos arranjos neocorporativos.

A delegação de competências estatais para os órgãos de administração autônoma conjunta não significa que os espaços de negociação e graus de liberdade de ação destes organismos tenham sido ampliados. As possibilidades de ação são de antemão canalizadas segundo os objetivos políticos da coalizão governamental. A política estatal contém uma série

de dispositivos legais que deve garantir que a introdução da competição incorra na privatização do risco de adoecer e que os interesses dos prestadores não sejam substancialmente contidos. A condução estatal direciona a privatização parcial do risco de adoecer.

Ainda que a formulação da política se processe também via prestígio de atores, o poder do Estado é exercido. Existe hierarquia. A atuação dos atores está condicionada pelos limites estruturais do estado capitalista, sua influência está delimitada pelas constelações de atores em diferentes situações e pelos diferentes status políticos conferidos a cada um (GIOVANELLA, 1999).

A principal fonte de influência dos atores sociais – para além de diferentes formas possíveis de pressão de grupos de interesse envolvidos – está no modo de regulação do sistema de seguro social por meio de sua estrutura corporativa. No modelo alemão, o Estado delega a regulação de determinado setor da sociedade, através de arranjos corporativos, aos atores imediatamente envolvidos, atribuindo-lhes status público e inscrevendo seus interesses no próprio sistema.

Entre os prestadores, os médicos sobressaem não apenas pela sua capacidade de influência, mas pela forma diferenciada de articulação de seus interesses. A atenção ambulatorial, por meio das Associações de Médicos das Caixas, é o setor da atenção à saúde em que são mais difundidos os arranjos corporativos característicos da proteção social alemã.

O Sistema Americano

O Estado Federal, como hoje é compreendido, é um fenômeno recente, cujo surgimento historicamente reconhecido data de 1787, com Constituição dos EUA. Para García-Pelayo (1964), a formação do Estado Federal norte americano respondeu a necessidades práticas, pois se tratava de buscar uma fórmula que compatibilizasse a existência de Estados individuais com a de um poder dotado de faculdades para bastar-se por si mesmo na esfera de suas funções. Chegou-se, assim, a uma forma intermediária entre o Estado Unitário e a Confederação, que eram as formas de organização conhecidas até então. Houve a conjugação entre a separação e a fiscalização mútua dos poderes, tanto no mesmo plano (Executivo, Legislativo e Judiciário), quanto entre os planos (União e Estados) e esse foi o princípio norteador da Constituição americana, uma contribuição posteriormente adotada por outros países.

Dessa forma, o surgimento dos EUA, inaugurou o conceito contemporâneo de federalismo, no momento em que se constituiu o primeiro Estado Federal.

Em prol da descentralização houve uma renovação do discurso. Do “novo federalismo” de Nixon até o modelo mais recente do *devolution powers*, aconteceu um repasse de funções aos estados, que para alguns significou o retorno às “liberdades originais da Federação”. Ademais, a concepção de que os governos subnacionais são “laboratórios de democracia”, isto é, capazes de criar políticas inovadoras quanto mais contato direto tiverem com os cidadãos, foi um dos principais eixos da política norte-americana na década de 90 (CONLAN, 1998;

OSBORNE; GAEBLER, 1994).

Os EUA, República Presidencialista composta administrativamente por 50 Estados; o Distrito de Colúmbia; o Atol Palmyra, um território integrado, mas desabitado no Oceano Pacífico; e ainda cinco grandes territórios ultramarinos: Porto Rico e Ilhas Virgens Americanas, no Caribe; e Samoa Americana, Guam e as Ilhas Marianas do Norte, no Pacífico, está dividido em 13 regiões, a saber: Nova Inglaterra (Connecticut, Maine, Massachusetts, Nova Hampshire, Rhode Island, Vermont); Meio-Atlântico (Delaware, Maryland, Nova Jersey, Nova York, Pensilvânia); Sul (Alabama, Arkansas, Geórgia, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Carolina do Norte, Carolina do Sul, Tennessee, Virgínia, Virgínia Ocidental); Flórida; Meio-Oeste (Iliois, Indiana, Iowa, Minnesota, Missouri, Ohio, Wisconsin); Texas; Grandes Planícies (Dakota do Norte, Dakota do Sul, Kansas, Oklahoma, Nebraska); Montanhas Rochosas (Colorado, Idaho, Montana, Wyoming); Sudoeste (Arizona, Novo México, Nevada, Utah); Califórnia; Noroeste Pacífico (Washington, Oregon); Alasca e Hawaii.

A área territorial total dos Estados Unidos é de aproximadamente 9.826.675 km², sendo maior que o Brasil.

O sistema de saúde americano é o resultado de políticas implementadas em 1965 pelo presidente democrata Lyndon B. Johnson, que assumiu o cargo após a morte de John F. Kennedy. Na verdade, foi Kennedy quem tentou alterar a legislação para fomentar um plano de segurança médica para os idosos, mas sua iniciativa não encontrou êxito junto ao Congresso. Johnson conseguiu aprovar essas mudanças, criando o *Medicare* - programa de saúde exclusivo para os idosos a partir dos 65 anos - e o *Medicaid* - prestação de atendimento médico exclusivo para a população de baixa renda.

Está baseado no seguro privado e até o ano de 2013 manteve o atendimento médico ofertado a segmentos populacionais por seguro voluntário de empresas e por meio dos dois grandes programas públicos - o *Medicare*, de responsabilidade federal e dirigido à população maior de 65 anos e o *Medicaid*, para cobertura de populações de baixa renda, sob responsabilidade dos estados - sendo caracterizado pela segmentação e por um grau de fragmentação incomparavelmente maior que os sistemas públicos de outros países, inclusive os de seguro social (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Segundo dados disponíveis em junho de 2014 no *U.S Census Bureau - "The Social Annual e Suplemento Económico do Current Population Survey (CPS ASEC)"*, acerca de estimativas sobre a cobertura de seguro de saúde obtidas por pesquisa realizada em 2013, avaliou-se que no período a percentagem de pessoas sem seguro de saúde no país variava de 10,6 a 12,5 por cento (U.S. CENSUS BUREAU, 2014). Esta população encontrava-se em uma faixa intermediária - não eram tão pobres para receber o *Medicaid*, nem tão idosos para receber o *Medicare* - não tinham planos de saúde no emprego e não conseguiam pagar um plano privado. Os tipos de cobertura de seguro de saúde considerados na pesquisa foram os planos e seguros privados de cobertura do governo. Havia também nos EUA um problema de deficiência na regulação e fiscalização governamental com foco na prestação de serviços e preços das seguradoras.

Os custos gerados pela fragmentação, aliada a formas de pagamento por itens e procedimentos, geraram o significativo crescimento do *managed care*, originado dos planos de pré-pagamento criados na década de trinta, e institucionalizados como política governamental nos anos setenta e oitenta (ALMEIDA, 1999). Englobava diferentes arranjos organizacionais, centrados no pagamento por capitação a distintos tipos de organizações, que se responsabilizam pela provisão de todo o cuidado a um paciente, seja através de rede própria de serviços, seja por diferentes tipos de contratos estabelecidos com provedores (FAIRFIELD; HUNTER; MECHANIC, 1997).

A estrutura institucional do setor público, fortemente fragmentada, era funcional a uma lógica de intervenção recortada por programas, seja de controle e vigilância (como é o objeto de atuação da *Food and Drug Administration* e do *Center for Diseases Control*), seja de assistência médico-hospitalar a clientelas específicas.

Em relação à participação de cada esfera de governo na gestão do sistema de saúde, em congruência ao modelo federativo americano, que confere aos estados alto grau de autonomia, ficava a cargo destes governos subnacionais a organização do sistema. Por sua vez, o governo local também participava da sua gestão e, no caso de *counties* com economia mais sólida, detinha alto grau de autonomia administrativa (NORONHA; UGÁ, 1995).

A criação dos programas estatais *Medicare* e *Medicaid*, em 1966, contribuiu substancialmente para distorções. Mas o principal incentivo a distorções foi criado em 1954: as empresas passaram a poder descontar no imposto de renda e na contribuição para a Previdência Social todos os gastos associados à aquisição de um plano de saúde para seus empregados. Caso as empresas pagassem planos de saúde para seus empregados ganhariam descontos tanto no IRPJ (Imposto de Renda de Pessoa Jurídica) quanto na contribuição para a Previdência Social. Isso gerou uma consequência não-prevista. Os incentivos para que todo o gasto em saúde fosse canalizado para os seguros adquiridos por empresas para seus empregados se tornaram enormes. Isso, por conseguinte, elevou substancialmente a demanda por planos de saúde, os quais foram obrigados pelo governo a cobrir uma enorme variedade de serviços, inclusive aqueles associados à medicina preventiva. Os custos das apólices dispararam.

A intervenção estatal (impostos sobre a renda) gerou uma distorção (redução dos lucros das empresas) que, por sua vez, levou à criação de uma medida aparentemente mitigadora (incentivos fiscais para planos de saúde). No final, todo sistema de saúde ficou desarranjado.

Entretanto, embora sendo um sistema fortemente fragmentado, de acordo com Mendes, as propostas mais recentes de integração de serviços em redes, denominado *integrated delivery systems* (IDS), têm origem em experiências realizadas nos EUA na primeira metade dos anos 1990 (MENDES, 1990,) na busca do enfrentamento da fragmentação. Segundo este autor, essas experiências também influenciaram as propostas que posteriormente se desenvolveram na Europa Ocidental e no Canadá, que contam com fortes sistemas públicos com acessibilidade universal.

A proposta dos sistemas integrados de saúde se fez a partir da introdução da atenção

gerenciada. Esse movimento americano que, depois foi levado a países europeus, surge com base nos trabalhos de Shortell (1996) e colaboradores.

Os sistemas integrados de saúde são definidos como uma reforma microeconômica dos sistemas de saúde, realizada por meio da instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua e coordenada à determinada população – no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa –, e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população. Os arranjos regionais são estabelecidos entre as operadoras de seguros.

É importante distinguir as racionalidades predominantes nas propostas de integração presentes nos países europeus e no Canadá – que, embora com variações, enfatizam universalização do acesso, equidade e integração como princípios, e regionalização e hierarquização como estratégias – daquelas do sistema de saúde dos EUA. Neste país, as motivações têm relação com a necessidade de dar respostas a um sistema altamente competitivo, fragmentado e custoso, que utilizou estratégias de regionalização associadas à transferência de riscos financeiros e adoção de fortes mecanismos de controle do acesso aos serviços.

Redes de Atenção como alternativa para o planejamento de políticas tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações, e também que as transformações recentes do Estado impõem modelos de gestão que implicam parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais (FLEURY; OUVÉRY, 2007). Castells de certa forma radicaliza ao afirmar que toda sociedade atual se organiza em redes. Destaca que as modificações nas tecnologias de informação e comunicação no contexto de reestruturação do capitalismo nas últimas décadas levaram à constituição de uma intrincada rede de relações, não apenas as de natureza política ou social, mas também biológica, econômica e tecnológica (CASTELLS, 2007).

Em janeiro de 2014, entrou em vigor a nova Lei de Saúde dos EUA – Lei de Proteção ao Paciente e Assistência Acessível *The Patient Protection and Affordable Care Act*, (ACA), conhecida também como “*Obamacare*”. Todos os cidadãos nos EUA são obrigados a comprar um plano de saúde. Há isenção apenas para determinados grupos religiosos. Os mais pobres que se declaram incapazes de arcar com os custos dos prêmios recebem subsídios do governo federal. Há também “mercados de intercâmbio de planos” em nível estadual para auxiliar estes indivíduos. A lei criou um sistema de saúde de cobertura universal e incentiva a criação de um mercado de seguradoras cujas apólices dos planos de saúde devem atender a padrões mínimos (chamados de “benefícios essenciais de saúde”), o que inclui não haver um limite máximo para indenizações anuais ou vitalícias das empresas seguradoras para uma apólice individual (USA, 2010). Ainda, segundo dados do “*United States Census Bureau*”, atualmente os EUA contam com uma população de 319.355. 371 habitantes (U.S. CENSUS BUREAU, 2014).

Em síntese, a ACA define que:

- Todo cidadão estadunidense deve possuir cobertura privada de saúde, sob pena de multa, ainda que em valores simbólicos;
- Aqueles que não tiverem renda suficiente para pagar pelos serviços podem receber subsídios do governo;
- Jovens com até 26 anos têm o direito de permanecerem dependentes do plano de saúde de seus pais;
- Os planos de saúde devem oferecer assistência em determinados exames preventivos, como a mamografia, de forma gratuita;
- Maior abrangência e qualidade dos serviços oferecidos pelo *Medicaid*;
- As companhias não podem negar seus serviços para pessoas que tiverem doenças preexistentes.

O ponto de relevância é a defesa ideológica baseada no fortalecimento da atuação do Estado como provedor de projetos sociais. Entretanto até o presente não se pode afirmar que os EUA disponham de sistema de saúde universal, embora em 2006, Massachusetts tenham se tornado o primeiro estado do país a ter um mandato de seguro de saúde universal (FAHRENTHOLD, 2006).

O Sistema Canadense - Organização da Província de Quebec

O Canadá é uma federação que possui outro contexto a ser considerado é constituído por estados federados, mas não usa o termo *Estado* para se referir às entidades federadas. Segundo a sua organização política pratica um parlamentarismo de tipo britânico, dispõe de Carta de Direitos e Liberdades do tipo americano. A Constituição do país consagra igualdade entre as províncias. É a federação mais descentralizada do mundo onde o governo federal só representa 40% do setor público. O governo federal e as províncias compartilham autoridade no tocante à saúde pública, ao meio ambiente e a outros setores determinantes da política. Assim, o setor de saúde é responsabilidade das províncias.

Em 2012 o país contava com cerca de 34 milhões de habitantes e seu sistema de saúde, conhecido como *Medicare*, garante acesso a uma cobertura universal abrangente de serviços médico-hospitalares e clínicos. Apesar de referido no singular como um sistema, pela Constituição canadense a organização dos serviços é de competência provincial, não existindo um sistema de saúde canadense, mas, sim, dez sistemas provinciais e dois territoriais, reunidos em um conjunto de dez planos provinciais e dois territoriais. A federação é composta por dez províncias: Alberta, Colúmbia Britânica, Manitoba, Nova Brunsvique, Terra Nova, Nova Escócia, Ontário, ilha do Príncipe Eduardo, Québec e Saskatchewan, e por dois territórios: os territórios do Noroeste e o território do Yukon. Trata-se do segundo maior país do mundo área total (incluindo as águas), menor apenas que a Rússia. Em área terrestre é o quarto maior do mundo.

Para receber os subsídios federais, esses sistemas devem respeitar os princípios expressos na Lei canadense de 1985 sobre a saúde. Cada província tem uma assembleia de uma só câmara eleita por sufrágio universal. Sua construção levou mais de cinco décadas. Até o fim dos anos 1940, a assistência à saúde no Canadá era dominada pelo setor privado. A tendência só começou a ser revertida com a experiência de Saskatchewan, primeira província a estabelecer um plano público para atendimento hospitalar, um plano de assistência hospitalar universal, em 1947, criado por Thomas Clement, o “Tommy” Douglas, sétimo primeiro-ministro da província de Saskatchewan de 1944 a 1961, que foi também o primeiro líder de governo socialista não apenas do Canadá mas da América do Norte, e introdutor do modelo de saúde pública universal no Canadá. Nove anos depois, aprovou-se lei para que o governo federal dividisse os gastos desse tipo de serviço com províncias e territórios - meta atingida em 1961.

Em 1962, Saskatchewan deu mais um importante passo na direção da universalização, ao adicionar ao plano o atendimento clínico. Como aconteceu anteriormente, o governo do Canadá adotou a ideia, criando, em 1966, uma lei que regulamentava a divisão também desses custos. Em 1972, todas as províncias e territórios haviam estendido a cobertura. Em 1979, pesquisa encomendada pelo governo federal canadense constatou que os serviços de saúde do país sofriam com a dupla cobrança por parte dos prestadores de serviço — médicos e hospitais exigiam que pacientes suplementassem o que lhes era pago pelo plano provincial. O relatório levou a uma revisão do sistema e à promulgação em 1985 da *Canada Health Act* (CANADÁ, 1985), lei que define os princípios do sistema de saúde canadense, baseados nos valores de equidade e solidariedade. O *Canada Health Act* é uma ação do governo, que tem todos como segurados. Não existe medicina privada, com exceção para procedimentos de caráter estético, e não se paga nada, exceto o serviço odontológico. A assistência médica é oferecida por meio de um sistema de saúde financiado com fundos públicos (CANADÁ, 1985).

A política de saúde do Canadá (WHITE, 1997) caracteriza-se pela natureza pública de seu financiamento e pela universalidade do acesso, pela execução privada das ações relativas à política de saúde, e gestão predominantemente estadual (provincial) de governo.

Na federação canadense, cada estado é responsável por assegurar a administração dessa política em seu território, a partir da adesão ao *Canada Health Act*, que dispõe sobre a natureza do sistema quanto à:

- abrangência (significando a cobertura de todos os serviços médicos necessários);
- universalidade (traduzida como a garantia de acesso a todos os residentes legais, com um período de carência de três meses);
- gestão pública (diretamente pelos governos estaduais ou por autoridades por eles investidas desse poder);
- mobilidade ou à garantia do acesso fora de seu estado de residência;
- acessibilidade (o que significa inexistência de barreiras ou limites financeiros ao acesso, admitindo-se a ausência de ônus adicionais aos pacientes e, eventualmente, o

rateio de custos extras entre o governo federal e as províncias).

O *Medicare* canadense não pode ser confundido com o *Medicare* americano que é também um seguro para os cidadãos acima de 65 anos de idade. No *Medicare* canadense todos contribuem e por isso mesmo todos têm acesso à saúde o atendimento se caracteriza pela ocorrência em consultórios particulares com pagamento público (NAYLOR, et al, 1996). Os riscos e benefícios são partilhados entre todos os cidadãos (EVANS, 1984).

A lei indica como primeiro objetivo do sistema “proteger, promover e restaurar o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e possibilitar acesso de qualidade a serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outro tipo”. O primeiro princípio é o de administração pública, pelo qual o plano de saúde de uma província deve ser administrado e operado, numa base não lucrativa, por órgão público ligado ao governo provincial. O segundo, de abrangência, estabelece que o plano deve incluir todos os serviços clinicamente necessários — internação, medicamentos, suplementos e exames, entre outros. A assistência aos casos crônicos também está prevista, mas pode ser exigido pagamento extra para cobrir custos de alojamento.

A universalidade é o terceiro princípio do sistema. O plano deve conferir o direito a toda a população residente a um pacote de serviços. O quarto, acessibilidade, determina que se deve dispensar, sem entraves, um justo acesso aos serviços médico-hospitalares. Ninguém pode ser discriminado em termos de atendimento, idade, estado de saúde, etc. Esse direito é válido em todo o território, segundo o princípio de portabilidade.

A gestão e a prestação dos serviços da assistência médica no Canadá são responsabilidades de cada província e território, cada uma regula a assistência segundo suas próprias regras. Cada província e território oferece um sistema de assistência médica pública. O Governo Federal através do *Canada Health Act* e emendas legais, exigem um padrão mínimo de qualidade e assistência que as províncias e territórios necessitam seguir. É o que governo federal cuida da fixação e administração de princípios ou normas nacionais do sistema, contribui para o financiamento, oferta serviços para grupos específicos - militares, detentos de penitenciárias federais, povos autóctones residentes em reservas, reclusos e guardas da Real Polícia Montada do Canadá - e atua na promoção e proteção da saúde e na prevenção de doenças. Os sistemas de saúde provinciais se organizam de forma diversa havendo simplicidade legal e administrativa na gestão.

Os hospitais canadenses operam segundo a lógica orçamentária, cabendo às províncias alocar seus recursos próprios e as transferências do governo federal de acordo com as características dos serviços e as prioridades locais. O fato de haver uma regionalização dessa alocação permite, de um lado, corrigir a margem de efeitos perversos na oferta de serviços e, de outro, em tempos de restrição orçamentária, quando se verificam *deficits* fiscais, o incrementalismo típico da lógica orçamentária, que requer fundamentação bastante consistente. Comprovada a má gestão, os recursos podem ser alocados em outros serviços, havendo assim uma competição por recursos dentro do orçamento com base em padrões de desempenho e de capacidade de reduzir custos.

Quanto à cobertura universal para cuidados médicos e hospitalares sem custo para os usuários no ponto de atendimento:

- Cobertura privada para odontologia e oftalmologia;
- Cobertura mista pública/privada para remédios, cuidados de longa duração, atendimento domiciliar, e equipamentos médicos duráveis;
- Cobertura variada de uma província para outra, exceto para hospitais e médicos: as províncias mais ricas – Ontário e o Oeste do país - têm uma cobertura muito melhor para os serviços fora do *Canada Health Act*.

Na maioria das províncias, as autoridades de saúde regionais possuem e administram hospitais, cuidados de longa duração e domiciliares, saúde mental, e saúde pública.

Quanto à evolução na governabilidade do sistema de saúde canadense:

É necessário dar mais atenção ao monitoramento da alocação de novos recursos. Também é importante capacitar todos os envolvidos, desde o nível governamental até o comunitário, para que possam estar instruídos e tomar as melhores decisões. E para melhorar a qualidade, é necessário depender menos dos médicos e dar mais ênfase na equipe multidisciplinar (DENIS, 2014).

A Província do Québec foi a última província a adotar princípios federais de universalização, integralidade e gestão pública, sendo que, em sua reforma sanitária realizada em 1971 ultrapassou objetivos com características inovadoras das ações empreendidas. É a mais extensa das dez províncias canadenses - um território de 1.542.056 km², pouco menor que Estado do Amazonas - com população majoritariamente francófona, e esta especificidade cultural constituiu-se num dado fundamental para a compreensão não apenas de suas características socioeconômicas, mas também do estilo de intervenções do Estado nas políticas públicas, incluindo a reforma dos serviços sociais e de saúde realizada em 1971. Em 1985 o governo provincial (Decreto-Lei 1.156), constituiu uma Comissão de Inquérito sobre a saúde e serviços sociais, denominada *Comission Rochon*, em razão do nome do seu presidente. Essa Comissão trabalhou durante dois anos, realizando encontros, consultando praticamente todos os organismos representativos do setor, encomendando um conjunto de pesquisas como subsídios, concluindo suas atividades em dezembro de 1987 (MSSS, 1988).

Para a comissão, o sistema tinha se tornado prisioneiro dos diversos grupos de interesse, faltando-lhe objetivos epidemiológicos. Sugere, então, uma nova dinâmica de poderes: em nível decisório (conselhos de administração, participação dos usuários), em nível dos serviços (programas, ênfase na continuidade e avaliação) e em nível dos recursos humanos (distribuição, formação, negociação). Acorda a importância aos sistemas de informação e à alocação de recursos, condicionando-a aos planos plurianuais (CONILL, 2000).

O Québec possui um Ministério da Saúde e das Questões Sociais. Em outras províncias estes dois ministérios estão separados.

Atualmente está dividido em 18 regiões sócio-sanitárias, cada uma delas conta com *Régies de la Santé et des Services Sociaux*, as Agências Regionais de Saúde e dos Serviços Sociais (ASSS), principais agentes de descentralização, com personalidade jurídica e autonomia funcional. Suas atribuições incluem: promover a participação e proteger direitos dos usuários, programação, alocação de recursos, coordenação e *tables de concertation* (reuniões de consensos) de interesses (estabelecimentos, profissionais, organismos comunitários), controle e avaliação. Essas agências regionais incorporam também ações de saúde pública, por meio da integração dos Departamentos de Saúde Comunitária, antes sediados em hospitais. Podem, por exemplo, sem licença do Ministério, autorizar trabalhos inferiores a um milhão de dólares em hospitais e, em outros estabelecimentos, aqueles inferiores a 250 mil dólares canadenses, devendo todo e qualquer plano de expansão contar com seu parecer. A Lei nº 120 de 1990 dá o suporte legal a essas propostas, e como agente de descentralização constitui-se numa das principais novidades trazidas pela lei. O que caracteriza o modelo é a ênfase na participação em nível regional. Nota-se a intenção de diversificar os atores e de garantir uma intersectorialidade com incorporação de representantes do setor privado, organizações comunitárias, meio escolar e municipalidades. Introduce-se um mecanismo denominado cooptação, através do qual o conselho de administração dos estabelecimentos pode ser completado com pessoas escolhidas pelos membros eleitos, a fim de garantir conhecimento técnico ou representatividade (CONILL, 2000).

A competição pública baseia-se na preferência do usuário como garantia da eficiência. O orçamento de fontes fiscais é dividido pelas instituições conforme sua capacidade de atraí-los, o que exige flexibilidade na alocação e condições de trabalho. Desse ponto de vista, essa não é a dinâmica preponderante do sistema de saúde no Québec, marcada por transformações e ajustes normativos tecnocraticamente determinados, num quadro orçamentário recessivo.

Québec possui ainda 95 agências locais de saúde (Centros de Saúde e Serviços Sociais - CSSS), que inclui todos os serviços, exceto os consultórios privados dos médicos.

A política social e de saúde do Quebec é mais europeia e menos americana que a das demais províncias do Canadá.

3.5 O Sistema Espanhol _ Organização da Comunidade Autônoma da Catalunha

Em outro contexto, o Estado Autônomo da Espanha, organizado em regime de governo que, segundo Costa (2000), consiste em uma Monarquia Parlamentar com Monarquia Hereditária Constitucional, cujo território é dividido em comunidades autônomas, governadas por um estatuto autônomo proveniente de uma Assembléia Legislativa Unicameral. O modelo político espanhol é um modelo unitarista, assimilador e homogeneizador, com baixa aceitação às diversidades culturais e linguísticas.

O Estado Autônomo é uma forma de Estado em que há descentralização administrativa e legislativa para os entes.

As comunidades autônomas são estabelecidas conforme a região em que se encontram, ou seja, é composta por municípios de uma mesma região, os quais possuem autonomia

administrativa mas não legislativa, estando limitados à formulação de regulamentos. Os municípios estão submetidos à Província, “cuja função é a de executar as atividades do governo central”, sendo administrada por um Conselho Provincial que também não possui autonomia legislativa, “mas pode estabelecer regulamentos baseados na legislação das Cortes ou do Parlamento Regional” (COSTA, 2000).

A Espanha era um Estado Unitário até o governo de Franco (1939-1975), e a partir de 1978 foi transformada em um Estado Autônomo ou Estado das Autonomias.

