

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ENSP

ADELYNE MARIA MENDES PEREIRA

**DILEMAS FEDERATIVOS E REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE:
O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL DO SUS EM MINAS GERAIS**

Rio de Janeiro

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ADELYNE MARIA MENDES PEREIRA

**DILEMAS FEDERATIVOS E REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE:
O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL DO SUS EM MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, área de concentração em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Luciana Dias de Lima.

Rio de Janeiro

2009

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P436 Pereira, Adelyne Maria Mendes
Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. / Adelyne Maria Mendes Pereira.
Rio de Janeiro: s.n., 2009.
133 f., il., tab., mapas.

Orientador: Lima, Luciana Dias de
Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Sistema Único de Saúde. 2. Regionalização. 3. Gestão em Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Serviços de Saúde. 6. Planejamento em Saúde-organização e administração. 7. Federalismo. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1068098151

ADELYNE MARIA MENDES PEREIRA

**DILEMAS FEDERATIVOS E REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE:
O PAPEL DO GESTOR ESTADUAL DO SUS EM MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, na área de concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Data da aprovação: 14 de maio de 2009.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Luciana Dias de Lima (coordenadora)
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Ana Luiza d'Ávila Viana
(Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina/USP)

Prof^a. Dr^a. Cristiani Vieira Machado
(Departamento de Administração e Planejamento em Saúde/ENSP/Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Ana Cecília de Sá Campelo Faveret
(Diretoria de Desenvolvimento Setorial/Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Prof^a. Dr^a. Rosana Kuschnir
(Escola de Governo em Saúde/ENSP/Fiocruz)

*A meu pai, cuja partida foi estímulo para a construção deste trabalho;
A minha mãe, cuja presença me faz forte para perseguir meus objetivos.*

AGRADECIMENTOS

Os caminhos de um mestrado não são triviais. Concluir este trabalho significa colher os frutos de um tempo de dedicação, estudos, análises, noites em claro e muitas saudades dos que estiveram fisicamente longe de mim. Posso afirmar que esses dois anos foram intensos, dos pontos de vista pessoal e profissional. Chegando no momento em que eu me despedia do meu pai, o mestrado foi fonte de força e estímulo. Superada a dor, essa perda me mostrou a importância de compreender as lacunas do SUS e as razões de sua ineficiência. A esperança de contribuir para construção de um sistema de saúde mais justo, ainda que eu conhecesse todas as minhas limitações, foi um sonho que me acompanhou nessa trajetória.

Se permanecer distante da minha casa mineira foi difícil, muitas foram as pessoas que colaboraram para que essa tarefa fosse mais leve. Destaco, primeiramente, a compreensão, orientação e amizade de Luciana Dias de Lima, a quem considero mais que orientadora. Todas as palavras seriam insuficientes para agradecê-la por todo o carinho, paciência e sabedoria das suas palavras. Obrigada pelo auxílio sempre pronto nas horas de desabafo pessoal e inquietude acadêmica.

Extremamente especial foi a convivência com meus colegas de turma. Maris, Cláudia, Flavi, Dani, João e Ana foram parceiros nas longas discussões sobre o SUS, que tomavam todos os nossos almoços. Foram verdadeiros amigos, com quem dividi muitas das minhas alegrias e tristezas. A amizade de Ana e o carinho de sua família fizeram com que eu me sentisse acolhida nos momentos mais difíceis.

Devo a todos os meus professores a formação que adquiri nesta Escola. Cada um foi parte importante do processo de construção desse trabalho. Agradeço a Marileni Castilho de Sá, coordenadora da subárea quando ingressei no mestrado, por toda sensibilidade com que me recebeu naquele início conturbado. Agradeço a Cristiani Vieira Machado e Tatiana Vargas, pelas discussões sobre federalismo no âmbito da disciplina e por terem me acolhido, ao lado de Luciana, na elaboração de um capítulo de livro “a quatro mãos”. Sem dúvida, esse foi um exercício valioso. Não poderia deixar de agradecer a Rosana Kuschmir, por tudo que aprendi sobre regionalização e sistemas de saúde em sua disciplina, ao lado de Maura Taveira, e no âmbito do Projeto de Cooperação entre a ENSP e a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ). A todos os membros desse Projeto, como também do grupo de pesquisa “Desenvolvimento, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde”, meu sincero muito obrigada.