Desde a Constituição Espanhola de 1978, a Constituição vigente mais antiga da Europa, estabelece uma organização territorial baseada na autonomia de municípios, províncias e Comunidades Autônomas, estando a dividida em 17 Comunidades Autônomas (CCAA), que podem corresponder aos Estados brasileiros, (Castela e Leão, Andaluzia, Castilla-La Mancha, Aragão, Extremadura, Catalunha, Galiza, Valência, Múrcia, Astúrias, Navarra, Madrid, Ilhas Canárias, País Basco, Cantábria, La Rioja, Ilhas Baleares e Possessões espanholas), e as duas cidades autônomas de Ceuta e Melilla, gozando estas de estatuto intermediário entre o município e a comunidade. Das 17 CCAA, 4 delas (Galiza, País Basco, Andaluzia e Catalunha) possuem condição de “Nacionalidades Históricas” reconhecidas na Constituição, juntamente com um “Estatuto de Autonomia”, o que reverte num maior poder e capacidade de decisão e soberania com respeito às outras comunidades (ESPAÑA, 1978).

Conforme estabelecido no art. 43 da Constituição Espanhola de 1978, a proteção da saúde é um direito fundamental do cidadão. Na mesma constituição foi criado o Sistema Nacional de Saúde e duas novas entidades gestoras – o Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) e o *Instituto Nacional de Salud (Insalud)*, separando a seguridade social da assistência sanitária (ESPAÑA, 1978).

No âmbito da saúde, o *Insalud* constituía o organismo federal responsável pela gestão direta dos serviços de saúde no território espanhol e era organizado em três níveis de assistência: primária, especializada extra-hospitalar e hospitalar (REY DEL CASTILLO, 1998). O início da reforma sanitária espanhola, na década de 1980, ocorreu no marco da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, ocorrida em Alma-Ata, Cazaquistão, URSS (1978), pela qual foi influenciada (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

O *Insalud* criado em 1978 tinha como destino final sua transferência às CCAA como determinava a Lei Geral de Previdência. A estratégia da sua gestão foi o nivelamento de serviços para diminuir as diferenças entre os territórios de gestão direta em termos de despesa corrente e de investimento per capita, onde a informação territorializada era submetida a um constante *benchmarking*, de informação estrutural e de produção.

A Lei nº 14, de 1986 – Lei Geral de Saúde – definiu as funções do estado e os princípios e diretrizes que permitem o exercício desse direito fundamental, que são: 1) financiamento público, universalidade e gratuidade; 2) direito e deveres definidos pelos cidadãos e pelos poderes públicos; 3) descentralização política para as CCAA; 4) atenção integral; e 5) integração entre as diferentes estruturas e serviços públicos ao Sistema Nacional de Saúde (GOBIERNO

DE ESPAÑA. Ley nº 14, 1986).

O processo de reforma da saúde na Espanha teve como objetivo manter a unidade e coesão do Estado nacional e ao mesmo tempo propiciar autonomia, solidariedade e cooperação entre as CCAA visando assegurar: 1) equidade no acesso aos serviços; 2) qualidade das ações de saúde; 3) participação da sociedade no processo de gestão.

O Sistema Nacional de Saúde se organiza em torno de níveis assistências: Atenção Primária e Atenção Especializada, onde o acesso espontâneo dos cuidados e a complexidade tecnológica se encontram em relação inversa. A carteira nacional de saúde está incorporada no modelo de atenção espanhol.

Características do Sistema Sanitário Espanhol

O Sistema Sanitário Espanhol tem por características: financiamento por impostos; descentralização para as comunidades autônomas; cobertura universal; acesso livre; carteira pública de ampla cobertura; co-pagamento na prescrição farmacêutica; provisão majoritariamente por parceiros públicos; sustentabilidade e sistema de financiamento submetido à reflexão.

É constituído pelo conjunto de serviços de saúde do governo central e pelos serviços de saúde das 17 CCAA, tendo ocorrido transferência paulatina da gestão da saúde para as mesmas após a Constituição de 1978. Essa descentralização começou em 1981, com a Cataluña, seguido da Andaluzia em 1984, e assim sucessivamente, até a última, Castilla y León, em 2001.

Na Espanha a seguridade social tem como objetivo fornecer serviços médicos e farmacêuticos necessários para manter e restaurar a saúde bem como a capacidade de seus beneficiários para o trabalho. Estão excluídos do direito à seguridade social financiada com recursos públicos, por meio do Sistema Nacional de Saúde (NHS), os residentes legais na Espanha que possuam renda anual superior a 100.000 € (cem mil euros), comprovados através de informação disponível em *Hacienda* (receita federal); pessoas que possuem a cobertura obrigatória de serviços de saúde por outros meios; e estrangeiros excetuando-se solicitantes de proteção internacional. Estes podem adquirir cobertura da assistência à saúde mediante adesão voluntária e com recursos próprios (ESPANHA, 2014).

A coesão do Sistema Nacional de Saúde é articulada por um Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (CISNS), constituído pelos Ministros de Saúde, Serviços Sociais e Igualdade e por dirigentes de saúde das comunidades autônomas (*Consejeros de Salud*). É presidido pelo Ministro e tendo por vice-presidente um conselheiro eleito pelos conselheiros que o integram. O CISNS funciona com uma assembléia composta por uma Comissão Delegada, comissões técnicas e grupos de trabalho.

Reúnem-se ao menos quatro vezes por ano e decidem por consenso. Têm como apoio a Comissão Delegada, da qual participam representantes das CCAA e do Ministério e um Comitê Consultivo, do qual participam seis representantes do ministério, seis das CCAA, quatro da

administração local, oito de entidades empresariais e oito de organizações sindicais.

Ao Conselho Interterritorial, compete a permanente coordenação, cooperação, comunicação e informação dos serviços de saúde entre si e com a administração do Estado, Tendo como finalidade promover a coesão do sistema nacional Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da garantia efetiva e equitativa dos direitos dos cidadãos em todo o país (GOBIERNO DA ESPAÑA, 2012).

O processo de descentralização do sistema sanitário do *Insalud* para as Comunidades Autônomas ocorreu de forma lenta e desigual. Rey Del Castillo (1998) descreve que, desde sua origem, a descentralização foi motivada por razões políticas e ocorreu paralelamente ao processo de reorganização do Estado. Levou mais de vinte anos para se completar (entre 1981 e 2004), tendo como marco legal a Lei de Coesão e Qualidade do SNS, promulgada em maio de 2003, que garante a coordenação e a cooperação dos distintos Serviços Regionais. Com esse processo efetivado, a melhoria da gestão em diversas CCAA em relação à acessibilidade aos serviços de saúde e à incorporação de novas tecnologias pôde ser percebida.

Quanto à forma de gestão sanitária, a modalidade dominante no sistema sanitário espanhol é a Gestão Direta sem personalidade jurídica própria. Nesse modelo, os centros sanitários respondem aos princípios e às restrições gerais do setor público em seu funcionamento e organização (SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010). Há contratos com prestadores regulados pelo sistema. O acesso é ordenado pela atenção primária.

A Administração Pública fiscaliza por meio da “Intervenção” o cumprimento da legalidade vigente, o pessoal é estatutário e o sistema de alocação de recursos, segmentado, ou seja, com orçamentos separados para a Atenção Primária e a Atenção Especializada. O cumprimento da normativa é o principal objetivo dessa modalidade de administração.

Esta modalidade adotou o “contrato-programa”, que segue o modelo de direção por objetivos mediante o qual se pactuam os objetivos e recursos disponíveis. Os contratos-programas desencadearam melhorias no monitoramento e avaliação do produto sanitário.

Ao *Mistério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* compete a elaboração da proposta e a execução da política de governo no que se refere à saúde, de planejamento e assistência sanitária e de consumo, bem como o exercício das competências de administração geral do estado para assegurar aos cidadãos o direito de proteção à saúde.

Quanto aos serviços de saúde ao Estado (governo central) compete:

- Legislação básica e coordenação - (Lei Geral da Saúde, Estatutos de autonomia, Marco, Lei de Coesão da Saúde, e outras);
- Financiamento – componente da reforma estrutural do Estado com a fusão do sistema de seguridade social e de beneficência em Caixa Única. Sistema de financiamento por impostos para sustentação do SNS;
- Pacote básico financiado pelo SNS - A elaboração da Relação Nacional de Ações

e Serviços de Saúde - RENASES, disposta em Carteira de Serviços (a ser adaptada às realidades regionais);

- Política farmacêutica - Medicamentos, aditivos, dentre outros: regulamenta, regula (inclusive preço), autoriza e, se for o caso, inspeciona. Medicamentos são dispensados nas unidades de serviços apenas em durante as internações ou atendimentos emergências. A dispensação de medicamentos prescritos durante atos de assistência ambulatorial é realizada em farmácias públicas. Podem não ter custo direto para o paciente, ou ser adquiridos em sistema de co-pagamento do usuário. O percentual de co-pagamento varia segundo a situação trabalhista (pensionista, não-pensionistas, dependentes; e ainda, pacientes com AIDS: 10% (no máximo 2,69 euros), e tratamentos crônicos: 10% (2,69 euros no máximo).
- Política Internacional de saúde - relações internacionais, acordos dentre outros;
- Política educativa;
- Sistemas de informação e estatísticas sanitárias;
- Vigilância Sanitária: higiene alimentar quanto a requisitos e registro. Atuar com as CCAA, em caráter colaborativo: meio ambiente, saúde alimentar;
- Coordenar o conjunto dos serviços de saúde;
 - O Serviço de Saúde de cada CCAA está integrado por todos os centros, serviços e estabelecimentos do próprio Estado, entidades supra municipais de serviços (*diputaciones*), Prefeituras e quaisquer outras Administrações territoriais intra-estatais, e esta gerenciado como se estabelece nos estatutos sob a responsabilidade da respectiva CCAA. Município não gerencia serviço separadamente.

Ao governo autônomo compete:

- Legislação e financiamento subsidiário;
- Saúde pública;
- Organização do sistema sanitário;
- Acreditação e planejamento;
- Compra e provisão de serviços.

Competência dos municípios:

- antes da Lei de Coesão da Saúde, em 1986, os municípios e província tinham competências importantes na gestão dos serviços de saúde (Hospitais Provinciais. Clínicos-Universitários, Santas Casas). Após 1986, hospitais e outros centros integram-se estruturalmente aos serviços de saúde das CCAA, a exceção da Catalunha, onde ficam integrados funcionalmente à Rede de Serviços de Utilização Pública (XHUP), mantendo sua titularidade. (ESPAÑA. Decreto nº 202,1985). Os municípios participam dos órgãos

de direção das áreas de saúde.

Atualmente aos municípios compete:

- Controle sanitário do meio ambiente: contaminação atmosférica, abastecimento de água, saneamento de água residual, resíduos urbanos;
- Controle sanitário de indústrias: atividades e serviços, transportes, ruídos e vibrações (vigilância de riscos industriais);
- Controle sanitário de edifícios; locais de moradia e convivência humana, especialmente: centros de alimentação, cabeleireiros, saunas e centros de higiene pessoal, hotéis e centros residenciais, escolas, acampamentos turísticos e áreas de atividades físico-esportivas e de recreio;
- Controle sanitário de alimentos e bebidas e demais produtos direta ou indiretamente relacionados com o uso ou consumo humano, quanto à distribuição e fornecimento dos mesmos, bem como dos meios de transporte;
- Controle sanitário de cemitérios e polícia mortuária.

Os cidadãos acessam os serviços utilizando a “tarjeta sanitária” (cartão de material plástico). Todas as comunidades implantaram a tarjeta sanitária que hoje serve para identificar o paciente, havendo integração das informações do cadastro de pessoas das diferentes Comunidades Autônomas em banco de dados nacional (JUNTA DE ANDALUCIA, 2014). O cartão ainda não dispõe de informações de prontuário de pacientes.

Quanto a atribuição de responsabilidades às CCAA em 1986, dispostas na Lei Geral da Saúde e sua efetiva implementação em 1994, as transferências sanitárias incluíram dentre outras o planejamento e a transferência de centros de saúde e de redes específicas, tendo sido a Catalunha a primeira província do país a receber transferências (SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010).

As CCAA assumem as funções e serviços – transferência de pessoal e orçamentos, dentre outros – para realizar o planejamento de saúde, as ações de saúde pública e de assistência à saúde. O SNS mantém a coordenação geral, as relações internacionais inerentes à saúde e a legislação sobre produtos farmacêuticos.

Do ponto de vista do planejamento, não há PNS. Desde o início dos anos 1990, tanto o nível central quanto os níveis regionais preparam seus próprios Planos de Saúde, com ampla mobilização social, os quais devem ser aprovados pelos respectivos parlamentos. A essas instâncias governamentais cabe buscar um consenso que assegure a aprovação dos vários Planos de Saúde conforme as prioridades sanitárias e não somente atenda aos interesses das diferentes forças políticas. A relevância dada aos processos de planejamento regional foi resultado de dois processos políticos distintos: a introdução das metas “saúde para todos” pela OMS na legislação espanhola em 1990, promovida por políticos e profissionais da saúde relacionados às áreas de epidemiologia e saúde pública, que buscavam assegurar e ampliar a

qualidade, a equidade e a efetividade clínica no sistema de saúde; e as discussões iniciadas ainda nos anos 1980 sobre medidas de contenção de gastos em saúde, as quais procuravam estabelecer prioridades como uma estratégia de controlar o aumento da demanda e consumo de serviços sanitários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)|.

A Catalunha ocupa um território de 32.000 km², um pouco maior que o Estado de Alagoas e no ano de 2012 dispunha uma população de 7,571 milhões de habitantes.

Na CCAA da Catalunha observou-se a emergência de sistemas integrados de forma mais assemelhada aos arranjos verticais americanos. Neste caso, a autoridade sanitária contrata uma multiplicidade de provedores de forma complementar à provisão pública financiada por orçamentos. Processos de integração vertical se deram a partir da década de noventa, quando a gestão conjunta de um hospital de agudos, um centro para tratamento de crônicos e de uma equipe de atenção primária tornou-se o embrião das denominadas organizações sanitárias integradas (VÁZQUEZ; LORENZO 2007). O contrato neste caso é de ações e serviços onde se dispõem metas de processo. Metas epidemiológicas são dispostas nos Planos de Saúde das Regiões Sanitárias que integram a região da Catalunha.

O algoritmo regulatório dos contratos inclui: tempo de permanência, resolutividade, retornos sucessivos e diagnóstico.

Atualmente a Catalunha possui 64 hospitais: 8 públicos e 15 filantrópicos. Os demais, privados, prestam serviços para o governo.

Dentre as modalidades de gestão sanitária encontradas na Catalunha está o Consórcio Sanitário, que é uma fórmula orgânica de colaboração entre diferentes administrações, ainda que também possam fazer parte dele entidades privadas sem fins lucrativos, sem que com isso se desvirtue a natureza pública da entidade. A criação dos consórcios sanitários justifica-se pela necessidade de se encontrar respostas às necessidades concretas de ordenação e de otimização de recursos em um território determinado. Na Catalunha, 80% dos gastos com a saúde é gasto público.

Características do Planejamento Sanitário na Catalunha

- Análise das necessidades da população em bases epidemiológicas, demanda de atenção e disponibilidade de recursos;
- Revisão do conhecimento científico sobre o custo-efetividade das intervenções;
- Incorporação da visão da cidadania;
- Priorização das intervenções segundo a importância dos problemas de saúde, a eficácia das intervenções e a factibilidade para operacionalizá-las;
- Interconexão entre o planejamento de saúde e o planejamento dos serviços;
- Translação das prioridades e incorporação das especificidades territoriais através da

combinação do planejamento a nível central e a nível regional;

- Compromisso institucional e participação de profissionais e organizações;
- Operacionalização das atuações através dos instrumentos de contratação de serviços;
- Avaliação periódica de resultados e seguimento continuado de processos.

A metodologia utilizada no planejamento considera:

- Marco teórico e referências;
- Contexto e enfoque;
- Modelo sanitário e linhas estratégicas;
- Análise da situação;
- Objetivos de saúde e prioridades;
- Definição de critérios de planejamento;
- Cenários territoriais;
- O macroprocesso planejamento abarca do planejamento à ação e avaliação;
- Adaptabilidade (instrumentos dinâmicos).

Elementos de referência para o planejamento:

- Enfocar os marcos institucional, legislativo e regulador dos sistemas de saúde (contexto);
- Encontrar o ponto de vinculação entre o planejamento de saúde e de serviços;
- Basear no conhecimento científico sobre o custo-efetividade das intervenções;
- Equalizar a distribuição entre planejamento estratégico e operativo e o grau de descentralização condicionada ao grau de autonomia das diferentes instâncias territoriais.

Pressupostos:

- A integração da visão territorial (crescente) não é excludente da dinâmica de translação de diretrizes (descendente) para levar em conta a referência de prioridades e objetivos comuns para o conjunto do território.
- O planejamento, ainda que seja de grande qualidade técnica, só tem utilidade caso se aplique à tomada de decisões em combinação com os outros instrumentos de direção e gestão do sistema (contratação, programação, sistema de informação, avaliação).

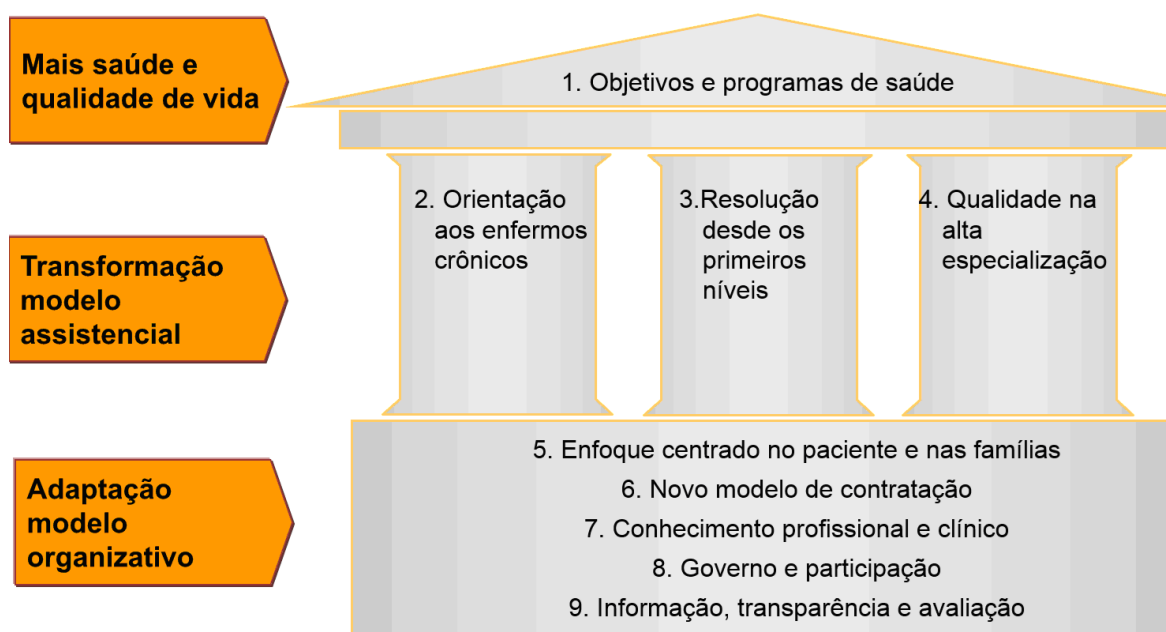
O Plano de Saúde da Catalunha 2011-2015 que pretende responder ao disposto pela OMS no Informe sobre a Saúde no Mundo 2010 (OMS, 2010), estabelece os objetivos da saúde, e articula a reforma do sistema sanitário na busca de transformar o modelo assistencial e modernizar a organização para atendimento das novas necessidades sociais, em especial a atenção integral aos pacientes crônicos que coincide com outras mudanças sociológicas da

população, buscando também reorientação no equilíbrio de gastos. Está expresso em eixos e linhas de mudanças e transformações do sistema estabelecidas em dez âmbitos sanitários que se desdobram em projetos estratégicos, conforme Figuras 1 e 2 (CATALUNHA, 2012).

Figura 1 - Plano de Saúde da Catalunha 2011-2015: Eixos de Transformação do Plano – Três (03).



Figura 2: Plano de Saúde da Catalunha 2011-2015: Eixos e Linhas de Atuação e Projetos.



Os planos de saúde territoriais, que correspondem às regiões de saúde atendem aos princípios gerais da Catalunha fazendo um diagnóstico do ponto de partida e das especificidades regionais, que orientam projetos com descrição de funções de responsabilidades de cada grupo de projetos (grupos de trabalhos com Responsáveis, Executores e Consultores). Afinal busca-se o estabelecimento das alianças necessárias com os prestadores que se desdobram em Contratos de Serviços a serem permanentemente monitorados.

O Mapa Sanitário da província da Catalunha, Espanha, tem função perspectiva de aporte de linhas estratégicas e critérios de planejamento para a tomada de decisões relacionadas com o desenvolvimento e adequação dos serviços de saúde, tanto no nível central da gestão como no nível territorial, com centralidade no planejamento de aspectos relacionados com equipamentos, edifícios e tecnologia, bem como com a organização e funcionamento dos recursos econômicos e humanos. Está situado no âmbito do planejamento de serviços de tipo estratégico e toma como ponto de partida o Plano de Saúde da Catalunha e os planos diretores, integrando ao planejamento de saúde e tendo como fim a tomada de decisão do nível operativo no território. O Mapa interage com o Plano de Saúde, nasce das prioridades deste e por sua vez alimenta a definição de estratégias com foco na discussão sobre a adequação de serviços e a factibilidade das intervenções. O Mapa Sanitário da Catalunha, leva em conta as características do sistema de saúde catalão, com diversidade de formas de previsão de serviços e o processo de descentralização iniciado com a criação dos Governos Territoriais de Saúde – GTS, constituídos com representação do Governo Central da Catalunha e do conjunto de distintos territórios. A metodologia utilizada é a que tradicionalmente se utiliza em planejamento sanitário: advém do campo epidemiológico e da economia da saúde. (DE LA PUENTE; FUSTÉ; JOSEPH, 2008).



O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO BRASILEIRO

CAPÍTULO 3

CAPÍTULO 3

O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO BRASILEIRO

O Brasil é uma república federativa cujo território possui 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o que representa 47% da América do Sul. Com uma população estimada de 203.249.137 de habitantes (IBGE, 2014). A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos da Constituição República Federativa do Brasil, de 1988. Atualmente se compõe por 27 unidades federativas, sendo vinte e seis estados, um distrito federal e cinco mil, quinhentos e setenta municípios. Um federalismo em três níveis que pode ser identificado como um federalismo inovador, pela descentralização impressa na autonomia de cada um dos entes. O Município, pessoa jurídica de direito público interno (art. 41, III do Novo Código Civil), face à tríplice capacidade atribuída pela Constituição Federal de 1988 (MAGALHÃES, 2003), foi assim elevado à uma nova situação, anteriormente não mencionada nas diversas Constituições que o Brasil teve: alcançou a plenitude de sua autonomia (FERREIRA, 1993). Contudo subordina-se aos princípios estabelecidos na constituição federal e aos preceitos de Constituição do Estado (VIEIRA, 2010).

A primeira Constituição do Brasil, em

1824, definiu que a forma de Estado seria a do Estado Unitário e nessa forma de governo de Estado não havia uma distribuição geográfica do poder político em função do território. A adoção formal do modelo federal do Estado Brasileiro deu-se com a Proclamação da República em 15 de novembro de 1889, com a devida transformação das Províncias em Estados Federados, mediante o Decreto nº 01, de mesma data, quando se “proclama provisoriamente e decreta como forma de governo da Nação Brasileira a República Federativa, e estabelece as normas pelas quais se devem reger os Estados Federais” (BRASIL, 1889).

O país é governado pelo poder executivo – chefiado pelo presidente –, pelo legislativo bicameral e pelo judiciário independente. Nos Estados o Poder Executivo é exercido por um governador eleito quadrienalmente. O Poder Judiciário é exercido por tribunais estaduais de primeira e segunda instância que cuidam da justiça comum. Nos Municípios o Poder executivo é exercido pelo prefeito eleito quadrienalmente, da mesma forma que o Poder Legislativo, é exercido por Vereadores. Um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais.

As unidades federativas do Brasil são entidades subnacionais autônomas

(autogoverno, auto legislação e auto arrecadação) dotadas de governo e constituição próprios que juntas formam a República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). O município é a menor unidade político-administrativa existente, sendo todo o território nacional dividido em municípios, à exceção do Distrito Federal e da ilha de Fernando de Noronha, que é um distrito estadual de Pernambuco. Atualmente no Brasil cada Estado possui uma Assembleia Legislativa unicameral com deputados estaduais que votam as leis estaduais. As Assembleias Legislativas fiscalizam as atividades do Poder Executivo dos estados e municípios. Para isto, possuem um Tribunal de Contas com a finalidade de prover assessoria quanto ao uso de verbas públicas. Apenas dois municípios (São Paulo e Rio de Janeiro) possuem Tribunais de Contas separados e ligados às suas Câmaras de Vereadores, sendo vedada a criação de novos tribunais de contas municipais.

O Distrito Federal tem características comuns aos estados-membros e aos municípios. Ao contrário dos estados-membros, não pode ser dividido em municípios, mas sim em regiões administrativas. Por outro lado, pode arrecadar tributos atribuídos como se fosse um estado e, também, como município (BRASIL, 1988).

O Brasil adotou como sua forma de Estado a Federação, explicada por Cavalcanti:

A espécie de união federativa (Bundesstaat), de que ora nos ocupamos, sendo ao mesmo tempo, uma Federação (Bund) e um Estado (Staat), deve conter, por isto mesmo, qualidades essenciais, que só se encontrem na sua personalidade. É uma comunidade (Gemeinwesen) de indivíduos, dotada em princípio de competência universal para todos os fins da vida humana, como qualquer Estado simples ou ordinário, - e bem assim, uma reunião de coletividades públicas, não-soberanas, mas de gênero diferente daquelas de que se constitui o Estado unitário; resultando deste duplo caráter duas ordens de relações, nas quais se manifestam, desde logo, o próprio conjunto da própria organização, e a sua condição jurídica. De um lado, ela possui, como verdadeiro Estado que é, a qualidade essencial da soberania; de outro, como Federação, reconhece a subsistência de seus membros-componentes – os Estados-particulares – e, em consequência, a coparticipação deste em escala maior ou menor, ao exercício de atribuições soberanas, o que, sem dúvida alguma, lhe dá um caráter diferente do verdadeiro Estado Unitário (CAVALCANTI, 1983, p. 69)

A Federação brasileira não surgiu voluntária de entes independentes, mas nasceu de cima, a partir de uma unidade nacional já existente no momento da proclamação da República. Dessa maneira, o poder da União – por meio de investimentos públicos das suas estatais, verbas orçamentárias e grandes projetos nacionais que propiciavam algumas satisfações de interesses localizados - tornou-se o principal elemento da construção e consolidação federativa do País.