Também quero agradecer aos funcionários da secretaria acadêmica (SECA) e do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS). O trabalho de vocês foi um apoio importante.

Três instituições apoiaram a construção dessa dissertação: Fiocruz, responsável pela minha bolsa de mestrado no primeiro ano; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), que me premiou com a Bolsa de Aluno Nota 10, responsabilizando-se por minha bolsa no segundo ano; e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que custeou minhas despesas com o trabalho de campo e transcrição de entrevistas mediante aprovação do projeto no Edital Universal.

Agradeço à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MG), na pessoa de cada um dos representantes que entrevistei. Muito obrigada por dividirem comigo suas percepções acerca do processo de regionalização sob condução do gestor estadual. A participação de cada um foi fundamental para esse estudo. Em particular, quero agradecer a valorosa colaboração de Iveta Malachias e Camila, peças fundamentais para o agendamento das entrevistas com todos os atores, e amigas em Belo Horizonte.

A mudança de estado foi menos dura pela presença de alguns anjinhos. Amanda, Paty e Léo, companheiros de república, dividiram comigo não só o espaço físico, mas a vida. Serei sempre grata pelo carinho e generosidade de Amanda e Paty, e por todas as risadas e debates sobre economia e política que tive com o Léo. Indubitavelmente, momentos e pessoas inesquecíveis.

Mas nada teria se concretizado se não fosse o apoio das pessoas mais importantes da minha vida. Minha mãe, Adarlene; meus irmãos, Adelaine e Andrei; e meus avós, Alaor e Madalena, a vocês, devo meu maior agradecimento. Sem o carinho, a compreensão, as orações, os mimos e o estímulo de vocês, eu não teria conseguido. Muito obrigada pelo amor incondicional.

Agradeço a presença de Cristiani Vieira Machado e Rosana Kuschnir, nas bancas de qualificação e de defesa da dissertação. Da mesma forma, agradeço a Ana Luíza Viana e Ana Cecília Faveret, solícitas em participar da banca de defesa. O conhecimento e experiência de vocês são contribuições valiosas para mim. Muito obrigada!

Por fim, agradeço a Deus, minha fortaleza e refúgio.

“Nas fases de grande mudança, o primeiro trabalho é rever o que pensamos. Isso não significa jogar fora tudo o que fizemos, mas retomar, partindo de como o mundo é em cada lugar. Sem isso, planejar é um voo cego, com todas as suas consequências.”

“Quando a crítica não é acompanhada pela análise, ela permite a mobilização, mas não a construção.”

(Milton Santos)

RESUMO

Este estudo analisou o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais no período de 2003 a 2007, tendo em vista os dilemas relativos ao federalismo brasileiro e à especificidade da configuração do sistema de saúde no estado.

Foram identificados fatores relativos ao federalismo brasileiro (nas suas dimensões política, organizacional e fiscal) e à regulação nacional da descentralização do SUS que interferem na condução estadual do processo de regionalização na saúde.

Percebeu-se que a regionalização na saúde é um processo antigo em Minas Gerais, em função da extensão territorial do estado e capacidade institucional da secretaria. No entanto, a implantação de serviços de saúde se deu, historicamente, de maneira descoordenada e fragmentada, em decorrência das diferenças interregionais, grande número de municípios, ausência de parâmetros racionais de distribuição dos serviços e falhas no papel do estado em controlar tal processo.

Visando superar esses problemas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) utiliza várias estratégias e instrumentos na condução do processo de regionalização. No planejamento, elaboração, implantação e avaliação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); estímulo e apoio técnico à gestão microrregional; e constituição das redes de atenção. No financiamento, alocação regional de recursos próprios segundo critério redistributivo; e direcionamento dos investimentos em função das metas acordadas com o governo do estado. Na regulação, implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUS Fácil); e promoção de ações educacionais. Na prestação de serviços, a SES-MG optou pela administração indireta via Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Ao fim, discutiu-se as potencialidades e desafios da condução estadual do processo de regionalização. Os achados deste estudo sugerem que a regionalização na saúde sob condução estadual é possível, à medida que o gestor assumira esse papel e desenvolva mecanismos para superar a municipalização autárquica e fragmentação interna da secretaria, recuperando a prática do planejamento estratégico, promovendo uma efetiva articulação intergestores e assumindo funções específicas para o avanço da regionalização.

Palavras-chave: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Regionalização; Federalismo; Gestor de saúde.

ABSTRACT

This study examined the role of the state level in driving the process of regionalization of the Unified Health System in Minas Gerais between 2003 and 2007, in view of the dilemmas on Brazilian federalism and the particular configuration of the health system in the state.

We identified factors related to federalism in Brazil (in its political, organizational and tax dimensions) and national regulation of decentralization of the Unified Health System that interfere with the driving state of the process of regionalization in health.

It was noticed that regionalization in health is an old process in Minas Gerais, according to the territorial extension of the state and institutional capacity of the state level. However, implementation of health services was, historically, so uncoordinated and fragmented, due to inter regional differences, large number of municipalities, lack of rational parameters of distribution of services and gaps in the state's role in controlling such process.

Aiming to overcome these problems, the Secretary of State for Health of the Minas Gerais uses multiple strategies and tools in conducting the process of regionalization. In planning, preparation, implementation and evaluation of the Master Plan of Regionalization; stimulation and support to micro regional management; and establishment of regional health system. In funding, regional allocation own resources the second criterion redistributable; and direction of investments depending on the targets agreed with the government of the state. In regulation, implementing the State System of Regulatory Assistance; and promotion of educational activities. In the provision of services, Secretary of State for Health opted for indirect administration by Hospital Foundation of Minas Gerais State.

In the end, it discussed the potential and challenges of conducting state of the process of regionalization. The findings of this study suggest that regionalization in the health under state driving is possible, as the manager takes this role and develop mechanisms to overcome municipalization and internal fragmentation of the secretariat, restoring the practice of strategic planning, promoting effective coordination intermanaging and assuming specific functions to the advancement of regionalization.

Key-words: Health Policy, Planning and Management; Regional Health Planning; Federalism; Health Manager.

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

QUADROS

Quadro 1 - Matriz de análise: dimensões do federalismo e interface com a saúde	21
Quadro 2 - Repartição das receitas tributárias prevista na Constituição de 1988	36
Quadro 3 - Dilemas federativos para atuação dos estados no Brasil pós-1988	42
Quadro 4 - Balanço do papel do estado no marco normativo do SUS, segundo macrofunções do Estado na saúde	53
Quadro 5 - Balanço da regionalização no marco normativo do SUS	55
Quadro 6 - Papel do estado na regionalização do SUS, segundo macrofunções do Estado na saúde..	61
Quadro 7 - Metodologia de construção do Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais	83
Quadro 8 - Análise comparativa entre os Planos Diretores de Regionalização 2001-2004 e 2003-2006.....	84
Quadro 9 - Atribuições das Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais em Minas Gerais, segundo Deliberação CIB-SUS/MG nº 095, de 17 de maio de 2004	88
Quadro 10 - Programa de Trabalho para repasse do incentivo financeiro para organização do Sistema de Planejamento do SUS em Minas Gerais, segundo Deliberação CIB-SUS/MG nº 365, de 19 de julho de 2007.....	89
Quadro 11 - Valor do incentivo financeiro à Saúde da Família a partir da classificação dos municípios segundo fator de alocação em Minas Gerais	96
Quadro 12 - Processo de implantação do SUS Fácil em Minas Gerais	103