Essa participação preponderante de um dos entes federativos na consolidação da Federação provocou distorções históricas e pode ser uma das causas de nossas enormes

desigualdades regionais. Diante da correlação desigual entre a União e os Estados, a Federação não se impôs como um instrumento da equidade na repartição de recursos (MIRANDA, 2003).

Ressalta-se, assim, que a formação do Federalismo nos EUA originou-se através de uma agregação, onde os Estados, dotados de soberania e constituição própria, resolveram se unir em um só ente de Direito Público Internacional, ao passo que no Brasil, teve uma ordem inversa, havendo uma segregação, onde o Estado unitário passou a ser dividido em vários Estados-membros.

Dentre as complexas relações de interdependência entre a União e os entes federados, no federalismo cooperativo, devemos distinguir a coordenação da cooperação propriamente dita. A coordenação é, na realidade, um modo de atribuição e exercício conjunto de competências no qual os vários integrantes da Federação possuem certo grau de participação. A vontade das partes é livre e igual, com a manutenção integral de suas competências: os entes federados sempre podem atuar de maneira isolada ou autônoma. A coordenação é um procedimento que busca um resultado comum e do interesse de todos. A decisão comum, tomada em escala federal, é adaptada e executada autonomamente por cada ente federado, adaptando-a às suas peculiaridades e necessidades. (ROVIRA, 1986, p. 463-477)

A materialização da coordenação na repartição de poderes são as competências concorrentes, previstas no art. 24 da Constituição Federal de 1988. A União e os entes federados concorrem em uma mesma função, mas com âmbito e intensidade distintos.

As políticas sociais constituem um foco privilegiado para a análise do processo de descentralização no Brasil. Desde 1930, a ampliação da ação governamental na esfera social caminhou junto com a centralização política e a concentração de poder decisório no Executivo federal.

Ademais, o sistema brasileiro de proteção social nasceu, expandiu-se e ganhou suas feições características durante os dois ciclos autoritários - o de Vargas (30/45) e o dos militares (64/84) -, quando o federalismo deu lugar, de fato, a um Estado quase unitário, ou pelo menos a uma forma exacerbada de federalismo centralizado. Em consequência, as políticas sociais não só estiveram associadas à crescente atividade da esfera federal - o que ocorreu na maioria das democracias federativas -, mas exibiram as marcas de concepções autoritárias, que consagraram o predomínio do Executivo federal, dos processos fechados de decisão e da gestão centralizada em grandes burocracias. Os direitos sociais foram implantados em períodos ditatoriais, em que o Legislativo ou estava fechado ou era apenas decorativo, criando-se para a população, a imagem da centralidade do Executivo. O governo aparece como o ramo mais importante do poder, aquele do qual vale a pena aproximar-se. A fascinação com um Executivo forte está sempre presente, e foi ela sem dúvida uma das razões da vitória do presidencialismo sobre o parlamentarismo, no plebiscito de 1993 (CARVALHO, 2002).

Assim, no Brasil, a questão da redefinição de competências entre as esferas de governo refere-se centralmente - ainda que não exclusivamente - às políticas e programas da área social. É nesse terreno, por conseguinte, que se colocam com grande nitidez os dilemas envolvidos

naquele processo (ALMEIDA, 1995).

O termo “descentralização” está longe de ter um significado preciso. Ele tem sido utilizado indistintamente para indicar graus e modalidades diversas de redução do escopo do governo federal em decorrência: a) do deslocamento da capacidade de decidir e implementar políticas para instâncias subnacionais; b) da transferência para outras esferas de governo da implementação e administração de políticas definidas no plano federal; ou c) da passagem de atribuições da área governamental para o setor privado. Tem servido para nomear processos de realocação de funções e recursos correspondentes para instâncias subnacionais; de consolidação, quando recursos centralizados são utilizados para financiar funções descentralizadas; ou de devolução, quando as funções são descontinuadas e, em consequência também os recursos (BEER, 1988).

Entretanto, cada uma dessas formas tem consequências muito diversas sobre as relações intergovernamentais. Experiências de consolidação nas quais os governos locais desempenham funções descentralizadas são perfeitamente compatíveis com um alto grau de ativismo e de capacidade decisória do governo federal. Constituem, mesmo, uma modalidade de relação frequente no federalismo centralizado, especialmente nas áreas de políticas sociais. Já a realocação e a devolução supõem redefinição mais ampla do escopo de atuação das instâncias federais e, no segundo caso, podem implicar redução da atividade de todas as esferas do governo, quando suas funções são transferidas para a área privada (ALMEIDA, 1995).

Os processos de redefinição de competências e atribuições na área social, no que se refere aos setores saúde, educação, assistência social e habitação são parte de um fenômeno mais amplo de passagem de uma forma extrema de federalismo centralizado, construída sob o regime autoritário, para alguma modalidade de federalismo cooperativo, cujas feições ainda estão se definindo. Trata-se, pois, de um processo de descentralização com características específicas e distintas daquelas que ocorrem em Estados unitários. Envolve o redesenho das funções do governo federal e implica processos diversos de realocação, consolidação e devolução de funções anteriormente situadas na órbita do poder central (ALMEIDA, 1995).

Em 1986, a Comissão de Apoio à Reestruturação da Assistência Social, criada pelo governo federal (Portaria nº 3.764/86) consolidou os diagnósticos críticos e apontou os principais problemas da assistência social no país: concepção assistencialista e utilização clientelista das ações, insuficiência de recursos, fragmentação institucional, superposição de ações realizadas pelas três instâncias de governo, excessiva centralização financeira e político-administrativa das políticas e programas federais e baixa qualidade de atendimento. Ofereceu, também, sugestões: abandono das práticas clientelistas; substituição da visão assistencialista por uma concepção que associasse a Assistência Social à garantia de condições mínimas para o exercício pleno da cidadania; prioridade de atendimento aos grupos socialmente mais frágeis (crianças, idosos e deficientes); descentralização político-administrativa por meio da municipalização dos serviços; participação da sociedade na definição e gestão das políticas; e reestruturação do financiamento e criação de um fundo permanente, formado fundamentalmente por recursos

federais de origem fiscal (ALMEIDA, 1995).

As conclusões da Comissão não se materializaram em iniciativas de reforma definidas e impulsionadas a partir do governo federal. De um lado, as instituições tradicionais da área - Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) mantiveram suas atividades costumeiras, pouco articuladas e, com frequência, superpostas às iniciativas de estados e municípios, além de largamente utilizadas como recurso de patronagem política.

Novas políticas assistenciais formaram o núcleo da retórica e da ação federal na área social, durante o primeiro governo civil. Assim, a Secretaria Especial de Ação Comunitária - criada em 1985 e logo transformada em Secretaria Especial da Habitação e da Ação Comunitária (SEHAC) comandou uma intervenção social de escopo múltiplo; que ligava diretamente o governo federal a organizações e grupos comunitários e cuja *pièce de resistance* foi o Programa Nacional do Leite. A SEHAC, em 1988, deu lugar ao Ministério da Habitação e do Bem-Estar Social. Além do Programa Nacional do Leite, que em 1989 chegou a um atendimento diário de 7.620 mil crianças, a SEHAC deu apoio a projetos desenvolvidos por grupos e associações comunitárias, sob supervisão e com financiamento conjunto de prefeituras municipais, nas áreas de “hortas comunitárias, telefonia comunitária, teatro amador, bibliotecas comunitárias, reparação de escolas primárias, hortas e alimentação escolares, cursos pré-profissionalizantes, centros esportivos comunitários, mutirões habitacionais, saneamento básico, creches, campanhas de agasalhos, pontes e estradas, escolas rurais, postos médicos comunitários” (NEPP, 1989)

Entretanto, o trabalho da Comissão ajudou a sedimentar diagnósticos e proposições que informaram o debate constitucional e acabaram inspirando as concepções e preceitos relativos à assistência social presentes na Carta de 1988. Seu caráter modernizador era patente. A nova Constituição incorporou a assistência à seguridade social, definindo-a como direito indispensável para garantir um limiar ao exercício da cidadania; criou a renda mínima vitalícia para idosos carentes e deficientes físicos; estabeleceu a gestão político-administrativa participativa; preconizou a municipalização da assistência social; definiu com mais clareza as formas e fontes de financiamento, destinando ao setor 10% dos recursos do orçamento da seguridade social, além de recursos ordinários do Tesouro e dos orçamentos de estados e municípios.

Os princípios constitucionais materializaram-se na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que cumpriu um longo e acidentado percurso até sua sanção pela Presidência da República em 1993. A primeira versão da LOAS, elaborada pelo Congresso, foi vetada na íntegra pelo presidente Collor em outubro de 1990.

Das áreas da assistência social: saúde, educação, habitação e assistência social, a área da saúde foi a única em que a reforma resultou de uma política deliberada e radical de descentralização, definida no âmbito federal, envolvendo Executivo e Legislativo (ALMEIDA, 1995).

Em essência, a reforma promoveu a racionalização dos serviços de saúde por meio

da integração das redes federal, estadual e municipal e da municipalização do atendimento primário; da definição das fontes de financiamento; do estabelecimento de funções para as instâncias de governo; da criação de mecanismos automáticos de transferência de recursos no interior da rede pública e no setor privado.

Embora a descentralização e a unificação das redes fossem propósitos presentes desde o início, a reforma não partiu de um modelo pronto e acabado. O modelo foi se desenhando, desde 1983, até ganhar feição definitiva em 1988, com a criação do SUS, completada pela Lei Orgânica da Saúde (1990). A descentralização contida no modelo SUS é radical: implica a realocação de capacidade decisória, de recursos e funções nos municípios.

O SUS constituiu, seguramente, a mais audaciosa reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Ainda que a implantação do novo sistema esteja longe de se haver completado, e muitos sejam seus impasses, no estágio atual já significa uma transformação profunda do sistema público de saúde.

A existência de uma política nacional de reforma é, sem dúvida alguma, a principal explicação para o avanço e a profundidade das mudanças levadas a cabo. A reforma da saúde constitui um caso exemplar de descentralização que veio do centro (MOURA; CASTRO, 1983).

De outra parte, a existência de uma política nacional resultou em boa medida da presença de uma coalizão reformadora, que foi capaz de inscrever suas propostas na agenda política, mobilizar a seu favor segmentos da opinião pública, negociá-las com as agências governamentais, transformá-las em artigo da Constituição, em legislação ordinária e em prática concreta dos governos.

Uma elite profissional com características especiais constituiu o núcleo dessa coalizão, que, de início, animou e deu prumo às mudanças. Tratava-se de um grupo coeso quanto ao diagnóstico e aos objetivos gerais da reforma, com capacidade de formulação de políticas, liderança em seu meio e capacidade de organização, estreita ligação com associações profissionais de saúde, vinculação com entidades internacionais e, sobretudo, com conhecimento da máquina pública e alguma experiência de governo, adquirida durante o período dos militares e atualizada com a redemocratização, no Ministério da Saúde, em secretarias estaduais e municipais.

Para além da capacidade de articulação política do núcleo animador da coalizão, a importância dos serviços de saúde pública para a grande massa do eleitorado tornou a reforma um projeto potencialmente valioso para prefeitos, secretários de saúde estaduais e municipais, governadores e parlamentares, que, em momentos diversos, engrossaram a aliança reformadora (ALMEIDA, 1995).

Por outro lado, como observa Viana (1993), a estrutura anterior da área de saúde facilitou a descentralização. O comando centralizado das decisões, do controle sobre os recursos e de parte da rede de prestação de serviços na instância federal conviveu com a existência de redes estaduais e municipais. Embora relegadas a funções secundárias e carentes de recursos, elas

constituíram uma base inicial importante para o processo de descentralização. No começo da reforma, estados e, em menor medida, municípios já tinham experiência de operar suas próprias redes, com tudo o que isso implica.

A inspiração descentralizadora que impulsionou a reforma da saúde e deu feição ao SUS pouca atenção dispensou à dimensão federativa da organização, do Estado brasileiro. O projeto que se foi desenhando até a implantação do SUS supunha um Estado unitário descentralizado, no qual permaneceria grande o papel do centro como motor, financiador e coordenador de um sistema de saúde municipalizado. Não se imaginou com clareza um papel ativo para os estados, nem se contou com a autonomia, o poder e a iniciativa que estados e municípios dispõem sob o sistema federal na Constituição Federal de 1988. Tampouco se previu a possibilidade de o governo nacional perder a capacidade de orientar a implementação do sistema de saúde descentralizado.

Entretanto, foi exatamente isto que começou a ocorrer a partir dos anos 1990. Em primeiro lugar, os ritmos e as formas de implantação do SUS variaram significativamente de estado para estado. A reforma tributária da Constituição de 1988 facilitou o processo descentralizador, na medida em que multiplicou os recursos nas mãos de estados e municípios. Mas as respostas foram muito diversas, em função da disposição política e das condições financeiras, administrativas e gerenciais dos governos. De tal forma que, hoje, o SUS tem características muito diversificadas no conjunto do país (VIANA, 1993).

Em segundo lugar, a autonomia política própria das unidades que compõem a federação, especialmente dos municípios, dificulta a racionalização cabal do funcionamento do sistema de saúde descentralizado, especialmente no que diz respeito a ações que supõem coordenação regional.

A instituição de um sistema nacional de saúde, ou sistema único, não é decorrente do simples processo de descentralização, pois como afirma Viana (1994, p. 18):

O que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas o da tentativa de formação do sistema nacional de saúde, o que impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo e produz, simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas, de forma a ocorrer integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo.

[...] o sistema possui uma materialidade física, pois compõe-se de diferentes tipos de serviços, pertencentes a diferentes instituições, de diferentes níveis de governo em um tipo específico de integração e articulação. O sistema é composto pelas instâncias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo a uma lógica espacial.

Viana assinala, no mesmo trabalho citado, que as características da instância municipal no federalismo brasileiro – de alta autonomia – tornam crescentes as tensões entre o tipo de descentralização pretendido e a ideia de sistema proposta.

A estratégia privilegiada para a implantação do SUS foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Somente a partir do ano 2001 é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para: Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 (que resgatou os mecanismos institucionais de controle social, vetados na Lei 8.080/90, reeditando os artigos vetados, mas ao mesmo tempo, impondo um conjunto de pré-requisitos legais para a descentralização da saúde, que seriam conhecidos como critérios para habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada); Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29) que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002) e, Pacto pela Saúde de 2006.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, apesar de reafirmar a necessidade de regionalização como um dos mecanismos de organização, direção e gestão do sistema, não aprofundou seu significado e as formas de efetivá-la. Nesse ciclo não há política regional de fôlego dentro das políticas de saúde, o que compromete o fortalecimento dos entes municipais na condução do projeto nacional de saúde proposto na Constituição Federal de 1988. (VIANA, 1994b).

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 01/93) fomentou o fortalecimento das estruturas subnacionais, a partir do aprendizado institucional incentivado pelas modalidades de habilitação (condições diferenciadas de gestão em saúde). Essas modalidades trouxeram avanços na descentralização do poder, com maior autonomia para os municípios, e contribuíram para organização dos sistemas locais de saúde, entretanto, não trataram de forma adequada o papel das esferas estaduais na indução e fortalecimento da cooperação intermunicipal. O avanço reconhecido para a pactuação nacional e para a conformação de um ambiente intergovernamental mais cooperativo foi a institucionalização das Comissões Intergestores. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), em âmbito estadual, foram criadas na área da saúde, em face da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS (BRASIL, 1993).

Como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, é apenas

com a instituição da NOAS que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema. Nesse primeiro momento, a regionalização, proposta tecnicamente e pelo Ministério da Saúde, é uma norma que define, a priori, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema.

Com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006a), esse processo teve início tardio na maioria dos estados se conformando após sucessivos ciclos de descentralização, induzidos e coordenados pela esfera federal, sem uma revisão adequada do papel dos governos estaduais.

Por um lado, a regionalização normativa inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Por outro lado, tornou evidente que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo (SANTOS, 1999), pois os pactos pela saúde são travados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde (VIANA, 1994b.).

Essa contradição gerada pela regionalização normativa, por não se vincular aos diversos conteúdos locais e regionais do território usado, tornou insustentável o processo de regionalização da saúde, levando o Ministério da Saúde a questionar as propostas instituídas pela NOAS (BRASIL, 2004).

Diz-se que a regionalização é uma delimitação do território usado, feita a partir de critérios técnicos e políticos que buscam coerência nas diferenciações espaciais e que têm por objetivo a instrumentalização política da dinâmica territorial.

Porém, no Brasil, as divisões regionais produzidas – em regra geral, solicitadas pelo Estado para servirem à formulação e implementação de políticas públicas – subsidiam cada recorte com uma variedade de critérios que, pontuados para satisfazer a razão estratégica do interesse requerido pela divisão, terminam por prejudicar a efetividade das políticas propostas e acirrar desigualdades sócio territoriais (SOUZA, 1993).

Nesse sentido, Ribeiro (2004) contribui com duas concepções principais que permeiam as práticas de regionalização e de proposição de planos regionais. Trata-se da regionalização como fato e como ferramenta.

A regionalização como fato “... *independe da ação hegemônica do presente. [...] depende da reconstrução histórica dos múltiplos processos que movimentaram e limitaram a ação hegemônica...*” (RIBEIRO, 2004, p. 194-195).

A regionalização como ferramenta refere-se a sua instrumentalidade vinculada a essa ação hegemônica da atual conjuntura. Não raro, então, a região assim concebida pressupõe objetividade/fim/instrumentalidade, articulando-se com ideologias e recursos político-administrativos (RIBEIRO, 2004).

A conformação da regionalização da saúde deve levar em conta a extrema heterogeneidade

do território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões e seus serviços.

O descompasso entre os processos de regionalização e descentralização se verifica no Brasil. A descentralização do SUS nos anos 1990 refletiu projetos econômicos e sociais de ideologias e finalidades distintas (RIBEIRO, 2009), acoplando-se ao desenho federativo proposto na Constituição Federal de 1988 (VIANA, et. al, 2002). As relações verticais foram priorizadas, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. Mesmo considerando os movimentos de centralização legislativa e fiscal da função Estatal (MELO, 2005; ARRETICHE, 1995), o período é testemunha da implantação de um modelo em que milhares de governos municipais adquiriram uma atuação abrangente no campo da saúde.

Porém, a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas visando à redução da iniquidade no acesso, na utilização e no gasto público em saúde (VIANA, et. al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro atualmente é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM, et al, 2011).

Dessa maneira, é importante compreender quais são os projetos territoriais propostos pelos atuais governos para poder, entre outras coisas, relacioná-los com os anseios e pressupostos das políticas públicas de saúde que enfocam a questão regional como principal estratégia para avançar na descentralização do SUS e na universalização da saúde. A descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional (VIANA, et al. 2008).

Em 4 de abril de 2011, o Ministro Alexandre Padilha, apresentou ao CNS na primeira seção por ele presidida e com o título *Articulação Interfederativa no SUS: Consolidação do Sistema de Saúde*, as linhas da condução da Política Nacional de Saúde na sua gestão. Dentre os temas abordados estavam: a proposta de um novo modelo de relação interfederativa, com base em um novo instrumento jurídico, o Contrato Organizativo da Ação Pública; o Indicador Nacional de Acesso e a regulamentação da Lei 8.080/1990.

Em 28 de junho de 2011, foi promulgado pela presidente Dilma Rousseff, o Decreto

7.508, inovador em vários sentidos. Em primeiro lugar pela forma, isto é, pelo ineditismo do instrumento formal utilizado – um Decreto Presidencial – após duas décadas de regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde através de Portarias Ministeriais – as várias Normas Operacionais, cuja série iniciou-se há exatos vinte anos, com a NOB 91, e seguiu até o Pacto pela Saúde, de 2006.

Inovador, também no conteúdo, pois dentre outras medidas importantes, o Decreto normatiza e disciplina o modo de articulação interfederativa através dos COAPs; estabelece as Comissões Intergestores – Tripartite, em âmbito federal, Bipartite, em âmbito Estadual e, em âmbito regional, a Comissão Intergestores Regional (CIR), nova denominação dos Colegiados de Gestão Regional instituídos no Pacto pela Saúde – como as “instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS” (Inciso IV do art. 2º do Decreto nº 7508/11); estabelece as Regiões de Saúde como referência não somente para a organização das Redes de Atenção à Saúde mas, também, para a transferência de recursos financeiros entre os entes federados; define a atenção básica como porta de entrada do SUS e ordenadora do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde; e institui a Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES) e o Mapa de Saúde como instrumento para a identificação de necessidades de saúde, como orientador o planejamento em base regional, o Planejamento Integrado.

O Quadro 1 apresenta um sumário comentado do Decreto.

Quadro 1 – Sumário do Decreto 7.508/11, cotejado seus Capítulos e Seções com os Artigos das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

DECRETO Nº 7.508/2011		FUNDAMENTAÇÃO LEIS ORGÂNICAS
CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	Apresenta as definições dos conceitos adotados no Decreto: Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.	Lei 8080/90: Art 7º - Princípios e Diretrizes do SUS; Art 15 - Atribuições comuns da União, Estados e Municípios. Art. 16 - competências da Direção Nacional do SUS.

<p>CAPÍTULO II - DA ORGANIZACAO DO SUS</p>	<p>- Disciplina a organização, regionalizada e hierarquizada das ações e serviços de saúde, executados pelos entes federativos de forma direta ou mediante a participação complementar da iniciativa privada.</p>	
<p>Seção I - Das Regiões de Saúde</p>	<p>Estabelece critérios e requisitos para constituição de Regiões de Saúde, que deverão ser instituídas pelos Estados, conforme diretrizes pactuadas na CIT; com definição de limites geográficos, população coberta e relação de serviços ofertados, contemplando serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.</p> <p>Estabelece as Regiões de Saúde como referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e para constituição das Redes de Atenção à Saúde (as quais por sua vez podem ser inter-regionais, mediante pactuação nas Comissões Intergestores respectivas).</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <p>Art. 7º Inciso IX/b descentralização, direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.</p> <p>Art, 8 - organização das ações e serviços de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente.</p> <p>Art 17 - competências da Direção Estadual do SUS:</p> <p>II - Acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS;</p> <p>III - apoio técnico e financeiro aos Municípios;</p> <p>XI - estabelecimento de normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.</p>
<p>Seção II - Da Hierarquização</p>	<p>Define as Portas de Entrada nas Redes de Atenção à Saúde:</p> <p>I - Atenção primária; II - atenção de urgência e emergência; III - atenção psicossocial; e IV - serviços especiais de acesso aberto.</p> <p>Estabelece a garantia de continuidade do cuidado ao usuário através de rede de referência ordenada a partir da Atenção Primária, conforme regras pactuadas nos Colegiados Intergestores nas diferentes esferas de atuação.</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <p>□ Art. 18 - competências da gestão municipal do SUS: X/XI - contratação, controle, avaliação e fiscalização de serviços privados de saúde e dos procedimentos prestados por estes; XII - normatização complementar das ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.</p>

CAPÍTULO III - DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os **Mapas da Saúde regional**, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde **será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento** integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser **realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades** dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Lei 8080/90:

□ Art. 15 - atribuições comuns da União, os Estados e Municípios: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde.

□ Art. 22 - observância obrigatória, pelos serviços privados, das normas e princípios estabelecidos pela direção do SUS.

□ Art. 26 § 2º - submissão dos serviços contratados às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

□ Art. 36 - processo de planejamento e orçamento ascendente, do nível local até o federal, e participativo; § 1º - Planos de Saúde como base das programações de cada nível de direção do SUS.

□ Art. 37 - competência do CNS: estabelecimento das diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde.

Lei 8142/90:

Art. 4º Inciso IV - Relatório de Gestão Anual.

<p>CAPÍTULO IV - DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE</p> <p>Seção I - Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES</p> <p>Seção II - Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais</p> <p>- RENAME</p>	<p>Vincula o princípio da Integralidade da Assistência à Rede de Atenção pactuada entre os entes nas Comissões Intergestores.</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <p><input type="checkbox"/> Art. 7º Incisos I e II - universalidade e integralidade da assistência.</p>
	<p>Institui a RENASES, que compreende todas as ações e serviços ofertados pelo SUS para atendimento da integralidade da assistência à saúde, a ser atualizada e publicada bianualmente pelo MS, conforme diretrizes pactuadas na CIT.</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <p><input type="checkbox"/> Art. 6º Inciso I/d - garantia da assistência terapêutica integral</p> <p><input type="checkbox"/> Art. 16 Inciso III - competência da Direção Nacional do SUS: definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade</p> <p><input type="checkbox"/> Art. 18 Inciso XII - competência da gestão municipal do SUS: normatização complementar das ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação</p> <p>Capítulo VIII - Da Assistência Terapêutica e Da Incorporação de Tecnologia em Saúde – Artigos 19M a 19U – incluído pela Lei 12.401 de 28 de abril de 2011.</p>
	<p>- Institui a RENAME, como instrumento que compreende a seleção e a padronização de medicamentos para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS, e o Formulário Terapêutico Nacional, com base em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas atualizados bianualmente pelo MS, conforme diretrizes pactuadas na CIT.</p> <p>Estabelece que os entes subnacionais, conforme pactuação nas respectivas Comissões Intergestores, poderão adotar Relações específicas e complementares, respeitadas as responsabilidades respectivas dos entes pelo financiamento de medicamentos.</p> <p>Vincula a garantia do acesso à assistência farmacêutica à prescrição por profissional do SUS, à assistência em serviço do SUS e à observância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidas.</p> <p>Restringe a RENAME a produtos registrados junto à ANVISA.</p>	<p>Lei 8080/90:</p> <p><input type="checkbox"/> Art. 6º Inciso I/d - garantia da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.</p> <p>Capítulo VIII - Da Assistência Terapêutica e Da Incorporação de Tecnologia em Saúde – Artigos 19M a 19U – incluído pela Lei 12.401 de 28 de abril de 2011.</p>

CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I - Das Comissões Intergestores

Estabelece as Comissões

Intergestores como instâncias de pactuação sobre a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde e suas atribuições respectivas: a CIT, em âmbito nacional; a CIB, em âmbito estadual; e as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em nível regional.