TABELAS

Tabela 1 - A evolução da dívida estadual (em bilhões de reais)	37
Tabela 2 - Contratos firmados entre União e estados no âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira	41
Tabela 3 - Porte populacional dos municípios do estado de Minas Gerais – Brasil (2009)	63
Tabela 4 - Metas estabelecidas e alcançadas pelo estado de Minas Gerais, no período de 1998 a 2007, no âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira firmado com a União	66
Tabela 5 - Estabelecimentos de saúde cadastrados em Minas Gerais segundo macrorregião e esfera administrativa, em dezembro de 2008	74
Tabela 6 - Estabelecimentos de saúde cadastrados em Minas Gerais segundo esfera administrativa e tipo de gestão, em dezembro de 2008	74
Tabela 7 - Tipos de estabelecimentos de saúde cadastrados em Minas Gerais segundo prestador, em dezembro de 2008	75

Tabela 8 - Leitos de internação segundo especialidade e disponibilidade ao SUS em Minas Gerais, em dezembro de 2008	75
Tabela 9 - atendimentos ambulatoriais prestados em Minas Gerais, por macrorregiões de saúde, em 2008	76
Tabela 9b - atendimentos ambulatoriais prestados em Minas Gerais, segundo tipo de prestador, em 2008	76
Tabela 10 - Internações hospitalares realizadas em Minas Gerais, por macrorregiões, em 2008.....	77
Tabela 10b - Internações hospitalares realizadas em Minas Gerais, segundo regime de prestação, em 2008	77
Tabela 11 - Participação percentual da receita própria aplicada em saúde no período de 2003 a 2007 em Minas Gerais	95
Tabela 12 - Evolução das internações hospitalares na rede pública estadual por especialidade no período de 2003 a 2007 em Minas Gerais, diante do total de internações do estado	110

FIGURAS

Figura 1 - Participação das mesorregiões no Produto Interno Bruto mineiro em 2003	62
Figura 2 - Estrutura organizacional da SES-MG conforme Lei Delegada n. 127/2007 e Decreto 44.479/2007	72
Figura 3 - Macrorregiões e microrregiões segundo o Plano Diretor de Regionalização 2003-2006	85
Figura 4 - Estrutura operacional das redes de atenção da SES-MG a partir da interrelação de Projetos estruturadores e Programas Associados	91
Figura 5 - Mapa estratégico da SES-MG	94
Figura 6 - Modelo tecnológico do SUS Fácil: <i>software</i> para regulação assistencial do SUS em Minas Gerais	102

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização para Internação Hospitalar

APAC – Autorização para Procedimentos de Alta Custo/Complexidade

APVP – Anos potenciais de vida perdidos

ARO – Antecipação de receita orçamentária

AVAI – Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

AVI – Anos de vida perdidos por incapacidade

BDMG – Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais

BSC – *Balanced Scorecard*

CDI – Companhia de Distritos Industriais

CEDEPLAR-UFMG – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIB Macrorregional – Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional

CIB Microrregional – Comissão Intergestores Bipartite Microrregional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CO – Região Centro Oeste

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

DALY – *Desability Adjusted Life Years*

DER-MG – Departamento de Estradas e Rodagens de Minas Gerais

DF – Distrito Federal

EC 29/00 – Emenda Constitucional 29 de 2000

ENSP/Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

ESP-MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

FAE – Fator de Apoio ao Estado

FAE – Fração Assistencial Especializada

FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FMI – Fundo Monetário Internacional

FPE – Fundo de Participação dos Estados
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FUNED – Fundação Ezequiel Dias
GM – Gabinete Ministerial
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GRS – Gerência Regional de Saúde
HEMOMINAS – Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM – Imposto sobre Circulação de Mercadorias
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IDI – Instituto de Desenvolvimento Industrial
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IOF – Imposto sobre Operações Financeiras
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR – Imposto de Renda
ISS – Imposto sobre Serviços de qualquer natureza
ITR – Imposto Territorial Rural
IVR – Índice de Valorização dos Resultados
LOA – Lei Orçamentária Anual
MG Transplantes – Programa de Transplantes de Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
N – Região Norte
NO – Região Nordeste
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso Assistencial Básico
PDI – Plano Diretor de Investimentos
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEC – Projeto de Emenda Constitucional
PEP – Programa de Educação Permanente
PES – Plano Estadual de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto

PlanejaSUS – Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PLC – Projeto de Lei Complementar
PLS – Projeto de Lei do Senado
PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PPAG – Plano Plurianual de Ações de Governo
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPSUS – Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
Pro-Hosp – Programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais
PROS – Programação e orçamentação da saúde
SAS – Secretaria de Assistência a Saúde
SEPLAG – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
STN – Secretaria do Tesouro Nacional
Siscotef – Sistema de corte de teto federal
SUS – Sistema Único de Saúde
SUS Fácil – Sistema Estadual de Regulação Assistencial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 DESENHO DO ESTUDO	19
1.1 <i>Objetivos</i>	19
1.2 <i>Marco teórico-metodológico</i>	19
1.3 <i>Estratégias metodológicas</i>	23
 <u>PARTE 1</u>	
2 DILEMAS FEDERATIVOS PARA A ATUAÇÃO DAS INSTÂNCIAS ESTADUAIS NO BRASIL	26
2.1 <i>Federalismo: Principais conceitos e a especificidade brasileira</i>	26
2.2 <i>A federação no Brasil pós-1988</i>	30
 3 O PAPEL DO ESTADO E A REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	43
3.1 <i>Balanço sobre o papel do estado e a regionalização no marco legal e normativo do SUS</i>	43
3.2 <i>Desafios para a atuação dos estados na regionalização das ações e serviços do SUS</i>	57
 <u>PARTE 2</u>	
4 AS DIVERSAS MINAS GERAIS	62
4.1 <i>Características gerais e relevância do estado no cenário federal</i>	62
4.2 <i>Notas sobre a reestruturação fiscal e financeira do estado</i>	65
4.3 <i>A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais</i>	70
4.4 <i>Estrutura dos serviços de saúde em Minas Gerais: Breve panorama</i>	73
 5 PAPEL DO GESTOR ESTADUAL NA REGIONALIZAÇÃO DO SUS EM MINAS GERAIS	79
5.1 <i>Atuação do gestor estadual na formulação de políticas e planejamento regional</i>	79
5.2 <i>Atuação do gestor estadual no financiamento no âmbito da regionalização</i>	94
5.3 <i>Atuação do gestor estadual na regulação do processo de regionalização</i>	99
5.4 <i>Atuação do gestor estadual na prestação de serviços de saúde segundo a lógica regional</i>	108
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
 APÊNDICES	125
 ANEXO	131

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como foco a atuação do gestor estadual no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, pretende-se discutir um importante papel do estado para o avanço da reforma sanitária brasileira na atualidade: o de consolidar os princípios e diretrizes da política de saúde em um país federativo, marcado pela multiplicidade e desigualdades sócio-econômicas entre os entes municipais, garantindo a articulação e integração das ações e serviços de saúde situados em diferentes espaços geográficos.

As justificativas relacionadas ao desenvolvimento desse trabalho estão assentadas em algumas questões. Em que pese os resultados positivos da estratégia de descentralização da saúde nos anos de 1990, que visou à incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais, permanecem, na década de 2000, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços do SUS. A permanência desses problemas se deve, entre outros fatores, ao fato de extrapolarem os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, e requererem a participação dos gestores estaduais no planejamento e consolidação de sistemas regionais de saúde. Sistemas regionais que, em geral, ultrapassam as fronteiras dos municípios e, por isso, necessitam da implantação de estratégias voltadas para a coordenação das ações e serviços de saúde nos territórios supra e intermunicipais.