Estabelece a competência exclusiva da CIT relativamente à pactuação: das diretrizes gerais para a composição da RENASES; dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde; e das diretrizes, financiamento e questões operacionais relativas às Regiões situadas em fronteira internacional.

Lei 8080/90:

□ Art. 15 - atribuições comuns da União, os Estados e Municípios: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde.

□ Art. 16 - competências da Direção Nacional do SUS: XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais; XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Institui o Contrato Organizativo da Ação Pública como instrumento de formalização da colaboração entre os entes para a organização da rede de atenção à saúde, no qual são definidas as responsabilidades respectivas com relação a ações e serviços, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros disponibilizados, assim como a forma de controle e fiscalização da sua execução, que deverão resultar da integração dos Planos de Saúde ao nível da Região de Saúde, conforme normas de elaboração, fluxos e diretrizes pactuadas na CIT (ver Seção I do Capítulo V, acima), cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde coordenar sua implementação.

Estabelece que a avaliação do desempenho da prestação dos serviços e ações definidos no Contrato será realizada através de Indicadores Nacionais de Garantia de Acesso, a serem definidos pelo MS a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde. Determina que os Relatórios de Gestão Anuais contemplem seção específica sobre os compromissos contratualizados, que serão sujeitos também ao controle e fiscalização pelo Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS.

Lei 8080/90:

□ Art. 15 - atribuições comuns da União, os Estados e Municípios: I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde.

Lei 8142/90:

□ Art. 4º Inciso IV - Relatório de Gestão Anual.

<p>Capítulo VI - Das Disposições Finais</p>	<p>Determina as medidas a serem adotadas pelo MS frente ao descumprimento de responsabilidades na prestação de serviços e ações de saúde e demais obrigações previstas no Decreto, não apresentação de Relatório Anual de Gestão, não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros e outros atos de natureza ilícita.</p> <p>Determina que a primeira RENASES seja constituída a partir da somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação do Decreto sejam ofertados pelo SUS.</p> <p>Estabelece o prazo de cento e oitenta dias para que o Conselho Nacional de Saúde delibere sobre diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos de Saúde (ver Capítulo III, acima).</p>	<p>Lei 8080/90</p> <p>Art. 4º - constituição do SUS pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.</p> <p>Art. 16 Inciso XIX - competência da Direção Nacional do SUS no estabelecimento do Sistema Nacional de Auditoria e coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS, em cooperação com os Estados, Municípios e Distrito Federal.</p>
--	---	--

Fonte: Revista COSEMS RJ – 13ª edição - ago - set – out/2011.p 30-32.

No mesmo governo, em 24 de junho de 2011, pouco antes da publicação do Decreto, foi editada a Portaria 1.459/2011GM/MS, que instituiu a Rede Cegonha e, logo em seguida em 7 de julho, foram editadas as Portarias 1.600/2011GM/MS e 1.601/2011GM/MS, que regulamentam a Rede de Atenção às Urgências no SUS. As Redes Cegonha e de Urgência retomam conceitos da Portaria 4.279/2010GM/MS, publicada em dezembro do ano de 2010, que “estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS”. Foram ainda instituídas duas outras Redes Temáticas prioritárias: Atenção Psicossocial, com ênfase na atenção ao uso de crack e outras drogas; e Rede de Tratamento Oncológico. O Decreto nº 7.508/2011 aborda a Rede de Atenção à Saúde – definida como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”.

Também fazendo parte da política do governo, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, o Indicador Nacional de Acesso e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, este último dispondo metodologia que sintetiza experiências de monitoramento e avaliação do próprio Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e o Pacto pela Saúde, agregando contribuições importantes do Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), do Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia da FIOCRUZ (VIACAVA, et al. 2003).

O Decreto nº 7.508/11, oferece bases para um relacionamento renovado entre as esferas de gestão, com vistas à construção de formas mais efetivas de gestão compartilhada, expressos em instrumentos e processos como o Mapa da Saúde, o Planejamento Regional Integrado e o COAP.



ESTUDO DE CASO EM SOBRAL - CE

CAPÍTULO 4

CAPÍTULO 4

ESTUDO DE CASO EM SOBRAL - CE

Tratou-se de estudo de caso, qualitativo, justificado na novidade e na escassez de estudos dos processos de planejamento regional em saúde em curso no Brasil.

O estudo de caso permitiu privilegiar a investigação das relações sociais e políticas estabelecidas pelos atores - a historicidade, as crenças e os valores – campo de atuação da pesquisa social e determinante para a conformação das políticas sociais. Nesta abordagem, todos os sujeitos participantes, seja investigador e investigado, influenciam na construção do conhecimento (MINAYO, 2010).

A base territorial escolhida foi a região de saúde de Sobral no Estado do Ceará, explicada no fato de ter sido uma das quatro primeiras regiões sanitárias do Brasil a atender aos novos dispositivos trazidos pelo Decreto 7.508/11, dentre os quais o Mapa da Saúde, base para o processo de Planejamento Regional Integrado, cuja produção compôs o COAP de Sobral. A região de Saúde de Sobral é a maior região de saúde do Estado do Ceará, considerando o número de municípios.

O contexto do estudo consistiu em uma descrição da organização regional da saúde no estado do Ceará, com foco na região

de saúde de Sobral, com seus elementos constitutivos estruturais e organizativos para a definição e implementação de políticas de saúde no território: conformação das regiões; demografia do Estadual e dos municípios que compõem a região de Sobral; estruturas executivas estaduais; atribuições das estruturas estaduais na região; colegiados das estruturas estaduais nas regiões; governança regional – Comissões Intergestores. E ainda, a estrutura do executivo federal para a discussão da implementação dos dispositivos do Decreto, bem como os produtos das pactuações da Comissão Intergestores Tripartite e a estrutura do COAP, com o mesmo fim.

O processo de elaboração do COAP Sobral-CE, foi sistematizado no que se refere ao histórico de construção do mesmo, com base em documentos de acesso público – agendas de trabalho; Plano Diretor de Regionalização 2011; apontamentos de ajustes à minuta do COAP - obtidos pela pesquisadora durante o trabalho de apoio a implantação dos dispositivos do Decreto 7508/11, no ano de 2012, quando foi elaborado e assinado o referido COAP. Após estabelecimento do cenário

Utilizou-se também análise documental de Leis, do Decreto 7.508/11, de Atas, Resoluções e Listas de presença

das reuniões da CIB e CIR que tiveram o planejamento como ponto de pauta naquele ano, objetivando estabelecer o cenário, a institucionalidade do processo e o papel indutor das instâncias de governança, bem como a utilidade do instrumento como recurso de discussão e pactuação.

Em relação às CIB e CIR, foram considerados o conteúdo das negociações intergovernamentais, o processo político, os padrões de relacionamento, as formas e impactos da interação com o planejamento regional.

Investigou-se o Planejamento Regional Integrado de Sobral utilizando-se duas matrizes analíticas. A primeira voltada para os conteúdos do Mapa da Saúde, conforme estabelecidos com detalhe – posteriormente contemplados na Portaria nº 2.135/13, de 25 de setembro de 2013, que estabelece Diretrizes para o Processo de Planejamento no Âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013), de forma agregada - no documento intitulado *Diretrizes para Conformação do Mapa da Saúde e Planejamento no Âmbito do SUS*, em pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, ocorrida em novembro de 2011, pretendendo verificar os conteúdos e coerência estruturais dos instrumentos quanto a:

- 1) estrutura do sistema de saúde;
- 2) redes de atenção à saúde;
- 3) condições sócio-sanitárias;
- 4) fluxos de acesso;
- 5) recursos financeiros;
- 6) gestão do trabalho e da educação em saúde;
- 7) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e
- 8) gestão.

A segunda, *Conteúdo das Negociações Intergovernamentais*, esteve voltada à verificação dos elementos de governos estadual e regional - estruturas de integração e gestão regional - observando as relações intergovernamentais (articulação/coordenação, mecanismos de cooperação, e conflitos), institucionais e políticos utilizados na discussão, identificando os impactos das inovações no sistema de saúde com base nos seguintes marcos:

- Papel das CIB e CIR no Planejamento Regional Integrado, quanto a: presença de assuntos/ questões relativas ao planejamento regional integrado; definição de diretrizes para o processo; presença de construção conjunta da agenda de planejamento regional; frequência e regularidade das discussões relativas ao processo de planejamento regional.
- Capacidade de Atuação da CIB para o tema, quanto a: capacidade de formular e implementar políticas; natureza das relações entre os atores governamentais.
- Capacidade de Atuação da CIR para o tema, quanto a: capacidade de formular e implementar políticas; capacidade de gerar coordenação intergovernamental (parcerias,

formalização de compromissos; superação de impasses e conflitos); Capacidade de adaptação do tema à realidade regional; Capacidade de gerar inovações para o tema (mudanças nos padrões de relacionamentos intergovernamentais).

Em relação aos aspectos éticos o referido trabalho utilizou-se de dados secundários, respeitando-se a confidencialidade e o anonimato dos dados. Por serem dados secundários não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.



RESULTADOS, DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES

CAPÍTULO 5

CAPÍTULO 5

RESULTADOS, DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES

Da Organização Regional do Estado do Ceará, com foco na Região de Saúde Sobral

O Estado do Ceará situa-se na região nordeste do Brasil e é composto por 184 municípios, dentre os quais o município de Sobral, conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará (PDR, 2011).

Possui um histórico de regionalização da saúde que data do ano de 1998, com a aprovação de um conjunto de diretrizes visando a atenção primária, secundária e terciária, pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU, 1998), operado inicialmente em sistemas microrregionais de serviços de saúde. A primeira experiência de regionalização de serviços ocorreu em novembro de 1998, com o projeto piloto da microrregião de Baturité.

A edição da NOAS SUS 01/2001 influenciou fortemente o modelo de descentralização regionalizada que se desenhava no Estado. Durante o processo de implantação desta norma foi construído o primeiro Plano Diretor de Regionalização do Estado, em 2001, bem como constituídas e legitimadas as instâncias importantes para a conformação da política de saúde: as CIB Microrregionais – NOAS –, posteriormente Colegiados de Gestão Regional - Pacto pela

Saúde - e hoje Comissões Intergestores Regional – Decreto 7.508/11.

O Estado conta com 22 regiões de saúde, que à época estavam reunidas em 4 macrorregiões: Fortaleza, Sobral, Cariri e Sertão Central. Todavia, em razão da construção do Hospital Regional do Litoral Leste/Jaguaribe, em maio de 2014, foi criada a 5ª macrorregião: a Litoral Leste/Jaguaribe, ocasião em que o Estado revisou o PDR-2011. As macrorregiões são formadas por um conjunto de regiões que convergem para os polos terciários de Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Cariri e agora em 2014 para o Litoral Leste/Jaguaribe.

A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Assegura também tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas.

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará, em sua estrutura organizacional dispõe de uma Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), para coordenação das regiões de saúde, um braço descentralizado do Estado. Para ocupação do cargo os coordenadores regionais, são submetidos a processo seletivo.

Para delimitação das regiões, o Ceará estabeleceu os seguintes critérios: malha viária; proximidade dos municípios; deslocamento da população aos serviços de saúde; capacidade máxima dos serviços de saúde, existente nos municípios; sentimento de pertencimento e interdependência e por fim, disposição política para pactuação.

A conformação macrorregional embora não esteja expressa no Decreto 7.508/11, emana de uma decisão do governo estadual com vistas a orientação um plano de investimento do Estado, na busca de assegurar ao longo do tempo a aquisição por parte de todas as regiões, de capacidade resolutiva no âmbito das ações e serviços de alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, de modo a constituir um fluxo de acesso e de resolução dos problemas de saúde próximo do cidadão, levando em consideração os critérios de escala em relação aos serviços de alta densidade tecnológica. A criação das macrorregiões foi considerada estratégica para o alcance do objetivo do acesso em tempo oportuno.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2012 o Estado do Ceará contava com uma população de 8.606.005 habitantes. Destes, 12,8% possuía cobertura de saúde suplementar e 87,2% era SUS dependente.

A região de Saúde de Sobral, também denominada 11ª CRES, em 2012 contava com uma população de 629.957 habitantes. A oferta de atenção primária e secundária encontra-se na própria região e a atenção terciária é referenciada para o município de Fortaleza, onde está instalado o maior complexo tecnológico do Estado conforme Figura 3 (PDR/CE 2011).

Figura 3 - Mapa da Região de Saúde de Sobral, com Fluxo Assistencial de Média e Alta Complexidade.



Fonte: PDR/CE 2011. Legenda: MC (média complexidade), AC (alta complexidade).

No mesmo período, a macrorregião de Sobral, composta pelas regiões de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim, possuía população de 1.577.256 habitantes, ou seja, 18,3% da população estadual, a segunda macrorregião de saúde mais populosa do Estado, sendo menor apenas que a macrorregião de saúde de Fortaleza, que à época tinha 4.985. 183 habitantes, o que representava 57% da população do Estado.

Sobral, portanto, é o nome de um município de uma região de saúde, e também de uma macrorregião de saúde do Estado do Ceará. O presente estudo trata da região de saúde de Sobral.

A tabela 1 apresenta a composição municipal e a distribuição populacional da Região de Saúde de Sobral:

Tabela 1 – Região de Saúde de Sobral – Composição e População.

Total populacional (região)	629.957 hab.
Composição municipal:	
1) Alcântaras	11.171 hab.
2) Cariré	18.629 hab.
3) Catunda	10.218 hab.
4) Coreaú	22.653 hab.
5) Forquilha	22.998 hab.
6) Frecheirinha	13.402 hab.
7) Graça	15.281 hab.
8) Groaíras	10.668 hab.
9) Hidrolândia	19.882 hab.
10) Ipu	41.190 hab.
11) Irauçuba	23.202 hab.
12) Massapé	36.854 hab.
13) Meruoca	14.377 hab.
14) Morujo	8.393 hab.
15) Mucambo	14.335 hab.
16) Pacujá	6.131 hab.
17) Pires Ferreira	10.556 hab.
18) Reriutaba	19.281 hab.
19) Santa Quitéria	43.358 hab.
20) Santana do Acaraú	31.133 hab.
21) Senador Sá	7.210 hab.

22) Sobral	197.663 hab.
23) Uruoca	13.348 hab.
24) Varjota	18.024 hab.

Fonte: PDR – CE 2011.

A região de Sobral, situada no semiárido do nordeste brasileiro, é uma região desenvolvida que possui o maior polo universitário do interior do Estado exercendo forte influência sobre todo o norte do Ceará. A saúde, na região de Sobral, é considerada como sendo de alto desenvolvimento, com baixos indicadores de mortalidade materna e infantil e alta cobertura e resolutividade da atenção básica.

Da Instância Estadual nas Regiões de Saúde

Conforme já apontado, cada região de saúde do Ceará possui um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), com exceção da região de Cascavel, criada pela Resolução nº 10/2005 do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), que fica técnico-administrativamente sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Fortaleza. A Coordenadoria Regional dispõe de uma estrutura organizacional, com um responsável: o coordenador regional de saúde e dois assessores diretos: um assessor técnico e um assistente técnico administrativo financeiro. Conta também com uma equipe técnica de apoio, tendo atribuições e funções delegadas pelo Estado, conforme abaixo.

São atribuições das regiões de saúde:

- Implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional;
- Assessoramento na organização dos serviços nas regiões;
- Orientação, planejamento, acompanhamento, avaliação e monitoramento das atividades e ações de saúde em âmbito regional, segundo normas técnicas;
- Promoção e articulação interinstitucional;
- Gestão do sistema de referência e contra referência no âmbito regional;
- Execução de outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional.

As regiões de saúde têm por funções:

- Coordenação: são os representantes da SESA e Coordenadores do Sistema Único Estadual em âmbito regional.
- Informação: asseguram o manejo adequado da informação no nível de complexidade

de cada município e no âmbito regional, consolidando as informações, alimentando o sistema de informação estadual, analisando e retroalimentando os municípios, para manutenção de estreito relacionamento com o nível central da SESA.

- Responsabilização: implementam os procedimentos necessários para garantia da observância de normas técnicas por parte dos municípios bem como avaliam a necessidade de assessoria para o atendimento das normas.
- Planejamento: programam suas ações considerando as necessidades regionais, obedecendo a flexibilidade necessária para que os municípios se adequem às diversidades locais existentes.

Colegiado Interno de Gestão da Coordenadoria Regional de Saúde

As coordenadorias regionais dispõem de um Colegiado Interno de Gestão, composto por gestores (coordenador regional, assessor técnico e assistente técnico administrativo-financeiro) e por representantes dos grupos de trabalho (grupo de vigilância à saúde, grupo de atenção à saúde, grupo de gestão estratégica e participativa, grupo de recursos humanos e grupo de apoio logístico). Esse colegiado é orientado por um Plano de Atividades para a Coordenadoria Regional de Saúde.

Da Governança Regional – A Comissão Intergestores Regional – CIR

Cada região possui uma CIR, com a finalidade de pactuar a organização, o funcionamento das ações e serviços de saúde (dentre as quais as diretrizes regionais para a organização das redes de atenção,); as referências da atenção para o atendimento da integralidade da assistência; bem como os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. É composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde na região, ou seja, pelo Coordenador Regional, pelo Assessor Técnico, pelo Assistente Técnico da Coordenadoria Regional de Saúde - CRES e por todos os Secretários Municipais de Saúde da região.

Do Processo de Construção do COAP no Estado do Ceará, com foco no COAP de Sobral

Tendo o Decreto 7.508, sido publicado em meados de 2011, o processo de construção do COAP no Estado do Ceará, uma construção coletiva, teve início em março de 2012, sob coordenação estadual, com presença e apoio do ministério da saúde para difusão de informações, alinhamentos de entendimentos dos dispositivos do Decreto e discussões de agenda de trabalho. Em reuniões em que todo o Estado se fazia presente as regiões eram representadas por seus coordenadores regionais.

O COAP consolida acordos interfederativos tendo como base o planejamento em saúde e os valores e diretrizes do sistema aprovados pelo conselho nacional de saúde, sendo firmado

por todos os entes federativos de uma região de saúde, envolvendo os municípios, o Estado e a União. Trata-se de um contrato que tem por finalidade organizar entre entes federativos, ações e serviços de saúde que extrapolam a individualidade executiva, fortalecendo a gestão compartilhada e possibilitando a integração necessária no SUS, diferindo assim de um contrato comum de troca econômica conforme previsto na Lei 8.666/93. É um acordo de vontades firmado entre entes federados com o fim de organizar as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, definindo as responsabilidades, as programações, metas, direitos e obrigações de cada um sempre de acordo com os consensos obtidos no colegiado interfederativo.

Neste caso, entende-se por consenso interfederativo o resultado das decisões nas instâncias interfederativas no que diz respeito aos aspectos da atenção à saúde, sua gestão administrativa, financeira, regionalização, hierarquização, responsabilidades, direitos e deveres.

No Estado do Ceará, os primeiros acordos interfederativos firmados por consensos foram organizados em dois eixos: atores e estratégia de abordagem. 1) Atores – entes federados: Governo do Estado/Secretaria da Saúde; Municípios/Associação dos Municípios do Estado do Ceará - APRECE e Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará - COSEMS/CE; e Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS; 2) Estratégia política e técnica: 2.a) disseminação de informação e sensibilização dos gestores: prefeitos e secretários municipais de saúde; 2.b.) disseminação e sensibilização dos procuradores e assessores jurídicos dos três entes federados.

Agenda dos três entes federados - Para o processo de elaboração do COAP, foram estabelecidas e pactuadas oito (8) etapas a serem cumpridos, a saber: 1) Formação da Comissão de Condução Estadual do Processo de elaboração do COAP; 2) Definição dos momentos de elaboração do COAP e uma agenda de Compromisso; 3) Preparação das Equipes Regionais: coordenadores e assessores técnicos das CRES; 4) Elaboração dos instrumentos de planejamento integrantes do COAP: Mapa da Saúde, Mapa de Metas dos Indicadores e da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (modelo padrão); 5) Monitoramento e recondução do processo; 6) Análise de consistência interna e ajustes dos instrumentos de planejamento; 7) Pactuação e aprovação dos COAP nas CIR; 8) Homologação dos COAP na CIB; 9) Assinaturas dos COAP pelos entes signatários.

Com base no planejamento estratégico, foram então definidos momentos para elaboração do COAP, a saber:

Momento 1 – Definição do Território.

Momento 2 – Análise Situacional - MAPA DA SAÚDE.

Momento 3 – Definição das Ações de Intervenção.

Momento 4 – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

Momento 5 - Identificação das Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras.

Alguns momentos ocorreram concomitantes.

Foi então construída uma agenda para elaboração do COAP, desenhadas a partir do prazo final, conforme abaixo:

Quadro 2 – Agenda para Elaboração do COAP no Estado do Ceará.

MARÇO/2012
Divulgação do Decreto 7508/2011 e COAP.
Formação do Grupo de Condução Estadual do processo de elaboração do COAP
Informação para os Procuradores e Assessores Jurídicos sobre o COAP.
Definição da metodologia para implantação do COAP e elaboração da Agenda de Compromisso e do Cronograma com os Coordenadores Regionais.
ABRIL/2012
Análise e ajustes do Mapa de Saúde de 20 Regiões de Saúde. Redefinição da Agenda de Compromisso e Cronograma.
Monitoramento do processo de adesão dos gestores ao COAP com os Apoiadores do MS e Coordenadores da SESA.
MAIO/2012
Análise de consistência do Mapa da Saúde pelos Técnicos do Nível Central da SESA.
Discussão sobre as dificuldades na elaboração do COAP apontadas pelos Coordenadores Regionais.
JUNHO/2012
Discussão e definição de ações de superação dos problemas identificados no processo de elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços.
Discussão sobre as dificuldades técnicas e políticas para assinatura do COAP no Comitê Executivo da SESA.
Discussão e homologação das minutas do COAP das 20 Regiões de Saúde na CIB/CE.
Análise da documentação enviada pelos CIR pela Equipe Técnica da SESA.
JULHO/2012
Avaliação das Minutas do COAP e seus anexos pela Equipe Técnica do MS, representantes do CONASEMS, CONASS e Grupo de Condução Estadual de Elaboração do COAP (SESA e COSEMS).

Divulgação dos pareceres das áreas técnicas do MS para os Coordenadores e Assessores Regionais e os Técnicos Apoiadores do MS.
Elaboração dos Objetivos Regionais e identificação das responsabilidades estaduais (Assessor de Planejamento e Coordenadores da SESA)
Encontro para revisão da NOVA Minuta do COAP e seus anexos com os Coordenadores e Assessores Regionais
AGOSTO/2012
Avaliação das Minutas do COAP e seus anexos com a equipe do MS, Coordenadores da SESA e Assessores das CRES.
Recondução do processo de elaboração dos COAP e seus anexos, frente aos pareceres das áreas do MS.
Homologação dos COAP das 20 Regiões de Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite- CIB.

Fonte: COPAS/SESA/CE.

O processo foi discutido também em Fóruns Regionais de Conselheiros Municipais de Saúde para discussão do processo. O Conselho Estadual foi presente e participativo.

Nem todas as regiões de saúde do Ceará pactuaram o COAP, contando-se que vinte o fizeram, a saber: 1) Maracanaú; 2) Baturité; 3) Canindé; 4) Itapipoca; 5) Aracati; 6) Quixadá; 7) Russas; 8) Limoeiro do Norte; 9) Sobral; 10) Acaraú; 11) Tianguá; 12) Tauá; 13) Crateús; 14) Camocim; 15) Icó; 16) Brejo Santo; 17) Juazeiro do Norte; 18) Crato; 19) Cascavel; e 20) Caucaia. Não assinaram o COAP as regiões de Fortaleza e Iguatu.

O processo de construção teve coordenação do Estado, determinante na definição do método, na construção da agenda, na organização e estruturação de reuniões conjuntas com todas as regiões, na disseminação das informações, na disponibilização para as regiões de subsídios técnicos para montagem das bases de informações para as análises territoriais (dados sociodemográficos, epidemiológicos, financeiros, dentre outros) e no apoio ao ajuste dos documentos. Em reunião conjunta entre SESA, Ministério da Saúde e os representantes das regiões, foi informada a área e o técnico do Estado responsável pela disponibilização de cada informação necessária para basear o início das discussões.