O movimento pela regionalização no SUS, portanto, traduz-se na necessidade de formar redes de ações e serviços de saúde no território (sistemas de saúde), no que apresenta inúmeros conflitos com a diretriz da descentralização, tal qual realizada no Brasil. Apesar de estarem incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS, regionalização e descentralização não operaram, necessariamente, em sentidos convergentes ao longo do tempo. Considera-se que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde acentuou-se, no Brasil, pois o processo de descentralização enfocou os milhares de municípios existentes e a regionalização, mais tardiamente, maior responsabilidade das instâncias estaduais.

As experiências internacionais destacam o papel dos níveis regionais no planejamento e gestão de sistemas de saúde. A maioria dos países europeus, bem como o Canadá, utilizou critérios geográficos para organização do sistema público de saúde, de modo que a descentralização foi implementada de forma conjunta com a regionalização. Nos países

unitários, as regiões foram criadas por desconcentração do poder central; nas federações, a descentralização ocorreu para as províncias (ou estruturas similares). Considerando os sistemas de saúde da Europa e Canadá, Bankauskaite, Dubois e Saltman (2007) mostram que os governos locais têm atribuições limitadas, sendo, na maior parte dos casos, responsáveis apenas por instituições sociais (instituições de cuidados de longa permanência). A estrutura organizacional desses sistemas tem como base as províncias ou distritos regionais.

Em um estudo empírico sobre alocação estratégica de recursos em 20 países da Europa Ocidental, Rice e Smith (2005) identificaram que 13 desses, executam as transferências financeiras para níveis/órgãos regionais¹. Segundo os autores, Dinamarca, Finlândia, Itália, Noruega e Suécia possuem sistemas públicos de saúde descentralizados; enquanto Irlanda, Portugal, Espanha, Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales têm sistemas públicos centralizados. Eles reiteram que esses modelos são flexíveis, de modo que a Espanha apresenta inúmeros elementos de descentralização e centralização. Todos esses países, como também a França (cujo modelo de seguro-saúde é baseado no empregador), efetuam repasses financeiros para níveis/órgãos regionais (sejam regiões, autoridades regionais, conselhos regionais ou comunidades autônomas).

Saltman, Bankauskaite e Vrangbæk (2007) afirmam que existe uma tendência pequena, embora crescente, de questionamento do processo de descentralização desencadeado no contexto das reformas dos sistemas de saúde nos anos 1990, com conseqüente recentralização de algumas funções importantes. Partilham da mesma opinião, Maino *et al.* (2007), quando dizem que funções de monitoramento, avaliação e minimização de diferenças regionais devam ser de responsabilidade do nível central.

Analisar os casos europeus sob a ótica federativa é uma tarefa complexa, já que muitos destes países não são federações, mas constituem-se estados unitários. Discutir as diferenças desses arranjos e suas implicações para o setor saúde não é alvo deste estudo, a intenção aqui é salientar que todos os países europeus com sistemas públicos de saúde possuem estruturas regionais, com maior ou menor poder administrativo e financeiro. Estruturas regionais que, em muitos casos, possuem status semelhante ao conferido às instâncias estaduais no SUS. Além disso, diante do modelo de descentralização brasileiro (dirigido aos milhares de municípios), considera-se que muitas das funções acima descritas possam ser exercidas pelos estados, na medida em que estes são também responsáveis pela integração de ações e serviços no território, visando à equidade interregional.

¹ A única exceção era a Finlândia, que na época, possuía um modelo de descentralização administrativa e financeira para governos locais, o que já não é mais realidade no país.

A configuração do objeto de investigação baseia-se nessas idéias, sendo um pressuposto desse estudo que a esfera estadual é importante para a construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada, hierarquizada, resolutiva e equânime. A partir dele, algumas questões são construídas: Quais são as condições institucionais para que os estados brasileiros desenvolvam esse papel? Que características do pacto federativo - geral e da saúde - interferem no desempenho da condução estadual do processo de regionalização na saúde? De que forma a política conduzida no âmbito estadual é capaz de lidar com os dilemas colocados à consecução da regionalização em saúde?