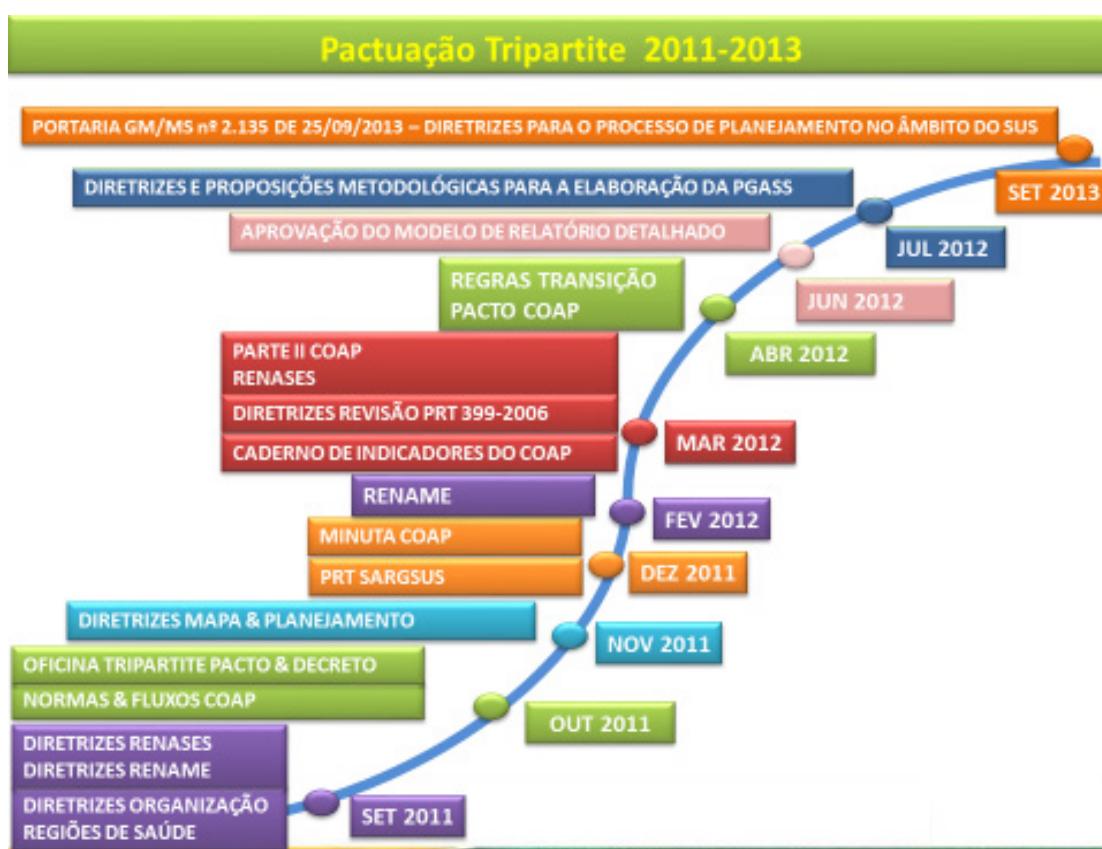
Do Comitê Gestor do Decreto nº 7.508/11

- No âmbito do Ministério da Saúde foi constituído o Comitê Gestor para implementação dos dispositivos do Decreto, composto por representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde e sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, onde se discutia a agenda, alinhava-se os entendimentos e os encaminhamentos relativos ao processo (BRASIL, 2011). O Comitê Gestor conta com cinco grupos executivos: I - Grupo

Executivo do COAP; II - Grupo Executivo da Regionalização e Articulação Interfederativa; III - Grupo Executivo RENAME (Relação Nacional de Medicamentos); IV - Grupo Executivo RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde); e V - Grupo Executivo do Mapa da Saúde e Planejamento Integrado. Cada grupo executivo sob a coordenação de membros do Comitê e composto por representantes de áreas técnicas, discutia a construção de instrumentos, fluxos e sistematizava informações necessárias ao processo, que ao final eram levadas para deliberação nas reuniões do Comitê Gestor do Decreto 7508/11, que em 2012 contou com reuniões semanais.

De 2011 a 2013 foram discutidas no âmbito do Comitê Gestor, quinze (15) dispositivos relativos à implementação do Decreto, que posteriormente foram submetidas à discussão e pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, conforme Figura 4.

Figura 4 - Linha do Tempo das Pactuações Tripartite Relativas aos Dispositivos do Decreto 7.508/11.



Fonte: DAI/SGEP/MS.

O documento de “Diretrizes para Conformação do Mapa da Saúde e Planejamento no Âmbito do SUS”, pactuado em novembro de 2011, trouxe como um de seus conteúdos, oito temas mínimos a serem observados quando da elaboração do Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições sócio-sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção

e inovação em saúde; gestão.

Tais conteúdos foram incorporados à Portaria nº 2.135/13, de 25 de setembro de 2013, que estabelece Diretrizes para o Processo de Planejamento no Âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). O Art. 8º da mesma Portaria define que o Planejamento Regional Integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR, e ainda: § 1º art. 8º. *O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolverá os três entes federados.*

Dessa forma o Planejamento Regional Integrado deve ser entendido como um processo cujos produtos dele resultantes compõem o COAP (BRASIL, 2013).

O COAP, um acordo de colaboração, visa organizar e integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos em uma região de saúde, *locus* da garantia da integralidade da atenção à saúde, teve sua minuta pactuada em dezembro 2011, define as responsabilidades dos entes signatários sob 4 dimensões: responsabilidades organizativas; responsabilidades executivas; responsabilidades orçamentário- financeira e responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho, controle da execução do COAP e auditoria.

Estruturadas conforme Figura 5:

Figura 5 - Estrutura do COAP



Fonte: DAI/SGEP/MS

Em vários momentos do processo os três entes federados trabalharam em conjunto, reunidos em Brasília ou no Estado do Ceará.

Entre os meses de julho e agosto de 2012, as minutas dos COAP foram apreciadas pelas procuradorias/assessorias jurídicas de cada município e receberam os correspondentes pareceres jurídicos. No dia seis de agosto do mesmo ano a assessoria jurídica da Secretaria

Estadual de Saúde do Ceará emitiu o parecer jurídico do Estado.

Em 14 de agosto de 2012 a CIB-CE homologou (Resolução 255/2012) o COAP de 19 regiões de saúde, dentre os quais o COAP de Sobral.

A documentação foi então encaminhada ao Ministério da Saúde para receber parecer técnico final das áreas responsáveis pelo conteúdo de cada parte do COAP, posto que, durante o processo de construção (dias 04 e 05/07/2012) havia ocorrido em Brasília uma primeira avaliação e discussão conjunta das minutas dos COAP, com representantes do CONASEMS, Grupo de Condução Estadual de Elaboração do COAP (SESA e COSEMS), CONASS e Membros do Comitê Gestor do Decreto. Para tal, a equipe técnica do MS, recebeu previamente as minutas dos COAP para avaliação.

No mesmo mês, os prefeitos municipais, o Secretário de Estado da Saúde do Ceará e o Ministro da Saúde do Brasil firmaram os COAP das regiões de saúde do Ceará.

Em 17 de outubro de 2012 foram publicados os quatro primeiros extratos dos COAP de quatro regiões de saúde, dentre os quais o extrato do COAP de Sobral (Quadro 3).

Quadro 3 - Demonstrativo das datas de publicação da formalização dos COAP (publicação de extratos).

DIA	AGOSTO/2012
17	Assinaturas dos COAP das Regiões de Saúde de: Maracanaú, Tauá, Sobral e Brejo Santo. Coordenação: Gabinete do Governador. Local: Salão de Atos do Palácio da Abolição.
DIA	OUTUBRO/2012
17	Publicação dos COAP das Regiões de Saúde de: Maracanaú, Tauá, Sobral e Brejo Santo, no DOU nº 201, de 17 de outubro de 2012.
DIA	DEZEMBRO/2012
19	Publicação dos COAP das Regiões de Saúde de: Baturité, Acaraú, Tianguá e Cascavel, DOU nº 244, de 19 de dezembro de 2012.
21	Publicação dos COAP das Regiões de Saúde de: Caucaia, Canindé, Itapipoca, Aracati, Quixadá, Russas, Camocim, Icó, Crato e Juazeiro do Norte, no DOU nº 246, de 21 de dezembro de 2012.
31	Publicação dos COAP das Regiões de Saúde de: Limoeiro do Norte e Crateús no DOU nº 251, de 31 de dezembro de 2012.

Fonte: COPAS/SESA/CE.

Planejamento Regional Integrado e o COAP de Sobral

Além da agenda tripartite, o processo de elaboração do COAP de Sobral, contou com elaboração discussões e no âmbito da região de saúde. Na CIR-Sobral foram realizadas três (3) reuniões em cujas pautas houve discussão do tema, a saber:

29/03/2012 - 1º ponto da pauta: Informes e uma construção de agenda regional. O informe trouxe notícias sobre os encontros das CRES do Ceará, objetivando alinhar entendimento sobre

o Decreto e o COAP, com foco especial no último encontro que se constituiu em um Seminário de Planejamento das Ações do COAP. Na reunião ocorreu também uma apresentação sobre o Decreto nº 7.508/11. Após a apresentação a discussão dos municípios trouxe o consenso de que o momento era de fortalecimento das Regionais de Saúde, havendo necessidade de que todos entendessem o conceito de território para que o novo processo que se instalava pudesse ser compreendido. Foi orientado que os municípios conformassem grupos de estudo municipais para divulgação do Decreto e melhoria no entendimento do COAP. Foi ainda informado que a Coordenadoria Regional de Saúde estabeleceu a prática do estudo, com várias reuniões já realizadas para o debate do tema. Há também o relato das etapas desenvolvidas na organização do planejamento da regional, assim descrito “necessário montar o mapa da saúde para diagnosticar o território” Inicia-se com a primeira etapa que é a territorialização; segue com a segunda que é o diagnóstico (mapa da saúde com os indicadores); terceira a definição das intervenções; a quarta a programação baseadas em prioridades, sendo priorizados os programas: hipertensão, diabetes, cânceres de mama, de útero e de próstata; quinta a responsabilidade orçamentária e financeira.

Neste momento se fez necessário a verificação dos limites financeiros dos municípios da região, identificando os investimentos de acordo com a necessidade e capacidade de execução do momento, identificando também recursos de custeio para os novos serviços, sendo necessário um levantamento dos recursos do tesouro estadual para cada região, sendo também necessário que este momento fosse finalizado até o dia 29 de junho de 2012. E por último, a sexta etapa: monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria”.

Encaminhamentos: 1) encaminhamento via e-mail para todos os municípios, das etapas acima; 2) realização de uma oficina com todos os municípios da região com finalidade de facilitar a elaboração do planejamento de cada município; 3) estabelecimento do prazo de 03 de abril 2012 para encaminhamento à regional, do mapa da saúde de cada município para basear a construção do mapa da saúde região, a ser apresentado no *XII Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará - COSEMS-CE*, no município do Crato, em 12 de abril de 2012, em onde ocorreria o encontro das Coordenadorias Regionais de Saúde.

3º ponto da pauta: Apresentação do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). É realizada uma explanação sobre as contribuições do sistema para gestão e para o controle social e a sobre a função do mesmo: fornecer aos gestores municipais um instrumento informatizado que facilite a elaboração e o envio do Relatório de Gestão (RG), utilizando as bases de dados nacionais com informações que servirão para qualificar os processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão. É também informado que o cadastro do gestor de cada município será feito pela Regional de Saúde. O manual do SARGSUS é apresentado

Encaminhamento: Envio do manual por e-mail a todos os gestores para que conheçam e façam o cadastramento dos conselheiros sendo necessário um conselheiro do segmento usuário e outro de qualquer segmento. Treinamento para uso do sistema com uma data a

ser combinada, realizado em três encontros cada um, com oito municípios para atender os 24 municípios da regional de Saúde.

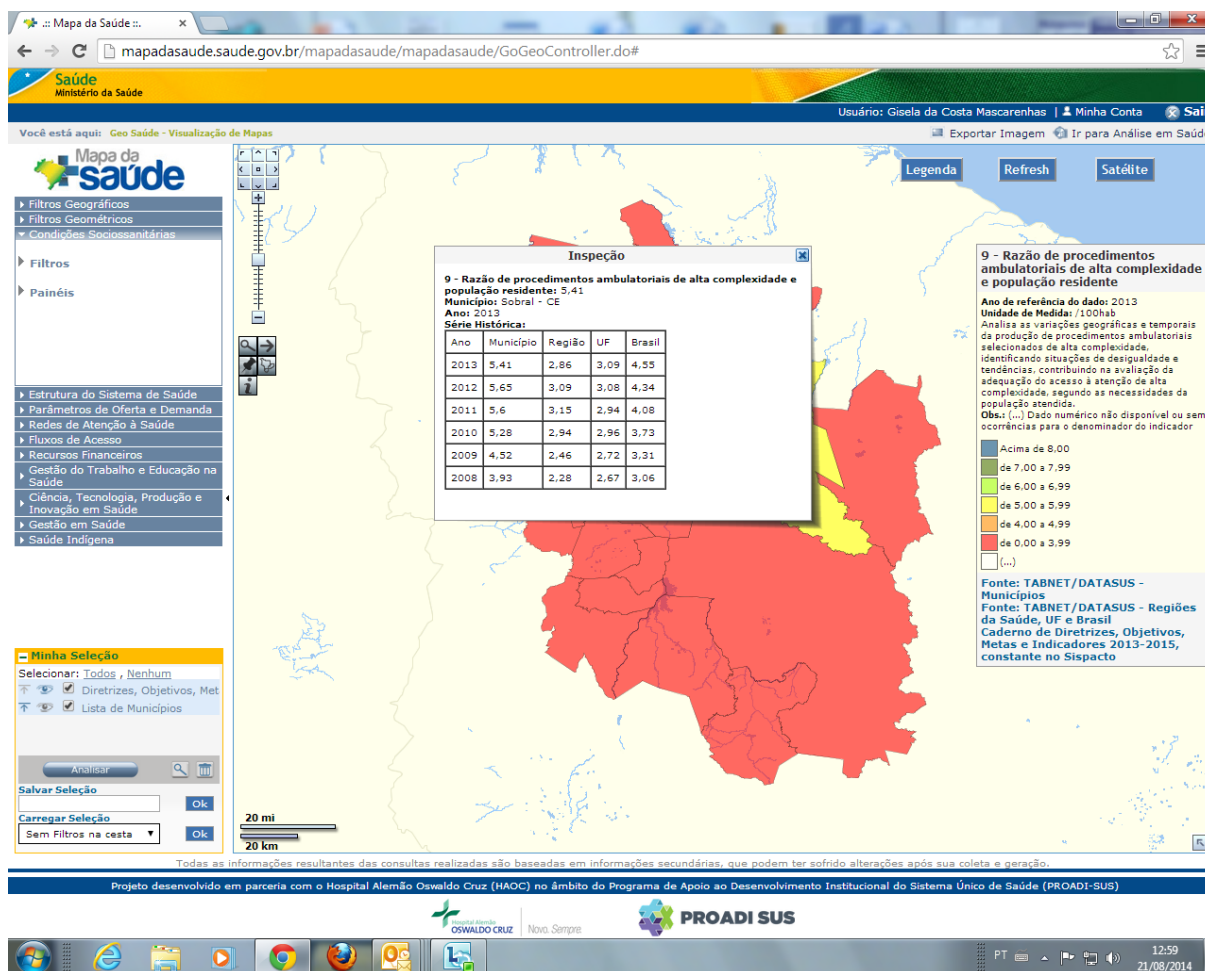
25/04/2012 – Informe décimo: Portaria nº 575 GM/MS, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

2º ponto da pauta: Apresentação do Mapa da Saúde da Macrorregião de Sobral, correspondentes indicadores epidemiológicos; socioeconômicos; estruturas existentes: Hospital Regional, Unidade de Pronto atendimento, SAMU, salas de estabilização, hospitais polos, e atendimento domiciliar, e outros indicadores, sendo lembrado que a região de saúde de Sobral é referência para toda região. Encaminhamentos acordados na reunião: 1) elaboração dos Mapas da Saúde municipais.

14/05/2012 – Pauta única constituída da pactuação de indicadores dos municípios para o COAP. A metodologia explicitada no início da reunião contemplou a leitura das diretrizes, objetivos, indicadores universais, complementares, específicos, demonstradas as séries históricas e correspondentes fonte de dados de cada município para discussão de metas a serem pactuada com cada Secretário Municipal de Saúde da região. Ao final o discutido e apurado foi submetido a votação.

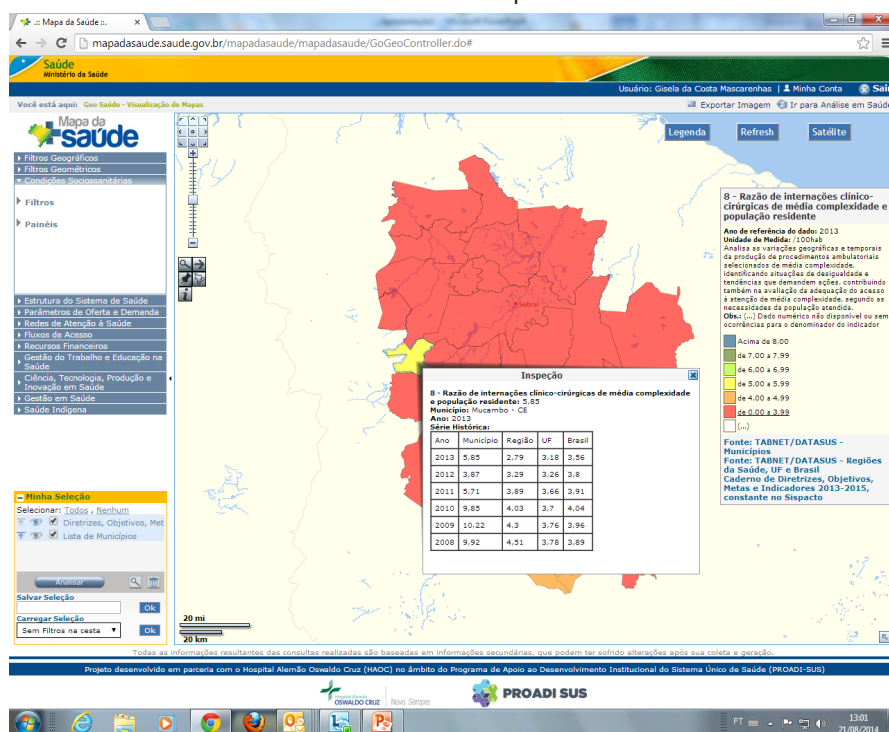
Exemplos de indicadores de acesso integrantes do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) (BRASIL, 2014), composto por um conjunto de indicadores que levam em consideração os determinantes sociais da saúde, as condições de da população, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho do sistema de saúde, analisados transversalmente no que se refere equidade) e correspondentes séries históricas que demonstram a tendência dos mesmos em relação ao próprio município, à região, ao Estado do Ceará e ao Brasil. Estes elementos serviram de base para a discussão da situação de saúde e estabelecimento de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores regionais e municipais: razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente da região de sobral. Série histórica do município de Sobral; razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade em população residente da região de Sobral. Série histórica do município de Mucambo; razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade em população residente da região de Sobral. Série histórica do município de Catunda, conforme Figuras 6, 7 e 8.

Figura 6 - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente da região de sobral. Série histórica do município de Sobral-CE.



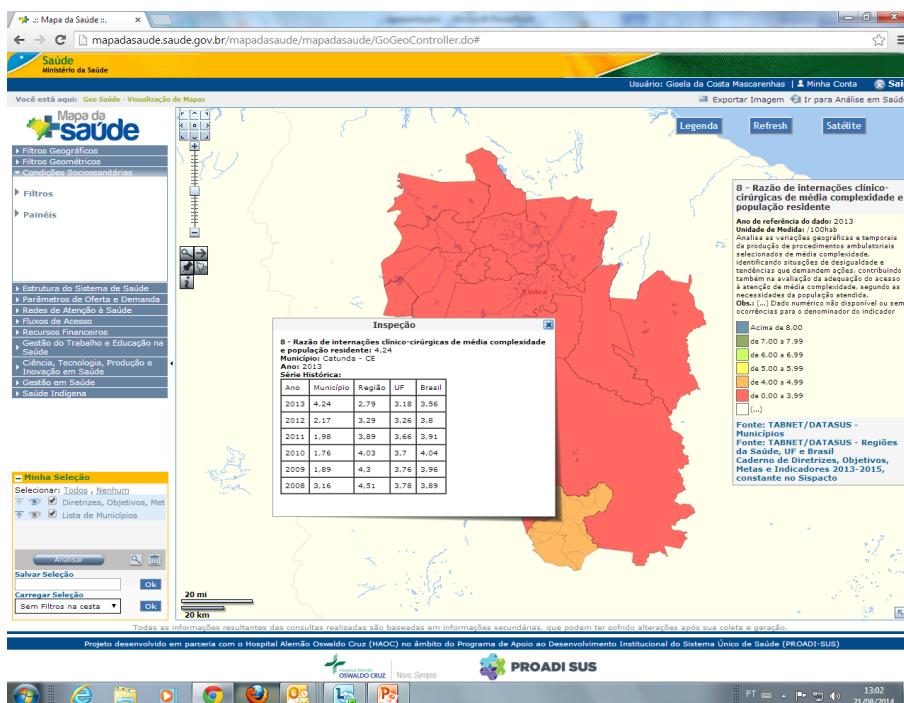
Fonte: Aplicativo Mapa da Saúde. Disponível em mapadasaude.saude.gov.br. Acesso em 21/08/2014

Figura 7 - Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade em população residente da região de Sobral. Série histórica do município de Mucambo-CE.



Fonte: Aplicativo Mapa da Saúde. Disponível em mapadasaude.saude.gov.br. Acesso em 21/08/2014.

Figura 8 - Razão de internações clínico cirúrgicas de média complexidade em população residente da região de Sobral. Série histórica do município de Catunda-CE.



Fonte: Aplicativo Mapa da Saúde. Disponível em www.mapadasaude.saude.gov.br. Acesso em 21/08/2014.

Encaminhamento: Aprovação do pacto de metas da região de Saúde da 11ª CRES.

Do mesmo modo, a CIB-CE, em 22/06/2012, em sua 6ª reunião ordinária de 2012 teve como 1º ponto da pauta a “Discussão sobre o processo de assinatura do COAP pelos signatários do SUS no Estado”. E, na 2ª reunião extraordinária de 2012, ocorrida em 14/08/2012, pela Resolução nº 255/2012 – CIB/CE, homologou os Contratos Organizativos da Ação Pública de Saúde - COAP de 19 (dezenove) Regiões de Saúde do Estado do Ceará, dentre os quais o de Sobral. A ata da reunião demonstra que a resolução ocorreu após exposição para a plenária do conteúdo de um dos COAP, a título de exemplo.

Considere-se que a discussão das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, constituiu-se em um dos insumos, dentre os demais que compõem o Mapa da Saúde, com os quais houve cruzamento de dados para fins de cálculo, tais como os indicadores sociodemográficos.

Para análise dos conteúdos do mapa construiu-se uma matriz analítica que contempla os oito temas pactuados na tripartite, quais sejam: estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições sócio-sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e educação na saúde; ciência tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão, a fim de verificar se os mesmos haviam sido considerados, bem como a consistência dos mesmos para subsidiar a análise da situação de saúde na região. A descrição dos conteúdos de cada um destes temas foi extraída, no documento *Diretrizes para Conformação do Mapa da Saúde e Planejamento no Âmbito do SUS*, pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite em novembro do ano de 2011.

Em relação ao tema estrutura do sistema de saúde, verificou-se que, embora haja identificação de cobertura da atenção primária, estruturas hospitalares a atenção psicossocial, não resta claro o tipo de prestador, segundo classificação estabelecida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (pessoa física com fins lucrativos; pessoa jurídica com fins lucrativos; privado optante pelo simples; publica estadual; publica municipal; filantrópica com a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CNAS) válido; sindicato), as farmácias e serviços de apoio diagnóstico disponíveis, dentre outros. Destaca-se ainda que, os leitos especializados não estão identificados por município.

Quanto às redes de atenção, verificou-se a indicação de que a atenção primária é a principal porta de entrada. Em relação ao acesso à média e alta complexidade identifica-se que o referenciamento se dá por meio da pactuação entre os entes signatários. E, por fim, informaram que as redes temáticas: Cegonha, Atenção às Urgências e Atenção Psicossocial encontravam-se em processo de implantação.

No que tange as condições sanitárias verificou-se que os elementos necessários para identificação da situação epidemiológica, sócio-sanitárias, bem como a definição das Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas para a região foram satisfatoriamente demonstradas.

Os fluxos de acesso foram evidenciados, indicando o caminho e distância a serem percorridos pelos usuários, quando da ocorrência de eventos que requerem atenção de

média e alta complexidade. Relevância para o município de Fortaleza como referência de toda demanda de alta complexidade da região de Sobral.

A previsão dos recursos orçamentários de investimentos e custeio estabelecidos para serem assumidos pelas três esferas de governo estão claramente expressos, permitindo a transparência do compartilhamento sobre o financiamento da saúde na região.

No que se refere à gestão do trabalho e educação na saúde constatou-se inconsistência, pois não foram encontrados dados essenciais à análise como quantidade total de trabalhadores de acordo com os serviços, a descrição da jornada de trabalho dos mesmos, o tipo de vínculo trabalhista, os indicadores de saúde do trabalhador.

Quanto à educação permanente observou-se a descrição dos cursos realizados e em andamento. E ainda, verificou-se que os centros formadores existente na região não foram identificados como recursos disponíveis para desenvolvimento de pessoal da saúde.

Em relação à Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde houve menção da rede BIBLIOSUS e revistas publicadas na região, contudo outras importantes instituições presentes na região que podem contribuir para o desenvolvimento de pesquisas, não foram identificadas embora, conforme descrito na identificação da região. Possui o maior pólo universitário do interior do Estado com forte influência sobre todo o norte do Ceará

Por fim, quanto aos instrumentos de gestão, observou-se que não estão claramente expressos os instrumentos de regulação assistencial. Ademais, não há referências à situação dos municípios quanto à existência de Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão. E ainda, a avaliação da gestão não está evidenciado com os elementos referentes à pesquisa de satisfação de usuários e as notas do IDSUS (Quadro 4).

Quadro 4 - Matriz Analítica do Mapa da Saúde/Análise Situacional.

Região de Saúde de Sobral			
Mapa da Saúde/ TEMAS	Detalhamento dos Conteúdos/variáveis avaliados	Situação Identificada no COAP	Status: a. Presença de/ ausência de b. Consistência/ Inconsistência
Estrutura do sistema de saúde	<p>a. Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;</p> <p>b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.</p>	<p><i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.1-Estrutura do Sistema.</i></p> <p>1) Estabelecimentos de Saúde Primários, listados por município, número de unidades, tipos de ambulatório: atenção primária, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar e CEO.</p> <p>2) Relação de leitos por especialidade, tipo de unidade sem citar o município onde está instalado.</p> <p>3) Hospitais intermediários identificados o tipo de clínica, o número de leitos e o município onde está instalado.</p> <p>4) Tabela de oferta de leitos, identificando o município, o tipo de unidade, o número de leitos e o tipo de clínica.</p> <p>5) Oferta e cobertura de ações e serviços de Saúde: Cobertura pelas Equipes de Saúde da Família, discriminadas por município, a partir da população existente, demonstrando a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde: (Teto x Implantados), estimando a população coberta e a proporção de cobertura populacional; Equipes de Saúde da Família: (Teto x Implantados), estimando a população coberta e a proporção de cobertura populacional; Equipes de Saúde Bucal: demonstradas por modalidade.</p>	<p>Constatação:</p> <p>a. Embora haja identificação de cobertura da atenção primária e estruturas hospitalares, não resta claro o tipo de prestador, as farmácias e serviços de apoio diagnóstico disponíveis, dentre outros.</p> <p>b. Variável presente e parcialmente consistente.</p>

Redes de atenção à saúde	Contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.	<i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.II. Redes de atenção à saúde prioritárias.</i> 1) Identifica a atenção primária como porta de entrada. 2) Informa que a atenção secundária e terciária média e alta complexidade se dá por pactuação entre os entes signatários. 3) Informa que as redes temáticas: Cegonha, Atenção às Urgências e Atenção Psicossocial encontravam-se em processo de implantação.	Constatação: a. Não há identificação da rede; b. Variável ausente.
Condições sócio-sanitárias	Evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Indicador Nacional de Acesso e Qualidade, na medida em que reflete indicadores que o compõem.	<i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.III. Condições socioeconômicas e sanitárias. Cláusulas Décima-Sétima e Décima-Oitava – Das Diretrizes Nacionais e Estaduais e Dos Objetivos, Metas Regionais e Responsabilidades Solidárias.</i> 1) Descritas as Diretrizes Nacionais; Diretrizes Estaduais; Objetivos Regionais; linhas de base de indicadores; metas regionais plurianuais 2012-2013 (tempo da vigência do COAP); metas regionais anuais e metas municipais anuais. O indicador nacional de acesso e qualidade está contemplado na pactuação. 2) Descritos os indicadores de morbimortalidade. 3) Descritas as condições demográficas, socioeconômicas e sanitárias da região.	Constatação: a. Variável presente e consistente.
Fluxos de acesso	Evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.	<i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.IV. Fluxo de Acesso.</i> 1) O fluxo de acesso aos serviços está descrito conforme o PDR, com o correspondente tipo de serviço. <i>A Parte II – Anexo II do COAP – Programação Pactuada e Integrada/PPI.</i> 2) Descreve a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo encaminhamento do usuário de outro Município, com o correspondente recurso a ser transferido.	Constatação: a. Variável presente e consistente.

Recursos financeiros	<p>Explicitando os recursos de investimentos e custeio das três esferas de governo que financiam o sistema.</p>	<p>Recursos de Custeio <i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.IV. Fluxo de Acesso</i> 1) Explicitados os recursos dispendidos com o custeio de RH por cada Município e o total da região. 2) Discriminados os recursos transferidos por consórcio. 3) Discriminados os pagamentos de cada município a Agentes Comunitários de Saúde. <i>Parte II – Anexo II do COAP – Programação Pactuada e Integrada/PPI.</i> 4) 1.b - Discriminados os recursos dispendidos por Município para pagamento de procedimento da atenção básica. 5) IV.b. Quadro síntese da Atenção Básica com os correspondentes valores por Município. 6) II. Discriminados os procedimentos de alta e média complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar pagos em cada municípios e correspondentes valores (conforme PPI). 7) VI. Programação da Assistência Farmacêutica discriminados os medicamentos disponibilizados e correspondentes fontes de recursos: federal e estadual. Recursos de investimento 8) III. Discriminados os recursos disponibilizados para implantação das Redes Temáticas: Cegonha, Urgência e Emergência (recurso federal). 9) V. Mapa de Metas: Quadro de Investimentos Realizados na Região. Disposto por Município com metas físicas, financeiras e fonte discriminando os montantes federal, estadual e municipais. 10) <i>Parte III – Das Responsabilidades Orçamentárias e Financeira – Cláusula Décima-Nona – Das Responsabilidades pelo Financiamento do Contrato.</i> Descreve os valores a serem financiados por bloco de financiamento pela União, pelo Estado e por cada Município para o financiamento do disposto no COAP.</p>	<p>Constatação: a. Variável presente e consistente.</p>
----------------------	---	--	---

<p>Gestão do trabalho e da educação em saúde</p>	<p>Identificando a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.</p>	<p><i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.IV. Fluxo de Acesso.</i> 1) Descritos os cursos realizados em anos anteriores. 2) Descritos os cursos em andamento. 3) Descrito o número de alunos de cada curso. Descritos os tipos de oferta: nível médio, especialização, residência médica, dentre outros. 4) Descritos a situação dos recursos financeiros quanto a: recebido ou não recebido para execução. 5) Descrita os valores financeiros aplicados. 6) <i>Conforme Parte II – Responsabilidades Executivas do COAP – Cláusula Décima-Oitava – Das Diretrizes Nacionais e Estaduais e Dos Objetivos, Metas Regionais e Responsabilidades Solidárias.</i> Os objetivos Regionais 22 – indicador U11.1 e 23 – indicadores C11.1, C11.2, C11.3 e C11.4 são estruturantes</p>	<p>Constatação: a. Não há descrição da quantidade total de trabalhadores de acordo com os serviços. b. Não há descrição da jornada média de trabalho. c. Não há descrição de vínculos trabalhistas. d. Não há descrição de indicadores de saúde do trabalhador. e. Variável presente e parcialmente consistente.</p>
<p>Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde</p>	<p>Apresentando a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.</p>	<p><i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.VII. Ciência. Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde</i> 1) Citada a rede BIBLIOSUS e revistas publicadas na região.</p>	<p>Constatação: a. Embora Sobral seja um centro formador reconhecido, não foram citados no COAP os centros formadores da região. b. Variável ausente.</p>

Gestão	<p>Evidenciando indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Indicador Nacional de Acesso e Qualidade.</p>	<p><i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.VIII. Gestão.</i></p> <p>1) Identifica os instrumentos adotados pela região para as questões da região; as instâncias de gestão para o controle social dos entes, a situação dos mesmos quanto à constituição forma de composição; os fóruns de conselheiros; as ouvidorias existentes em Municípios.</p> <p><i>Parte II – Anexo I do COAP – 2. Caracterização da Região de Saúde - 2.III. Condições socioeconômicas e sanitárias. Cláusulas Décima-Sétima e Décima-Oitava – Das Diretrizes Nacionais e Estaduais e Dos Objetivos, Metas Regionais e Responsabilidades Solidárias.</i></p> <p>Expressa a nota de desempenho cada município para dez (10) indicadores da atenção básica, conforme o Índice de Desempenho do SUS-IDSUS.</p>	<p>Constatação:</p> <p>a. Não estão expressas os instrumentos de regulação;</p> <p>b. Não há referências à situação dos municípios quanto à existência de Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão.</p> <p>c. Não há referências a pesquisas de satisfação de usuários.</p> <p>d. Não está expresso o desempenho alcançado pela região no IDSUS.</p> <p>e. Não estão expressas as notas da do IDSUS para o acesso à média e alta complexidade.</p> <p>f. Variável presente e parcialmente consistente</p>
--------	---	---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Para análise da atuação das CIB e CIR no processo de implementação dos dispositivos do Decreto 7508, construiu-se matriz analítica da institucionalidade do planejamento regional das pautas das CIR e CIB que teve como base o modelo desenvolvido por Viana e Lima (2011) para análise do processo de regionalização. A matriz contém as seguintes dimensões: Papel da CIB no Planejamento Regional Integrado, Presença do tema na agenda de discussão da CIR, Capacidade de atuação da CIB para o tema, Capacidade de atuação da CIR para o tema.

Em relação ao papel da CIB no Planejamento Regional Integrado, houve, nas reuniões da CIB, presença de assuntos/questões relativas ao planejamento regional integrado; a conjuntura política foi favorável, contando com a presença de atores institucionais estratégicos como Secretários Estadual e Municipais de Saúde, Presidente do COSEMS-CE, equipes técnicas da SESA-CE e municípios.

Na construção conjunta da agenda de planejamento regional. A CIB-CE foi também indutora, orientadora e consolidadora na definição de diretrizes para o processo, ocorrendo elevada frequência e regularidade de discussões relativas ao processo de planejamento regional.

Quanto à presença do tema na agenda de discussão da CIR-Sobral, houve presença de assuntos/questões relativas ao planejamento regional integrado amplos, compartilhados e em grau elevado; a construção conjunta da agenda de planejamento regional foi realizada de forma compartilhada com os atores institucionais da região, Secretários Municipais de

Saúde e técnicos das secretarias municipais e da secretaria estadual de saúde. A frequência e regularidade das discussões relativas ao processo de planejamento regional, no período de discussão do COAP foi elevada.

A capacidade de atuação da CIB-CE para formulação e implementação de políticas apresentou-se elevada e a natureza das relações entre os atores governamentais foi coordenada e cooperativa.

A capacidade de atuação da CIR-Sobral apresentou grau elevada tanto para formular e implementar políticas, quanto para gerar coordenação intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos), adaptar o tema do planejamento regional integrado à realidade regional, e para gerar inovações para o tema (mudanças nos padrões de relacionamentos intergovernamentais), posto que, o próprio Decreto 7.508/11 e COAP são legislação e instrumento inovadores para planejamento regional.

Destaca-se que muitos dos temas que não apareceram no Mapa da Saúde, como Redes de Atenção e Gestão com seus componentes Complexo Regulador e Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), foram temas de discussão e informes nas reuniões das comissões intergestores, indicando a presença destes conteúdos no território.

Quadro 5 - Matriz analítica da institucionalidade do planejamento regional nas pautas das CIR e CIB

REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL – CE				
Conteúdo das Negociações				
Itens	Detalhamento dos Conteúdos/variáveis avaliados	Tipo de governança do planejamento - Detalhamento (elemento predominante)	Situação identificada nas atas das reuniões	Tipo identificado
Papel da CIB no Planejamento Regional Integrado	Presença de assuntos/questões relativas ao planejamento regional integrado.	- Presente/ Ausente. - Conjuntural: Favorável, desfavorável, indefinido.	- Em 27/04 – Informe sobre a situação dos Relatórios de Gestão – RG/2011 municipais e orientações quando ao disposto na LC 141 e nas normas no que se refere às providências para os municípios que ainda não haviam encaminhado o Relatório ao correspondente Conselho de Saúde.	Presente/ Favorável
	Definição de diretrizes para o processo.	Orientação: Indutor/ orientador/ facilitador/ consolidador/ indefinido.	- Em 18/05 - Informe sobre os municípios que ainda não haviam enviado os RG 2010, 2011 e os Planos Municipais de Saúde aos respectivos conselhos para apreciação de deliberação.	Orientação: Indutora, orientadora, consolidadora.

	<p>Presença de construção conjunta da agenda de planejamento regional.</p>	<p>Elevada/ Moderada/ Baixa.</p>	<p>Apresentação da Política de Organização da Rede de Atenção Psicossocial e informe sobre a retomada da discussão da implantação de Rede no Estado.</p> <p>Apresentação da proposta de habilitação de leitos de retaguarda para organização da Rede de Atenção às Urgências no município de Fortaleza.</p> <p>- Em 22/06 - 6ª Reunião Ordinária de 2012 – Discussão do processo de assinatura do COAP pelos signatários do SUS no Estado, com a presença de representantes dos 3 entes federados apresentando o histórico dos momentos de discussão para elaboração do COAP, a partir do compromisso político do Estado para adesão ao Contrato, iniciado no mês de março de 2012, com eventos, oficinas e seminários no sentido de orientar coordenadores e técnicos das CRES quanto à elaboração do instrumental junto aos gestores municipais.</p> <p>Identificação do prazo estabelecido para finalização dos instrumentos de Planejamento e da Minuta do Contrato, para dia 17 de julho, e imediato envio dessa documentação para as Procuradorias Municipais para emissão do parecer jurídico necessário à assinatura. Houve ainda a informação de que naquele momento estava pronta a documentação de 7 Regiões de Saúde, das quais algumas precisavam de ajustes mínimos.</p> <p>- Homologação dos Projetos dos Serviços de Atenção Domiciliar dos municípios de Cascavel, Eusébio, Horizonte e Maracanaú na Rede de Atenção às Urgências, já aprovados nas correspondentes Comissões Intergestores Regionais.</p>	<p>Elevada.</p>
--	--	--	---	-----------------

	Frequência e regularidade das discussões relativas ao processo de planejamento regional.	Elevada/ Moderada/ Baixa.	<p>- Em 27/07 – 7ª Reunião ordinária de 2012 – Discussão da inserção da Rede de Urgências no COAP.</p> <p>- Em 10/08 – Embora estivesse na pauta a homologação dos COAP, a pedido do Sr. Secretário de Saúde do Estado atendendo à solicitação do Sr. Governador do Estado, a homologação foi adiada para 14/08, em razão da necessidade de análise mais apurada de algumas cláusulas dos COAP.</p> <p>- Homologação de alteração no Plano de Ação da Rede Cegonha de Camocim e informe sobre a atual situação da implantação da rede no Estado.</p> <p>- Em 14/08 – Emissão da Resolução 255/2012, homologando 19 COAP, dentre os quais o da região de saúde de Sobral.</p> <p>- Em 09/11/2012 – 9ª Reunião Ordinária de 2012 – Homologação do COAP da Região de Saúde de Caucaia.</p> <p>- Aprovação do rol de Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas dos municípios das Regiões de Saúde de Fortaleza e Iguatu, que não aderiram ao COAP.</p> <p>- Apresentação da prestação de contas do “Projeto Complexo Regulador do SUS no Ceará”.</p>	Elevada.
Presença do tema na agenda de discussão da CIR	Presença de assuntos/questões relativas ao planejamento regional integrado.	Ampla ou Restrita/ Compartilhada ou Não Compartilhada/ Elevada ou Baixa.	- Em 29/03/2012 – Informe sobre o Decreto 7.508/11 e o COAP. Definição da agenda de planejamento para construção do COAP.	Ampla/ Compartilhada/ Elevada.
	Presença de construção conjunta da agenda de planejamento regional.	Compartilhada ou não compartilhada.	- Apresentação do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS). Esclarece sobre a função do sistema. Também informa que o cadastro do gestor de cada município será feito pela Regional de Saúde. O	Compartilhada.

	Frequência e regularidade das discussões relativas ao processo de planejamento regional e de seus municípios.	Elevada/ Moderada/ Baixa.	<p>manual do SARGSUS é apresentado.</p> <p>- Informe sobre a Nota alcançada pelo Estado no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), ressaltando que o município de Pacujá foi o primeiro do Estado do Ceará e que mais cinco municípios da regional de Saúde de Saúde de Sobral estão entre os 20 primeiros colocados: Sobral o quarto, Cariré o oitavo, décimo sete Forquilha, décimo oitavo Frecheirinha e vigésimo Catunda.</p> <p>- Em 25/04/2012 – Apresentação do mapa da Saúde da Macrorregião, com os indicadores epidemiológicos, socioeconômicos e as estruturas existentes, com a recomendação da construção do Mapa da Região de Saúde de Sobral.</p> <p>- Informação sobre a constituição das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências.</p> <p>- Em 14/05/2012 – Discussão e Pactuação das Diretrizes. Objetivos, Metas e Indicadores para o COAP.</p>	Elevada.
Capacidade de atuação da CIB para o tema	Capacidade de formular e implementar políticas.	- Elevada/ Moderada/ Baixa.	- As pautas das reuniões estudadas apontam para uma ação orientada por objetivos institucionais sistêmicos com vistas ao bem estar coletivo, apontando os meios, os processos, atividades e instrumentos pelos quais se promoverão a implementação da política.	Elevada.
	Natureza das relações entre os atores governamentais.	Coordenada/ Cooperativa/ Conflitiva/ Indefinida.	- Os atores participam, discutem e negociam durante todo o processo de formulação.	Coordenada/ Cooperativa.

Capacidade de atuação da CIR para o tema	Capacidade de formular e implementar políticas.	Elevada/ Moderada/ Baixa.	- A CIR-Sobral trabalhou no conjunto dos Municípios buscando uniformização do entendimento e informações sobre os novos elementos, difundindo os meios e os instrumentos que dariam materialidade ao disposto na legislação.	Elevada.
	Capacidade de gerar coordenação Intergovernamental (parcerias, formalização de compromissos, superação de impasses e conflitos).	Elevada/ Moderada/ Baixa		Elevada
	Capacidade de adaptação do tema à realidade regional.	Elevada/ Moderada/ Baixa.		Elevada.
	Capacidade de gerar inovações para o tema (mudanças nos padrões de relacionamentos intergovernamentais).	Elevada/ Moderada/ Baixa.		Elevada.

Fonte: Elaboração da autora, adaptado da Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os Modelos de indução da regionalização no SUS” – DMP/FM/USP; Ensp/Fiocruz; ISC/UFMT.

DISCUSSÃO

O estudo analisou um processo inovador que busca estratégia de aprimoramento das relações interfederativas na organização do sistema de saúde brasileiro diante da necessidade do enfrentamento das dificuldades jurídico-administrativas e políticas presentes na organização de um Sistema Único disposto em um Estado-Nação federativo, baseado na distribuição territorial - constitucionalmente definida e assegurada - de poder e autoridade entre instâncias de governo, de tal forma que os governos nacionais e subnacionais são independentes em sua esfera própria de ação.

Por serem estruturas não-centralizadas, os sistemas federais moldam formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e modalidades de interação necessariamente baseadas na negociação entre instâncias de governo (ELAZAR, 1987). Nessa perspectiva, o federalismo não é só uma estrutura com características específicas, mas um processo de governo que “implica um sentido de parceria entre as partes do pacto federativo, que se manifesta por meio da cooperação negociada em

torno de questões e programas e que se baseia em um compromisso de barganha entre todos os membros, para chegar a um consenso ou, na sua impossibilidade, a uma acomodação que proteja a integridade fundamental de todos os parceiros.” (ELAZAR, 1987, pp. 35-36). A existência de competências comuns entre instâncias de governo é a expressão mais clara da natureza não centralizada do federalismo.

As relações entre federalismo e descentralização não são simples, quer do ponto de vista conceitual, quer do ponto de vista do funcionamento efetivo dos sistemas federativos contemporâneos.

A revisão de literatura presente neste estudo buscou elementos do contexto histórico e político das experiências da Inglaterra; Alemanha; Estados Unidos; Canadá com destaque para a organização da Província do Québec; Espanha com destaque para a organização da Comunidade Autônoma da Catalunha; e Brasil, que construíram sistemas universais de saúde organizados em redes regionalizadas. O foco principal do entendimento foi a estrutura organizacional implementada no decorrer dos anos para definição de competências comuns que se expressam no planejamento regional integrado objetivando conhecer as modificações ocorridas no processo de prestação de serviços de saúde de forma macro, sem aprofundar na apuração do impacto dessas mudanças organizacionais nem comparar sistemas. Ênfase maior à conformação do Estado brasileiro e sua forma de governo em processo de aprimoramento no que se refere à descentralização regionalizada. Observou-se que relações intergovernamentais variam muito entre os diversos países que adotaram o federalismo, bem como ao longo do tempo em um mesmo sistema federal, (e monárquico parlamentar unitarista).

Sendo a descentralização na saúde um processo complexo que envolve múltiplas dimensões não foi identificado na revisão de literatura um resultado claro e unívoco, entretanto pode-se afirmar que foram direcionadas pelo contexto histórico e político e a busca de eficiência econômica associada à garantia do acesso em determinado tempo aparece como elemento forte de discussão atualmente na Europa. Para Bremner (2011) que realizou um balanço sobre a experiência europeia da descentralização na saúde, o eixo da descentralização depende do contexto cultural institucional e legal pré-existente, no qual ocorre o processo (BREMNER, 2011).

Em todos os países estudados, a garantia da saúde como direito e as construções dos sistemas estiveram inicialmente vinculadas às relações de trabalho, à capacidade produtiva do cidadão, à meritocracia, à crescente atividade da esfera federal, possuem marcas de concepções autoritárias e, o governo aparece como ramo mais importante do poder, uma relação de direito social estabelecida com base em um contrato. Referência histórica: o modelo de *Seguro Social* implantado por Bismarck, na Alemanha, que também está na origem da previdência social no Brasil, com as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), organizadas por empresas. Essas foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados por ramos de atividades, durante o governo Vargas. Os IAPs foram unificados no INPS em 1966. Os trabalhadores e empregadores foram sendo gradativamente excluídos

da gestão, que se tornou estatizada e centralizada, embora continuem sendo os principais financiadores da previdência social. O modelo Bismarckiano ainda influencia o Brasil pois os benefícios nele assegurados se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho.

Em um segundo momento, encontramos a inspiração trazida pelos ideais de justiça social, e pela garantia a todos os cidadãos o direito a um mínimo vital, socialmente estabelecido. Referência histórica: Plano Beveridge, na Inglaterra, em 1942, onde pela primeira vez os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. O *Estado do Bem-Estar Social*, baseado em uma relação de direito social inerente à condição de cidadania e, do ponto de vista institucional, implicado em uma organização nacional da política social, na qual o Estado assume os ônus básicos da administração e financiamento do sistema. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios (BEVERIDGE, 1943).

O modelo proposto por Dawson (1920) foi adotado com adaptações por todos os sistemas universais de saúde, conforme recomenda a OMS/OPAS, nos quais se insere o SUS. O Brasil recebe então influência dos dois modelos: do modelo beveridgiano que orienta o atual sistema público de saúde e do modelo bismarckiano que incide na previdência social.

Do ponto de constitutivo o Brasil tem influência americana em sua conformação federativa, por razões exatamente opostas às dos EUA, que congregou estados independentes tendo o Brasil partilhado um estado unitário. Tal herança impacta no entendimento de autonomia e independência/interdependência dos entes federados, havendo forte indução legal e normativa de formas de municipalização e posteriormente de regionalização, que combata a desigualdade de situações territoriais, pautada por padrões nacionais de qualidade da política.

As inovações na condução das políticas públicas de saúde nos países observados foram fruto de condições adversas nas quais o mercado e o setor público deixaram de responder às necessidades da população, exigindo estratégias de coordenação - que consistiram nas formas de integração, articulação e decisão conjunta das esferas de governo - permanentemente aperfeiçoados em cada contexto estudado.

Foi possível também identificar diferentes motivações para incentivo à cooperação regional em cada um desses países. Os EUA buscam dar resposta a um sistema fragmentado, competitivo e custoso onde o Estado deve atuar como provedor de projetos sociais. A Alemanha tem motivação na ordem financeira, na matriz energética, na economia de recursos associada à expansão de oferta com melhora na relação custo-benefício aos cidadãos, buscando conseguir escala na política pública e combate à crise econômica. Na Inglaterra a primeira motivação se dá pela necessidade de articular a saúde pública e a atenção individual associada ao modelo de organização de serviço e a gestão. A reforma do NHS, se justifica no combate à ineficiência microeconômica, com base no questionamento da capacidade do Estado na execução de políticas, com foco no aumento da eficiência no uso dos recursos públicos em um sistema subfinanciado. No Canadá busca-se aprimorar o sistema universal de saúde, dominado pelo

setor privado até os anos 90, com o partilhamento da autoridade no tocante à saúde pública, sendo esta responsabilidade das províncias, com simplicidade legal e administrativa na gestão onde o Québec dispõe de modelo que enfatiza a participação regional, a diversificação dos atores, e a garantia da intersectorialidade.

A Espanha teve motivações políticas para sua organização, que ocorreu paralelamente ao processo de reorganização do Estado, visando propiciar autonomia, solidariedade e cooperação entre as CCAA, e, na Catalunha há busca pela integração vertical de sistemas (contratação de provedores de forma complementar os serviços estatais, regidos por governos territoriais) e, ao mesmo tempo em que há luta política de concepção unitarista – *um Estado, uma nação* - por uma soberania formal, por tonar-se um estado-nação independente das demais comunidades espanholas, e luta econômica para combate a crise.

Elementos como conformação do Estado, forma de governo, modelo de proteção social, organização territorial, regras de mercado, impactam sobre a forma de organização e operacionalização das políticas desenvolvidas por seus governos, assim como no planejamento em saúde de muitos aspectos. A restrição da vinculação da competição entre os prestadores a um dado território, como na Inglaterra, Alemanha, Canadá/Québec e Espanha/Catalunha, bem como a vinculação da venda de serviço privado quase exclusivamente para o setor público não foi implementada no SUS, embora a NOAS 01 e 02 apontassem nessa direção. Da mesma forma no Brasil, os instrumentos técnicos disponíveis não foram transformados em eixos de negociação política que permitisse a negociação e pactuação de distintos atores sociais (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

Fundamentado no debate da redemocratização, de uma federação com natureza simétrica, universalização da cidadania, saúde como direito cidadão, participação social, descentralização, valorização do poder local e da reforma do Estado, ocorrida nos anos 1980, o Brasil foi desenhando uma política de saúde, com base em um padrão assimétrico de relações intergovernamentais. A incorporação de Estados e Municípios, além de paulatina e regulada, foi diferenciada em termos de autonomia expressos em modalidades de habilitação para Estados e Municípios (LIMA, 2007).

O Desafio Federativo no Brasil - com a Constituição Federal, de 1988, observou-se significativa mudança no sistema federativo brasileiro, por meio da transferência de capacidade decisória, funções e recursos do governo nacional para os estados e, especialmente, para os municípios. Desde então, o país vive um processo de mudança onde curso seguido está longe de ser retilíneo. Ele aponta de forma, inequívoca, rumo à descentralização, ao fortalecimento da capacidade decisória das instâncias subnacionais de governo e as políticas sociais constituem um foco privilegiado para a análise desse processo (ALMEIDA, 1996).

A fragilidade municipal é ainda uma dificuldade, pois segundo Viana (VIANA, 1994), o projeto que se foi desenhando até a implantação do SUS supunha um Estado unitário descentralizado, no qual permaneceria grande o papel do centro como motor, financiador e coordenador de um sistema de saúde municipalizado. Outra dificuldade trazida pela nova

conformação federativa brasileira é a fragmentação pela falta de definição de papéis dos entes, onde a autonomia política própria das unidades que compõem a federação, especialmente dos municípios, dificulta a racionalização cabal do funcionamento do sistema de saúde descentralizado, especialmente no que diz respeito a ações que supõem coordenação regional. Segundo Viana, (VIANA, 1994), há a necessidade de impor mudanças no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo na tentativa de formação do sistema nacional de saúde descentralizado, que produzirá o tipo específico de relacionamento entre as esferas de forma a promover integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo.

Desta forma, o Brasil ao pensar a descentralização da saúde pela municipalização usou uma estratégia intencional de composição do novo poder político nacional, pós CF - 88, que eram os municípios. Os Estados dispunham de poderes anteriormente assegurados e importava a cooptação do município como poder político emergente, com mesmo grau de abrangência e poder de intervenção política. E sob tal indução e influência do disposto no Relatório Dawson (GRAN BREITANA, 1920) e na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, ocorrida em Alma-Ata (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978), os municípios brasileiros organizaram sua atenção primária.

A regionalização na saúde deve, a partir do Decreto 7.508/11, passar por uma repactuação do papel do Estado, posto que as normas e a municipalização da saúde constituíram uma aliança federal-municipal na composição do poder político no país, deixando o Estado mais distante. Entretanto a Emenda Constitucional nº 29 (EC- 29) estabelecendo as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde, criou outro espaço para os Estados na década dos anos 2000, que escolheram organizar serviços de média e alta complexidade, tratando-se este de um processo organizativo político.

O Brasil dispõe de uma história de descentralização administrativa da saúde, e a proposta de descentralização que implica na transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, ainda está por vir. A legislação atual trata da região de saúde como flexível, política, organizada em rede.

Assim justificado, o Decreto 7.508/11 representa um dispositivo de busca o aprimoramento das questões federativas brasileiras no que se refere à saúde para garantia do acesso universal e integral da atenção. Especial enfoque para os espaços decisórios de governança compartilhada institucionalizados nas Comissão Intergestores ainda que a participação social mereça maior atenção, para atender ao alinhamento defendido por Denis (2014) entre a governança externa e a governança local por configurar uma questão importante a maneira como os atores envolvidos se comunicam para o desempenho de organizações de sistemas de saúde (DENIS, 2014).

Considerando que no Brasil a combinação entre as estruturas de governança interna e externa não é complementar, mas participativa e determinante na definição de diretrizes de políticas sociais, importa capacitar tanto o nível governamental e quanto o comunitário para

aprimoramento da tomada de decisão, pois nela está dimensão societária da gestão

Vista do ângulo da política de saúde, a construção desses arranjos cooperativos supõe a definição clara tanto das responsabilidades exclusivas quanto daquelas compartilhadas pelas três instâncias de governo na decisão, no financiamento e na implementação das iniciativas governamentais. Implica a transformação de competências concorrentes, onde elas existem, a ação concertada e, em qualquer caso, a construção entre os níveis de governo, de modalidades de colaboração que permitam a utilização mais racional das capacidades e dos recursos disponíveis.

Tais reflexões emergem no desafio do planejamento regional integrado trazido pelo Decreto, pois resta prejudicada a discussão da integração de interdependências de unidades federadas autônomas sem a abordagem de questões como a conformação do Estado-Nação, basilares de tomada de decisão política compartilhada entre três governos livremente eleitos, com autoridade sobre as mesmas pessoas e a mesma área geográfica com todas as complexidades que isso implica, fugindo do imediatismo da mera conjuntura conforme recomendado por Matus (1993). Iniciando pelo entendimento do próprio Matus (1993) de que a gestão pública tem que ser orientada pela política, tornando esta mais importante do que os processos.

Desta feita, a análise restrita ao instrumental e ao método restaria prejudicada quanto à compreensão. A experiência do processo de planejamento regional é uma oportunidade de incorporação da racionalidade estratégica à prática de planejamento com consequente possibilidade de fortalecimento da capacidade de governo no âmbito do SUS. O Decreto aborda de forma legítima a organização do SUS (Sistema Único) em um Estado federal; estabelece a região de saúde, antes disposta em normas; estabelece estratégias organizativas da assistência (portas de entrada, redes de atenção, RENASES, RENAME, protocolos clínicos); estabelece instrumentos de planejamento serem observados no processo de planejamento regional (Mapa da Saúde, COAP); bem como os espaços de governança e construção da democracia na gestão do sistema de saúde (Comissões Intergestoras), ou seja, considera o modelo de sistêmico fazendo-se necessário no momento de sua implantação refletir sobre sistemas de saúde e correspondentes modelos organizativos bem como observar a influência destes modelos sobre o atual modelo brasileiro. Todos os elementos trazidos pelo Decreto estarão presentes no processo de planejamento regional integrado, de forma direta ou indireta. Se o cálculo precede a ação importa conhecer as variáveis com as quais se opera.

O Estado do Ceará possui uma experiência acumulada de planejamento governamental, formas de organização e cultura de negociação intergovernamental adquiridas pela secretaria estadual, secretarias municipais de saúde e instâncias colegiadas, ao longo de décadas. É um Estado precursor em iniciativas de conformação regional, com prática em estratégias para implantação de modelos inovadores, dispondo previamente de um quadro político-institucional favorável para os avanços propostos pela nova legislação.

Embora naquele Estado já existisse uma instância regional de governança em saúde,

observou-se com o Decreto 7508/11 uma grande mobilização para atender os seus dispositivos. Do ponto de vista da experiência da região de Sobral-CE, o processo contou com o envolvimento dos três entes federados com definição clara de atribuições.

Ao federal coube a elaboração das propostas das minutas do instrumental constante nos dispositivos do Decreto 7.508/11, para posterior submissão e pactuação no âmbito da CIT; apoio ao processo de difusão de informações e de elaboração do COAP no âmbito estadual e regional; análise da minuta do COAP-Sobral e indicação de eventuais ajustes, bem como elaboração de parecer técnico sobre a mesma.

Ao estadual coube a coordenação do processo de elaboração no âmbito estadual; a organização da agenda; a promoção de espaços de difusão das informações sobre a nova legislação; a proposta dos momentos para discussão do processo de reorganização da regionalização em saúde; a análise da minuta do COAP elaborada na região de saúde; a indicação de ajustes à minuta para adequá-la a questões atinentes às demais regiões de saúde e a explicitação das responsabilidades estaduais no COAP-Sobral, para posterior submissão e pactuação no âmbito da CIB.

Ao municipal coube o alinhamento das informações; a elaboração da minuta do COAP-Sobral; a discussão da agenda; a promoção a participação de espaços de difusão de informações; a discussão no âmbito regional, estadual e federal da minuta do COAP-Sobral; a promoção de ajustes à minuta e pactuação na CIR-Sobral e na CIB-CE.

Tratou-se, portanto de um processo novo onde a vontade, a adesão e a atuação do conjunto de municípios que conformam a região de saúde, fundamentados no planejamento em saúde dos três níveis e nos valores e diretrizes do SUS aprovados pelo CNS, foram as bases principais da organização entre entes federativos, definindo responsabilidades, programações, metas, direitos e obrigações de cada ente, no que se refere às ações e serviços de saúde que extrapolam a individualidade, de acordo com os consensos obtidos nas Comissões Intergestores. Nessa perspectiva os entes federados tiveram como um dos principais ganhos, a apropriação das questões de saúde presentes na região, pela democratização das informações que favorece a consistência das práticas evitando paradoxos institucionais que enfraquecem o sistema.

Do ponto de vista de novo instrumental técnico, os resultados evidenciaram que conceitualmente o Mapa da Saúde apresenta componentes essenciais para análise da situação de saúde: 1) estrutura do sistema de saúde; 2) redes de atenção à saúde; 3) condições sócio-sanitárias; 4) fluxos de acesso; 5) recursos financeiros; 6) gestão do trabalho e da educação em saúde; 7) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e 8) gestão, para entendimento da complexidade regional, conforme normativa *Diretrizes para Conformação do Mapa da Saúde e Planejamento no Âmbito do SUS*, de 2011.

Todavia, os resultados do estudo apontaram que para atender ao disposto na norma, os conteúdos presentes no Mapa da Saúde de Sobral necessitam complementação e aprimoramento, para de fato basear a análise da situação de saúde da região e constituir o

pilar técnico esperado para o processo. Houve carência dos elementos necessários para o diagnóstico da região, restando complementar informações relativas aos temas: a) estrutura do sistema de saúde; b) gestão do trabalho e da educação na saúde; e, c) gestão. E ainda, a inclusão de conteúdos relativos a: a) redes de atenção à saúde; e b) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde.

A organização do SUS deriva da união de serviços federais, estaduais, municipais e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo ainda um desafio a organização em redes conforme prevê a Constituição Federal de 1988, de forma a propiciar a integração da saúde nas regiões, pois de acordo com Conill e Fausto (CONILL; FAUSTO, 2007), a segmentação e a fragmentação têm como causa importante a concepção seletiva para o acesso aos serviços, que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia na continuidade do cuidado.

A conformação das Redes de Atenção à Saúde no SUS ainda é um grande desafio, entendendo a constituição das mesmas como importante instrumento de garantia do direito à saúde por permitir ampliar o acesso e reduzir as desigualdades regionais (SHIMIZU, 2013). Estas consistem na dimensão sistêmica da gestão do cuidado para a integralidade da assistência.

Do mesmo modo alguns temas dispostos do Mapa da Saúde de Sobral, continham informações parciais como os relativos aos instrumentos de regulação do acesso aos serviços de saúde, descrição da quantidade total de trabalhadores de acordo com os serviços, existência de Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão, dificultando a integração funcional que expressa o grau em que atividades de suporte como gerência financeira, gerência de recursos humanos, planejamento estratégico, *marketing* (estratégia de otimização de recursos por meio da adequação da produção e oferta de serviços às necessidades e preferências da população, mediante pesquisas, *design*, campanhas publicitárias, avaliação de satisfação de usuários, dentre outros) e melhoria da qualidade, são coordenadas ao longo da rede de modo a agregar valor para o sistema (SHORTELL et al., 1966).

De inovador e relevante, a uniformização da base técnica orientada por diretrizes políticas e a transparência da situação de saúde da região disposta para a discussão do planejamento dos três entes federados do SUS.

O processo promoveu grande participação política sobretudo do Ministério da Saúde, do Governo Estadual, do COSEMS-CE e de gestores e técnicos do Estado e dos Municípios que puderam, conjuntamente, definir todo processo de construção do COAP. Esse movimento estimulou a participação dos gestores atendendo aos ideais de Testa (1997), de formação de sujeitos sociais democráticos imbuídos de uma ética integrante de suas personalidades, transformada em força material. Assimiladores de tecnologia, militantes da política social. Cabe apontar o limitado envolvimento do Prefeitos.

Os novos elementos da implantação da política de saúde referentes à organização regional exigiram esforços dos gestores e técnicos para alinhar entendimentos sobre as novidades tendo sido estabelecido pelos próprios atores, um tempo exíguo para assimilação

dos mesmos e construção dos instrumentos.

Na busca de entender se o processo de construção do COAP de Sobral, uma inovação tecnológica e jurídica, compôs um eixo de negociação política promovendo mudanças de produção e reprodução institucionais, a pesquisa descreve e analisa a atuação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará e Comissão Intergestora Regional de Sobral no processo de elaboração e pactuação do COAP da Região de Saúde de Sobral, de forma apurar a capacidade dos dirigentes em formular uma orientação para o processo ofertando direcionalidade ao planejamento (DENIS et al., 2008).

O estudo identificou a ocorrência de alinhamento entre as discussões e pactuações selecionadas para análise, nos diversos níveis de governo unindo os atores envolvidos em torno de temas estruturantes que atendessem à concepção e construção do instrumental disposto no Decreto 7.508/11.

A capacidade das instâncias de governo de promover inovações políticas foram apuradas a partir dos indicadores: utilização de diretrizes macropolíticas, construção de agenda de forma compartilhada, difusão de informações, realização de reuniões, realização de atividades cooperativas, oferta de orientações técnicas, elaboração de produtos. Observou-se frequência regular de reuniões da CIB-CE e CIR Sobral com a discussão do tema planejamento regional, definição de diretrizes, orientação e indução do processo que foi operado de forma compartilhada, coordenada e as relações entre os atores apresentou-se cooperativa. A capacidade de formular e implementar inovações políticas apresentou-se elevada

Verificou-se que a dinâmica atuação do governo central do estado, foi fundamental para a orientação do processo, coincidindo com os achados de Tendler (1999) sobre a atuação dinâmica do governo estadual do Ceará, no que se refere a um bom governo.

Da mesma forma os achados corroboram os achados da Pesquisa “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): As CIB e Os Modelos de Indução da Regionalização no SUS”, onde é apontado que a governança coordenada e cooperativa da regionalização da saúde no estado do Ceará está relacionada ao relativamente bom funcionamento das instâncias de pactuação e negociação, mostrando estruturas regionais consolidadas, legitimadas e atuantes (VIANA, et al, 2011).

Para Rogers (2003), a difusão de inovações é um processo de comunicação especial cujos principais elementos são: 1) a inovação; 2) sua comunicação por meio de certos canais; 3) durante certo tempo; 4) entre os participantes de um sistema social. Entende-se que as estruturas organizacionais devem ser consideradas tanto facilitadoras como obstáculos à inovação ou em relação à sua difusão. No caso estudado as estruturas organizacionais CIB-CE e CIR-Sobral atuaram como facilitadores do processo de difusão das inovações, observando presença dos quatro elementos enumerados por Rogers (2003). Cumprindo com as atribuições institucionais, coube à equipe técnica da CRES a responsabilidade na produção e sistematização das informações regionais.

A fortaleza do processo esteve sediada no componente de coordenação política dos governos e no papel indutor dessas instâncias, que utilizaram os instrumentos de planejamento como recursos de discussão e pactuação, embora tecnicamente tenham sido encontradas as restrições já apontadas.

A integração do sistema de saúde é definida como o processo que consiste em criar e manter, ao longo do tempo, uma governança - referentes a assuntos coletivos que estão além de assuntos públicos de governos, ampliando o conceito de governo ao incluir dispositivos informais e não governamentais pelos quais pode ser guiada a ação coletiva, obtidos por consensos negociados - comum entre diversos atores e organizações independentes para coordenar suas interdependências e permitir que eles alcancem objetivos e projetos comuns e para tanto o compartilhamento de informações se faz fundamental.

A pesquisa mostrou que o processo de construção do COAP de Sobral – CE contribuiu para o processo de planejamento regional integrado, traduzido em diretrizes, objetivos, metas e indicadores; estabelecimento de responsabilidades individuais e coletivas dos entes federados; definição das responsabilidades no financiamento tripartite; e a programação de ações e serviços para o alcance dos objetivos. Os elementos técnicos compuseram eixos de negociações políticas propiciando o debate sobre temas da realidade regional e local, realizando um esforço de adaptação de proposições nacionais ao contexto estadual e regional. A dimensão técnica da análise da situação de saúde, sob a qual está o suporte do planejamento baseado em necessidades de saúde restou incompleta, dificultando a expressão de um quadro próximo da realidade que permitisse a discussão de prioridades regionais na esfera pública.

Faz-se importante a identificação da rede integrada de pontos de atenção à saúde, que presta atenção contínua e coordenada à população da região bem como o processo regulatório que subsidiará a organização micropolítica (CECÍLIO, 1997) das estruturas de saúde regionais. Embora não contemplados no Mapa da Saúde de Sobral os temas Redes de Atenção e Gestão, seus componentes Complexo Regulador e Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) foram objeto de discussão nas reuniões das comissões intergestores indicando que o caminho do aprimoramento está em curso.

A institucionalidade de uma política pública de requer três pilares: o regulatório: recompensas e punições legitimamente sancionadas; o normativo: que estrutura comportamentos; e o cognitivo: correção conceitual e reconhecimento cultural (SCOTT, 1995). A pesquisa analisou dois desses elementos: o normativo como orientador do cognitivo, cujos resultados apresentaram-se parcialmente satisfatórios em razão da parcialidade dos componentes técnicos.

Qualificar instrumentos técnicos de forma a possibilitar sua transformação em eixos de negociação política permanece como desafio a ser enfrentado pelo SUS, pois a construção de objetivos coletivos pressupõe o enfrentamento de dificuldades à sua consecução, que surgem na luta desordenada de interesses particulares (OLSO, 1970).

O Decreto 7.508/11 definiu, aprofundou ou clareou conceitos essenciais ao sistema de

saúde como exemplo: regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre os entes públicos, comissões intergestores (CARVALHO, 2011).

A partir de sua edição, foram revogadas normas que estabeleciam relações federadas conferidas por modalidades de habilitações, representando um ganho federativo, respeitadas as autonomias constitucionalmente asseguradas, na busca de um padrão simétrico de relações intergovernamentais. A região de Sobral-CE estabeleceu e operou uma experiência prática de co-responsabilização pela implantação dos dispositivos legais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a complexidade da descentralização na saúde e suas múltiplas dimensões o estudo não encontrou um resultado unívoco, nas experiências de descentralização de sistemas nacionais universais de saúde dos países estudados: Inglaterra; Alemanha; Canadá, com destaque para a organização da Província de Québec; Espanha com destaque para a Comunidade Autônoma da Catalunha; e Brasil, nos quais a regionalização é utilizada como estratégia. Entretanto identifica-se que foram direcionadas pelo contexto histórico e político e a discussão do acesso aos serviços associada a eficiência econômica a aparece como elemento forte de debate atualmente na Europa.

O modelo brasileiro se diferencia dos demais modelos estudados em operação, organização, abrangência, dimensão e constituição: sistema único, universal, equânime, integral, financiado com recurso público e gratuito para mais de duzentos milhões de habitantes distribuídos no quinto maior território em extensão no mundo (9.372,614 km²). Os demais países, embora organizados em sistemas nacionais universais, não se pretendem únicos. Da mesma forma, a autonomia municipal federativa brasileira não encontra equivalente nas conformações nacionais estudadas, onde unidades subnacionais que compõem Províncias, Comunidades, ou Estados dispõe de grau de autonomia diferenciado das demais unidades.

Diante dos desafios da conformação federativa brasileira o Planejamento Regional Integrado implementado propicia mudanças importantes no exercício de poder no âmbito da política de saúde (atores, ideologia, novas estratégias e novos instrumentos), resultando também em desafios para a governança do processo. A constatação dos dilemas federativos auxilia entender algumas razões pelas quais o planejamento em saúde no Brasil ficou circunscrito à individualidade dos entes federados até o fim da década de 1990, quando então se iniciou o segundo momento de discussão da descentralização articulada à regionalização com instrumentalização do planejamento regional. O Brasil avançou e o Decreto 7.508/11 representa o terceiro momento de discussão da regionalização, com novas diretrizes e dispositivos alguns dos quais foram implantados na região de saúde de Sobral, onde os entes federados independentes coordenaram suas interdependências na busca do alcance de objetivos comuns, aprofundando o significado e a forma de efetivação da regionalização.

No terceiro momento, a discussão da regionalização da saúde deve passar por uma repactuação do papel do Estado-federado, pela definição de novas competências para as unidades subnacionais e pelo desafio de constituição de uma região de saúde flexível, política, organizada em rede.

A dimensão técnica observada nos dados dispostos para análise da situação de saúde no instrumento Mapa da Saúde, conforme orientação normativa, requer aprimoramento quanto ao conjunto de elementos necessários à expressão da realidade local, para que forneça os subsídios adequados à tomada de decisão dos gestores.

A governança no planejamento foi determinada por um quadro institucional que favoreceu a participação de atores institucionais, estabelecendo relações cooperativas entre governos. O processo político representou o grande pilar sobre o qual a inovação tecnológica e jurídica, promoveu mudanças na produção institucional.

Considera-se que as instâncias de governança compartilhada CIB-CE e CIR-Sobral desempenharam papel indutor coordenador e consolidador na implantação do COAP da Região de Saúde de Sobral-CE, conferindo institucionalidade ao processo, e formulando orientação e oferta de direcionalidade ao planejamento.

Quanto à aplicabilidade da pesquisa entende-se útil o arcabouço teórico-metodológico do estudo, para o balizamento de outros estudos da mesma forma que o presente estudo corroborou com resultados de estudos anteriores cuja teorização sobre os resultados favoreceu a transferência dos conhecimentos produzidos.

Embora o estudo tome por base implantação de dispositivos do Decreto 7.508/11 na região de Saúde de Sobral-CE, as matrizes analíticas, suas dimensões e relações com as normas podem ser transferidas e utilizadas em outros estudos, aplicadas em outras realidades permitindo a construção coletiva do conhecimento com abertura à análise, à crítica, ao questionamento.

E ainda, a sistematização do caso permite disseminar e divulgar conhecimento sobre a experiência de compartilhamento de responsabilidade dos entes federados na gestão do SUS com vistas a superação da fragmentação das ações e serviços ofertados à população no território.

O presente estudo não permite generalizações por retratar um determinado contexto.

REFERÊNCIAS EM ORDEM ALFABÉTICA

- AKERMAN, M. O Sistema de saúde britânico após a reforma de 1991: uma avaliação inicial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 2, 1993, p. 85-99.
- AKERMAN, M. As recentes mudanças do sistema de saúde britânico. **Revista Saúde em Debate**, São Paulo, v. 34, n.2, 1992, p. 47-50.
- ALEMANHA. **Lei Fundamental da República Federativa da Alemanha**, 1949. Disponível em: Representações da República Federal da Alemanha no Brasil http://www.brasil.diplo.de/contentblob/3254212/Daten/1330556/ConstituicaoPortugues_PDF.pdf. Acesso em: 29/06/2014.
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo e Políticas Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo - ANPOCS, v. 10, n.28, p. 88-108, 1995.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 1999; 4(2):263-286.
- ALBER, J. **Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland**. Frankfurt/Main; Campus Verlag, 1992.
- ALVATER, E. **Beschäftigungspolitik jenseits von Nationalstaat und "Arbeitszentriertheit"**. WSI Mitteilungen. 1994. p. 346-57.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- ARRETICHE, M. T. S. **Continuidades e descontinuidades da Federação Brasileira**: de como 1988 facilitou 1995. Dados 2009;52(2):377-423.
- ASSEMBLÉE NATIONALE. **Project de Loi 120, Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux et Modifiant Duverses Dispositions Législatives**. Québec: Editeur Officiel du Québec. 1990.
- BANKAUSTAITE, V. ; DUBOIS, H. F. W. ; SALTMAN, R. B. **Patterns of decentralization across European health systems**. In: SALTMAN RB,
- BANTING, K.; CORBETT, S. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: **Fórum das Federações/Institucional Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal**. Federalismo y Políticas de Salud. Descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. Ontário/México, 2003.
- BEER, S. Introduction, in T. Conlan, **New Federalism -Intergovernmental Reform from Nixon to Reagan**. Washington, The Brookings Institution. 1988.
- BEVERIDGE, W. **Social Insurance and Allied Services**. London: His Majesty's Stationery Office, 1942. Disponível em: <http://www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.html>. Acesso em: 29/06/2014.
- BUSSE, R.; SCHWARTZ, F. W. **Herausforderung an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen**. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 11-12/ 1997. p.51-7.
- BRASIL. Decreto N.º 19.402, de 14 de novembro de 1930. Publicado na Coleção de Leis do Brasil em 1930. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>. Acesso em: 15/06/2014.
- BRASIL. Decreto nº 01, de 15 de dezembro de 1889. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/>

decret/1824-1899/decreto-1-15-novembro-1889-532625-publicacaooriginal-14906-pe.html. Acesso em: 19/07/2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. – Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº. 1, de 1992, a 32, de 2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos. 1 a 6 de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. (Acesso em junho de 2014).

BRASIL. Lei nº 8.080 de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. BRASÍLIA: 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde – NOAS**. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Regionalização da Saúde**. Brasília: jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 02/08/2014. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº.699, de 30 de março de 2006**. Diário oficial da união. 2006b.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141 de 2012**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso: 10/06/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002**. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**– Brasília: Ministério da Saúde, 2010.168 p. – Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento; v. 9.

BRASIL. Portal da Saúde. **CNS aprova Programação Anual de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/14_set_aprova_progamacao_anual_saude. Acesso em: 28/04/2014.

BRASIL. Portal da Saúde. **Do sanitarismo à municipalização**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 28/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.432/GM, de 19 de outubro de 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2432_19_10_2011.html. Acesso em: 16/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135/GM, de 25 de setembro de 2013**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 19/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do SUS – IDSUS**. Disponível em: <http://189.28.128.182/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>. Acesso em: 18/10/2014

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de jun. 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano CXLVIII, n.123, 2011.

BRASIL. Senado. Disponível em: www.senado.gov.br. Acesso em: 04/10/2014.

BRASILIENSE- CARNEIRO e DILL, G. **Arranjos federativos regionais na Alemanha e o papel articulador dos Landkreise**. Rio de Janeiro: Cadernos Adenaeur nº 4, 2011. p 57-76. Disponível em: <http://www.kas.de/wf/>

doc/6758-1442-5-30.pdf . Acesso em: 29/06/2014.

BREMNER, J. **The complexities of decentralization**. Euro Observer: the Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health and Policies, 13(1): 1-2, 2011.

BRESSER_PEREIRA, L. C. E. **Estado e desenvolvimento industrializado**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

CAIDEN, N.; WILDAVSKY A. **Planning and Budgeting in Poor Countries**. New York: Wiley, 1974.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007

CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION. <http://www.cadth.ca/index.php>. Acesso em: 10/06/2014.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CATALUNHA. Decreto n. 38/2006, de 14 de março. **Pel qual es regula la creació de governs territorials de salut**. DOGC 4594 de 16 de março.

CATALUNHA. Departament de Salut. **Pla de Salut de Catalunya 2011-2015**. Generalitat de Catalunya, 2012.

CATALUNHA. Departament de Salut. **Pla director d'oncologia, Plá director de Malalties de l'Aparell Circulatori, Pla director de Salut Mental i Addiccions, Pladirector d'Immigració, Pla director Sociosanitari**. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.

CAVALCANTI, Amaro. Regime Federativo e a República Brasileira: **Coleção Temas Brasileiros**. Brasília: Universidade de Brasília, 1983.

CPPS (Centro Panamericano de Planificación de La Salud). OPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de La Salud, Chile, Julio, 1975.

CECILIO, L. C. O. Apresentação e discussão de tecnologia leve de planejamento no setor público. In: Merhy, E. & Onocko, R.. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITE, 1997, p. 151-167.

CESAU-CE. Conselho Estadual de Saúde. Resolução 05/98. Aprova o Documento **Diretrizes de reorganização da atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará**. Fortaleza, 1998.

COSTA, A. B. S. A. **O Estado Autônomo da Espanha**. In MAGALHÃES, José Luiz Quadros de (coord.). Pacto Federativo. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000, pp. 139-40. *Idem*, p. 144.

CONILL, E. M. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 16, n.4, p. 936-971, 2000.

CONILL, E. M. **Les Implications de la Santé Communautaire en tant que Nouvelle Politique de Santé: Analyse du Cas du Québec**. Thèse de Doctorat, Paris: Institut D'Étude du Développement Economique et Social, Université de Paris I/Sorbonne. 1982.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social**. Proyecto EUROSociAL Salud, Intercambio III.2-1-2007 Rio de Janeiro: IRD; 2007. Disponível em: http://www.idisa.org.br/img/File/Documento_Tecnico_APSFinal12set2007.pdf. Acesso em: 01/10/2014.

CONLAN, T. **From New Federalism to Devolution**. Brookings Institution Press. Washington, D.C. 1998.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 12 de setembro de 1978. Alma-Ata, Casaquistão, URSS.

DE LA PUENTE, M. L.; FUSTE, J. Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña. **Medicina Clínica**, 13(Supl.4), 3-8. 2008.

DENIS, J. L. **I Forum sobre coberturas e sistemas universais. Tema Governança efetiva para os sistemas universais em saúde.** Por: Jacqueline Portales C. F. em: Seg 10/02/2014 10:11. Portal da Inovação da Gestão do SUS Redes e Atenção Primária a Saúde. Disponível em: http://apsredes.org/site2013/wpcontent/uploads/2014/02/Governanca_Jean-Louis-Forum_2014_Health-system.pdf. Acesso em : 08/07/2014.

DENIS, J. L., et al. Reforme et gouvernance en santé: l'attrait pour une managériation de l'action publique. **In: Guy Rocher, Pierre Noreau, Pascale Laborier, Marc Rioux** (dir). Reforme en santé et justice: le droit et la gouvernance. Montréal: Le Presses de L'Université Laval, 2008.

DEPARTMENT OF HEALTH. **Primary care trusts: establishing better services.** London, NHS Executive, 1999.

DESTATIS. **Statistisches Bundesamt.** Statistisches Jahrbuch Deutschland und Internationale. Herausgeber, Wiesbaden, 2013, p 23. Disponível em: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2013.pdf?__blob=publicationFile. Acesso em: 24/06/2014.

EISEN, R. Zur Entwicklung des Gesundheitswesens in den neue Bundesländer, unter besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses von GKV, PKV und öffentlichen Gesundheitsdiensten. **In: Sozialpolitik im vereinten Deutschland.** (Gerhard Kleinhenz org.) Berlin: Duncker und Humblot (pág.73-96), 1992.

ELAZAR, D. **Exploring Federalism.** Alabama, University of Alabama Press. 1987.

ESPAÑA. Constitución Española, 1978. **[legislación en la internet]**. Madrid; 1978. Disponível em: <http://www.lamoncloa.gob.es/espana/leyfundamental/Paginas/index.aspx>. Acesso em: 13/07/2014.

ESPAÑA. Real Decreto-Ley, n 36, de 16 de noviembre de 1978. **Sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo.** España, 1978. Disponível em: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rdl36-1978.html. Acesso em: 13/07/2014.

ESPAÑA. Decreto nº 202, de 15 de julio de 1985. **Declaración de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.** Disponível em: <http://www.hospitecna.com/Edificacion-Organismos/Normativas/Decreto-202-1985-declaracion/id-Lbejhiigcbddhd.xsql>. Acesso em: 13/07/2014.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism.** Cambridge: Polity Press, 1990.

EVANS, R. G. **Strained Mercy: The economics of Canadian Health Care.** Butterworths & Co, Toronto. 1984.

FAHRENTHOLD, D. A. **Mass. Bill Requires Health Coverage.** Washington Post. 2006. Disponível em: <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2006/04/04/AR2006040401937.html>. Acesso em: 06/07/2014.

FAIRFIELD, G.; HUNTER, D. J.; MECHANIC, D. **Managed care: origins, principles and evolution.** BMJ 1997; 314:1823-1833.

FERLIE, E. et al. **A nova administração pública em ação.** Brasília, DF: Universidade de Brasília: ENAP, 1999.

FERREIRA, W. J. **O Município à Luz da Constituição Federal de 1988.** São Paulo: Edipro, 1993, p.59.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. L. M. Política de Saúde: uma Política Social. In: Lígia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato; José Carvalho de Noronha; Antonio Ivo de Carvalho. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v., p. 23-64.

FLEURY, S. **Estados sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

FOUCAULT, M. Questions on Geography. In: GORDON, C. (org.). **Power/Knowledge: selected interviews and other writings**, 1972-1977. Nova Cork: Pantheon, 1980 (Apud SOJA, 1993).

GARCIA-PELAYO, M. Derecho constitucional comparado. 7. Ed. Madrid: **Revista de Occidente**, 1964. p. 636.

GERLINGER, T.; STEGMÜLLER, K. 1995. “**Nachfrageprivatisierung**” und “**Anbieterkonkurrenz**”: zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV. Arbeitspapiere aus der Abteilung für medizinische Soziologie. n. 14. Frankfurt/Main: J. W. Goethe Universität. (33p).

GIOVANELLA, L. Entre o mérito e a necessidade. Princípios constitutivos do seguro social de doença alemão. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 133-146, 1999.

GOBIERNO DE ESPAÑA. Ley nº 14, de 25 de abril de 1986. **Ley General de la Sanidad** (LGS). Españ, 1986. Disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>. Acesso em: 13/07/2014.

GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. **Benefícios / Pensões dos Trabalhadores. Saúde**. Disponível em: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/RegimenGeneral/BeneficiariosSituac30476/index.htm . Acesso em: 10/06/2014.

GOBIERNO DE ESPAÑA. Ministério de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Sistema Nacional de Salud – SNS**. Espanha, 2012. Disponível em: <http://msc.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>. Acesso em: 11/07/2014.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. **Rapport de la Commission d’Enquete sur la Santé et le Bien-Être Social**. Québec: Editeur Officiel du Québec, 1970.

GOVERNMENT OF CANADA. **Canada Health Act** (R.S.C., 1985, c. C-6). <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>. Acesso em: 10/06/2014.

GRAN BRETAGNA. MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAGNA. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**, 1920. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93].

HINRICHS, K. Restrukturierung der Sozialpolitik. Das Beispiel der Gesundheitspolitik. In: **Grenzen des Sozialversicherungsstaates** (Barbara Redmüller & Thomas Olk orgs.), Leviathan /Zeitschrift für Sozialwissenschaft/ Sonderheftn.14. p.119-45. 1994.

HOFEMANN, K; REIDEGELD, E. **Ambulante medizinische Versorgung an den Grenzen von Finazierbarkeit, Effizienz und Effektivität**. WSI Mitteilung.11/86. 1986.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População Brasileira**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>. Acesso em: 09/10/2014.

JUNTA DA ANDALUCIA. Temas. **Tarjeta Sanitaria**. Disponível em <http://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/>

servicos/tarjeta.html

KOEN, V. **Public expenditure reform: the Health Care sector in the United Kingdom**. London: OECD (Economics Department Working Papers, 256). 2000.

KLEIN, R. The new politics of the NHS: from creation to reinvention. **Oxford: Radcliffe Publishing**; 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1519024&pid=S1413-8123201000050000600012&lng=en. Acesso em: 10/03/2014.

KRELL, A. J. **O Município no Brasil e na Alemanha: Direito e Administração Pública comparados**. 1. ed. São Paulo: Oficina Municipal/ Edições Loyola, v. 1. 194.p. 77. 2003.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2307-2316. ISSN 1413-8123. http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000500006&script=sci_arttext. Acesso em: 10/06/2014.

LACAZ, C. **Introdução à Geografia Médica do Brasil**. São Paulo: Editora E. Blücher, 1972.

LEFEBVRE, H. Espacio y Política. **Barcelona: Ediciones Peninsula**, 1976 – original em francês de 1973 (Apud CORRÊA, 2001).

LOVATO, L. G. Federalismo e federalismo fiscal: controvérsias sobre o sistema brasileiro de desenvolvimento regional. **JUS Navigandi**, 2006. Disponível em: <http://jus.com.br/956666-luiz-gustavo-lovato/publicacoes>. Acesso em: 12/07/2014.

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

MAGALHÃES, J. L. **Direito Constitucional**. Tomo II. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003, p.80.2.

MATUS, C. **Política Planejamento e Governo**. Brasília: Editora IPEA, 1993.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Salvador: EDUFBA; p. 41-63, 2005.

MELO, M. A.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Inovações organizacionais em política social: o caso da Grã-Bretanha. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v.50, n. 3, 1999, p. 78-90.

MELO, A. C. **O sucesso inesperado das reformas de segunda geração: federalismo, reformas constitucionais e política social**. Dados 2005; 48(4):845-889.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=%20As%20redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20no%20SUS>. Acesso em: 06/07/2014.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E (org). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 117-149.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MIRANDA, S. A Federação no contexto da Reforma Tributária. In: Morhy, L.(org.). **Reforma Tributária em Questão**. Brasília: UNB, 2003. p. 213 a 227.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux). **Rapport de la Commission D'Enquete sur les Services de Santé et les Services Sociaux**. Québec: Gouvernement du Québec/Les Publications du Québec. 1988.
- NAYLOR, C. D.; LEATT, P.; PINK, G. H. Integrated delivery systems: time to experiment in Canada? **Journal of the American Society of CLU & ChFC** . 1996. L(5):54 - 59. (reprint of article published in CMAJ). Disponível em: <http://chec-cesc.afmc.ca/resource/integrated-delivery-systems-has-their-time-come-in-canada>. Acesso em 06/07/2014.
- NEPP(1989), **A política de assistência social**. Campinas, Universidade Estadual de Campinas. 1989.
- NHS in England. Disponível em: <<http://www.nhs.uk>>. Acesso em: 30/06/2014. 2005b.
- NHS Review. Disponível em: <<http://www.haznet.org.uk>>. Acesso em: 05/07/2014. 2005a.
- NORONHA, J.; UGA, M. A. D. O Sistema de Saúde Norte-Americano. In: Buss, P. e Labra, E. (Org.). **Sistemas de Saúde - Continuidades e Mudanças**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995, p 188-189.
- OLIVEIRA, C. R. **O Labirinto Social ou Farewell, Welfare. A Constituição Histórica do Seguro Social na Alemanha (1871-1932)**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
- OLSON, M. **The logic of collective action**. 2. ed. Cambridge: Harvard University, 1970.
- OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD), 1992. **Reformas de los sistemas sanitarios en Europa. Primera Reunión del Grupo de Trabajo sobre la Reforma de los Sistemas Sanitarios en Europa**. Madrid: Oficina Regional para Europa.
- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Informe sobre a saúde no mundo: financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD/OMS. **Problemas conceptuales y metodológicos de La programación de La salud**. Publicacion Científica, n. 111, 1965.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD/OMS. **Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias**. Washington, D.C: OPAS/OMS; 1990. [Publicación científica nº 519]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1519016&pid=S1413-8123201000050000600008&lng=en. Acesso em: 10/03/2014).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD /OMS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington DC: OPAS; 2010.
- OSBORNE, D.; GAEBLER, T. **Reinventando o Governo**. MHComunicação. Brasília. 1994.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: Balanço do Estado da Arte. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, n.N Esp, p. 73-80, 2006.
- PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet (North American edition)**, v. 377, p. 9-28, 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em:

13/07/2014.

PDR. Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>. Acesso em: 10/08/2014.

PETERSON, P. **The price of federalism**. New York, The Twentieth Century Fund, 1995.

RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). **Brasil Século XXI, por uma nova regionalização? agentes, processos, escalas**. São Paulo: Max Limonad, 2004. p. 194-212.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Cien Saude Colet**. 2009; 13(3):819-828.

RICARDINA, G. P. Controlando a utilização indiscriminada de tecnologias médicas e a escalada dos custos dos sistemas de saúde: a estratégia alemã. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, June 1996.

REINHARDT, U. E. Germany's Health Care System: it's not the american way. **Health Affairs**, 1994. 13:22-24.

REY DEL CASTILLO, J. **Formas de descentralización de los servicios sanitarios**. In: _____. Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 41-91. (Série Monografias, 23).

RIKER, W. Federalism. In: GREENSTEIN, F.; POLSBY, N. (Ed.). **Handbook of political science**. Massachussets, Addison-Wesley Publishing Company, v.5, 1975.

RIVETT, C. G. C. **From cradle to grave: 50 years of NHS**. London: London King's Fund; 1998. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1519014&pid=S1413-8123201000050000600007&lng=en(Acesso em março de 2014).

ROGERS, E. **Diffusion of Innovation**. 5a. Ed. New York: Free Press, 2003.

ROJAS, L. I. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Cad Saúde Pública**. 1998; 14:701-11.

ROVIRA, E. A. **Federalismo y cooperacion en la Republica Federal Alemana**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; p. 463-477, 1986.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C.; TANAKA, O. Y. Novas perspectivas na gestão do Sistema de Saúde da Espanha. **Saúde e Sociedade (USP. Impresso)**, v. 19, p. 170-179, 2010.

SANTOS, LENIR; ANDRADE, L. O. M. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 16, p. 1671-1680, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300002&script=sci_arttext. Acesso em 19/11/2014.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Editora HUCITEC; p.176, 1978.

SANTOS, M. **A natureza do espaço, técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora HUCITEC; 1996.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**. 1999; 2:15-25.

SCHWARTZ, F. W.; BUSSE, R. Fixed Budgets in the Ambulatory Care Sector: the German Experience. In: **Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America**. (Friedrich Wilhelm Schwartz, Howard Glennerster

& Richard B. Saltman org.), Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

SCHWARTZMAN, S. XXVII Reunião Anual da SBPC. **Perspectivas políticas para o Brasil: planejamento e responsabilidade**. 1975. (Simpósio). Disponível em <http://br.monografias.com/trabalhos/perspectivas-politicas-brasil/perspectivas-politicas-brasil.shtml>. Acesso em 14.12.2014

SCOTT, R. W. **Institutions and Organizations**. Thousand Oaks/CA: Sage, 1995.

SCHARPF, F. W. "The Joint-Decision Trap. Lessons from German Federalism and European Integration". *Public Administration*, vol. 66, nº 2, pp. 239-278. 1988.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis [online]**. 2013, vol.23, n.4, pp. 1101-1122.

SHORTELL, S.M. et al. - **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

SILVEIRA, M. L. Uma situação geográfica: do método à metodologia. **Revista Território**. 1999; (6):21-8.

SOUZA, M. A. A. A explosão do território: falência da região? **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1, abr. 1993.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, v.42, n.2, p.197-251, 1999.

TANCREDI, F. B. et al. Planejamento em Saúde, volume 2 (**Série Saúde & Cidadania**) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998. 61 p.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 16, p. 7-17, 2007.

TEIXEIRA, Carmem Fontes, PAIM, Jairnilson Silva and VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. *Inf. Epidemiol. Sus*, June 1998, vol.7, no.2, p.7-28. ISSN 0104-1673.

TENDLER, J. **Bom Governo nos Trópicos: uma visão crítica**. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

TESTA M. **Saber en salud**. Buenos Aires: Lugar; 1997.

TSEBELIS, G. Processo decisório em sistemas políticos: veto players no presidencialismo, parlamentarismo, multicameralismo e multipartidarismo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.12, n.34, p.89-118, 1997.

TTITMUSS, R. **Essays on the Welfare State**. London: George Allen and Unwin, 1958.

USA (UNITED STATES OF AMERICA). **The Patient Protection and Affordable Care Act, dated of fifth day of January, two thousand and ten**. <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr3590enr/pdf/BILLS111hr3590enr.pdf>. Acesso em: 30/11/2014.

U.S. CENSUS BUREAU. Online: disponível em <http://www.census.gov> e http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/publications/sehsd_wp_2014-16.pdf. Acesso em: 10/10/2014.

VIACAVAL, F. et al. **Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro**. 2003

VÁSQUEZ, M. L. N.; LORENZO, I. V. **Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos**. Consorci Hospitalari

de Catalunya. Barcelona: CHC; 2007.

VIANA, A. L. D. **Redefinição das competências entre esferas de governo na prestação de serviços públicos na área sociopolítica de saúde, Balanço e perspectivas do federalismo fiscal no Brasil**. Segundo relatório parcial de pesquisa. NEPP/IESP/ Fundap. 1993.

VIANA, A.L. d'Á. **Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80**. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Cien Saude Colet** 2002; 7(3):493-507.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. **Política de saúde e equidade**. São Paulo Perspec 2003; 17(1):58-68.

VIANA, AL.d'Á. et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: >. Acesso em: 10/06/2014.

VIANA AL. d'Á; LIMA, L. D. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Pesquisa: Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIB): as CIB e os modelos de indução da regionalização no SUS. Rio de Janeiro: Contra Capa; p. 11, 2011.

VIEIRA, P. A. B. **Direito Municipal na Constituição. Doutrina Prática Legislação**. ISBN: 857789065. Edição: 7. Editora: JH Mizuno, 2010

WEBSTER, C. **The National Health Service: a political history**. Oxford: Oxford University Press; 2002. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1519012&pid=S1413-8123201000050000600006&Ing=en. Acesso em: 10/03/2014.

WEAVER, K. R.; ROCKMAN, B. **Do institutions matter?** Washington: Brookings Institutions, 1993.

WEIR, M.; ORLOFF, A. S.; SKOCPOL, T. **The politics of social policy in the United States**, Princeton, Princeton University, 1988.

WERNECK, V. M. L. T. Notas sobre política social. **Physis**, 1:133-157, 1991.

WHITE, J. **A comparative study of health care policy in the United States And Canada: What policymakers in Latin America Might and Might not Learn from their Neighbors to the North** Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 1997. (Serie Financiamiento del Desarrollo, 52).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health care systems in transition: Spain**. Copenhagen: WorldHealth Organization Regional Office for Europe, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health System principles integrated care: report 2003**. London, 2003.

WHYNES, D. K. Towards the evidence-based National Health Service? **The Economic Journal**. London, v.106, n. 439, 1996, p. 1702.

BMG-Pressemitteilung. Comunicados à imprensa do Ministério da Saúde da Alemanha divulgados em sua Homepage <http://www.bmgesundheit.de>. Acesso em: 22/06/2014.

CARVALHO, G. C. M. **Regulamentação da Lei 8080: Um Decreto com 20 Anos de Atraso**. Blog Saúde Brasil. Uma Praça de Debates Sobre a Saúde e o SUS. Disponível em: <http://susbrasil.net/2011/06/30/regulamentacao-da-lei>

8080-um-decreto-com-20-anos-de-atraso/. Acesso em: 13/10/2014.

COSEMS RJ. O Decreto 7.508/2011: Desafios e Oportunidades. **Revista COSEMS RJ** – 13ª edição - ago - set – out/2011. p 30-32. Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/images/revista_cosemsrj_ago_set_out_baixa.pdf. Acesso em: 10/08/2014.

KNIEPS, F. Ex-diretor-geral do Ministério de Saúde da Alemanha fala sobre o financiamento do sistema de saúde do país. [S.l.] Virtual. 2013. Disponível em: <<http://www.diagnosticoweb.com.br/noticias/gestao/ex-diretor-geral-do-ministerio-de-saude-da-alemanha-conta-como-funciona-o-financiamento-do-sistema-de-saude-do-pais.html>> Acesso em: 23/06/2014.

MOURA, C. C. A descentralização que vem do centro. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro. 1983.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alemanha 15, 23, 24, 32- 34, 36-38, 40, 42, 112-114, 121, 123, 124, 128, 129, 132, 133

B

Bem-estar 23-25, 38, 66, 113

Beveridge 27, 113, 123

Brasil 5, 10-12, 14-17, 19, 20, 23, 26, 33, 34, 44, 52, 62-64, 66, 68, 69, 70, 71, 78, 81, 85, 86, 88, 94, 95, 97, 111-116, 121, 123-133, 136

C

Caixas 38, 40-43, 112

Canadá 23, 24, 32, 45-51, 112-114, 121, 125, 127, 129, 132

Canada Health Act 48, 49, 127

Catalunha 23, 51, 52, 55-60, 112, 114, 121, 125

Ceará 10, 11, 20, 21, 81, 85-92, 94-97, 100, 101, 109, 110, 116, 119, 125, 130

CIB 74, 82, 85, 106, 107, 110, 111, 119, 132

Ciclo 18, 69

CIR 82, 89, 91, 106, 107, 109, 111, 119

COAP 10, 11, 20, 21, 72, 79, 81, 89-97, 100, 102-110, 116-120, 122

Comitê Gestor 92, 93, 95

Comunidades Autônomas 51-54, 56

D

Decreto 10-12, 14, 19- 21, 23, 55, 62, 71, 72, 78-81, 85, 86, 89, 91-93, 95, 96, 106, 107, 109, 115-117, 119-126, 132

Descentralização 17-19, 23-26, 43, 51-54, 58, 60, 62, 64-71, 73, 76, 85, 112, 114, 115, 121, 124, 130, 132, 133

Desenvolvimento 14, 16, 17, 25, 34, 36, 39, 60, 78, 88, 101, 125, 128

DHA 29, 31

Diretrizes 11, 18-20, 41, 52, 58, 69, 72-78, 82, 85, 89, 94, 97, 100, 103, 105-107, 109, 110, 115, 117-121

E

Espanha 10, 15, 23, 24, 51-53, 60, 112, 114, 121, 125, 127, 130

Estado 11, 14-21, 23-29, 32-40, 42-55, 57, 62-66, 68-74, 76-78, 81, 85-92, 94, 95, 97, 100, 101, 104, 108-116, 118, 119, 121-123, 125, 127, 129, 130, 132

Estados Unidos 44

Estratégia 11, 15, 17-19, 24, 25, 32, 46, 52, 57, 60, 69, 71, 90, 111, 113, 115, 116, 121, 127, 128, 130

Estudo de caso 10, 12, 81, 123

F

Federação 34, 35, 43, 47, 48, 63, 64, 68, 114, 115, 123, 129

Federalismo 5, 16, 23, 34, 43, 62, 64, 65, 69, 111, 112, 123, 128, 130-132

Financiamento 15, 17, 19, 28, 29, 32, 33, 37, 42, 48, 49, 52-55, 65-67, 75, 76, 101, 104, 113, 116, 120, 128, 129, 132, 133

Fundholders 29, 30

G

Gemeinde 34, 35

Gestão da Saúde 16, 53

GKV 38-41, 126, 127

Governo 14, 16, 23-27, 29-31, 34-36, 38, 39, 41-55, 57, 60, 62-68, 70, 71, 73, 78, 82, 86, 90, 101, 103, 104, 111-116, 118-120, 122, 128, 129, 131, 132

Grupo de Atenção Primária 31

I

Indicadores 77, 88, 90, 96, 97, 100-103, 105, 106, 109, 110, 119, 120

Inglaterra 23, 26, 112-114, 121

Insalud 52, 54

K

Kreis 33-36

L

Landkreis 34-37, 124

Lei Orgânica da Saúde 67, 69

M

Mapa da Saúde 20, 21, 74, 82, 91, 93, 96, 97, 100, 110, 117, 118, 120

Mapa Sanitário 60

Medicaid 44, 45, 47

Medicare 44, 45, 47, 49

Metas 19, 56, 57, 74, 77, 90, 97, 100, 103-106, 109, 110, 117, 120

Movimento Sanitário 15

N

NHS 28-32, 113, 126, 128-130

Norma Operacional Básica 69, 124

O

Objetivos 15, 16, 18, 21, 23, 25, 42, 50, 54, 58, 67, 92, 97, 100, 103, 105, 106, 109, 110, 120, 121

P

PDR 85, 86, 88, 103, 130

Planejamento 5, 11, 14-21, 23-25, 34, 38, 41, 42, 46, 54-58, 60, 71, 72, 74, 76, 79, 81, 82, 88-90, 92-96, 100, 106-110, 112, 114, 116-122, 124, 125, 128, 129, 131, 136

Planejamento Regional Integrado 19, 21, 79, 82, 94, 95, 106, 107, 112, 116, 121

PNS 17, 18, 56

Política 5, 11, 14-18, 20, 21, 23-29, 33, 35-38, 40, 42-48, 50-52, 54-56, 64-71, 74, 76-78, 81, 82, 85, 86, 88, 90, 91, 106-108, 110, 111, 113-116, 118-123, 125, 127-132, 136

População 15, 25, 26, 29, 30, 32-34, 37, 40, 41, 44, 46, 49, 50, 57, 59, 62, 64, 73, 86, 87, 97-99, 102, 113, 118, 120, 122, 127

PPI 104

Província 24, 28, 47-52, 55, 56, 60, 62, 112, 114, 121, 125

Q

Québec 47, 50, 51, 112, 114, 121, 123, 125, 127, 129

R

Reforma 15-17, 28-33, 41, 46, 50, 52-54, 58, 66-68, 113, 114, 123, 125, 128, 129, 131

Reforma Sanitária 50, 52

Regionalização 10-12, 17, 19, 23, 24, 28, 31, 32, 46, 49, 62, 68-71, 73, 81, 85, 90, 93, 106, 111, 113, 115, 117, 119, 121, 122, 124, 127, 130, 132

S

Saskatchewan 47, 48

Saúde 5, 10, 11, 14-21, 23-33, 37-41, 43-60, 65-79, 81, 82, 85

Segurança Social 33, 39

Seguro 26, 27, 33, 38-47, 49, 71, 112, 127, 129

Seguro Social 33, 38, 40-44, 112, 127, 129

Serviços de Saúde 16, 19, 20, 26, 29, 31, 32, 48, 49, 52-55, 66, 67, 69, 71, 72, 75, 76, 78, 89, 90, 94, 102, 103, 112, 117, 125, 136

SHI 8, 11, 39, 131

Sistema de Saúde 27, 29, 32, 37, 44-48, 50, 51, 60, 68, 70, 71, 78, 82, 97, 102, 111, 114, 116, 120, 123, 129-131, 133

SNS 54, 56, 127

Sobral 10, 11, 20, 21, 81, 82, 85-89, 92, 95, 97-102, 105, 107, 109, 110, 117-122

Social 14-18, 23-28, 32, 33, 36, 38-46, 48, 51-54, 56, 64-67, 69, 81, 96, 100, 106, 112-115, 118, 119, 123, 125-129, 132

Subsídios 46-48, 50, 71, 92, 122

SUS 10, 15-20, 30, 32, 35, 36, 53, 54, 67-69, 71-78, 82, 85, 86, 89, 90, 93, 97, 100, 106, 107-111, 113, 114, 116-120, 122, 124-126, 128, 130-132

T

Trusts 31, 32, 126

W

Welfare State 27, 28

SOBRE A AUTORA

Gisela Mascarenhas possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1985), especialização em Administração de Serviços de Saúde pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP (2001) e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília - UnB (2014). É bolsista de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (2021). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas: Política de Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde e Sistema Único de Saúde.



Decreto 7.508/11: Implantando Dispositivos

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](#)



Bookerfield Editora



Decreto 7.508/11: Implantando Dispositivos

www.bookerfield.com



contato@bookerfield.com



[@bookerfield](https://www.instagram.com/bookerfield)



Bookerfield Editora



ISBN: 978-65-89929-09-3

CD



9 786589 929093