No entanto, se fatores de ordem macro (dilemas presentes no plano federativo) são relevantes, admite-se que fatores de ordem meso (configuração e condução da saúde em nível estadual) também o são. Nesse sentido, o estudo contempla não só os dilemas institucionais vividos pelos estados na condução da regionalização na saúde, como também analisa os instrumentos e estratégias usadas pelos gestores estaduais do SUS para a condução do processo de regionalização.

Dois argumentos principais são desenvolvidos nessa pesquisa:

- 1) As condições institucionais moldadas pelo arranjo federativo brasileiro e pelo próprio processo de regulação nacional da descentralização do SUS, consolidados no pós-1988, nas suas dimensões política, organizacional e fiscal, interferem na atuação da instância estadual na regionalização do sistema de saúde.
- 2) A configuração das ações e serviços de saúde no âmbito estadual e a condução da política de saúde pelo estado podem atuar no sentido de atenuar ou, até mesmo, acentuar os efeitos desses processos mais amplos.

Para responder as questões de investigação delineadas, fez-se necessário avaliar um caso concreto, uma experiência que permitisse identificar possibilidades de superação desses dilemas, como também, seus limites. O estado de Minas Gerais foi eleito para campo deste estudo por uma série de elementos referentes à sua configuração histórico-política e importância para a própria federação (presença marcante na trajetória política do país), ao perfil e porte dos seus municípios (número elevado de municípios de pequeno porte, o que representa riscos para atomização do SUS), à sua diversidade social, econômica e cultural e à capacidade institucional acumulada, particularmente, no que diz respeito à regionalização do SUS.

Com base nessas características, pode-se afirmar que Minas Gerais representa, hoje, um dos melhores observatórios para a análise de limites e possibilidades à atuação da esfera estadual na condução do processo de regionalização no contexto dos dilemas federativos. A

escolha do período de 2003 a 2007 diz respeito a um momento em que a regionalização do SUS aparece como uma diretriz relevante no âmbito da política nacional de saúde, bem como adquire maior sustentabilidade técnica e política no estado a ser estudado.

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Grupo de Pesquisa intitulado “Desenvolvimento, Políticas Públicas e Sistemas de Saúde”², da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), estando vinculado à linha de pesquisa “Federalismo, Relações Intergovernamentais e Políticas de Saúde”³. Sua relevância repousa na importância do enfrentamento das questões relativas ao papel da esfera estadual, ao processo de regionalização e aos dilemas federativos para o avanço do SUS hoje. Nas palavras de Maino *et al.* (2007, p.121): “It is useful to explore the role of regions within the governance of health care and the extent to which the developing role of regions might lead in future to reinforcing the meso level of government”. A análise desenvolvida poderá contribuir para o debate setorial acerca dos desafios para a construção de sistemas regionais de saúde sob condução do gestor estadual.

Após a contextualização do objeto de estudo, bem como exposição das justificativas e relevância do seu desenvolvimento, apresentada nessa introdução, serão abordados aspectos referentes ao desenho do estudo (capítulo 1), entre os quais: objetivos geral e específicos; construção teórico-metodológica realizada; e técnicas metodológicas de construção e análise de dados. Em seguida, a dissertação se estrutura em duas partes para apresentação dos resultados.

A primeira, trata dos aspectos institucionais que condicionam a atuação dos estados na saúde; a segunda, refere-se aos resultados do trabalho de campo realizado em Minas Gerais. A parte 1 discute, a partir de elementos presentes na literatura científica e na análise documental, a influência do contexto federativo (capítulo 2) e do campo legal e normativo da saúde (capítulo 3) para a atuação do gestor estadual do SUS na condução do processo de regionalização. Na parte 2, o capítulo 4 apresenta um breve panorama sobre o estado de Minas Gerais em seus aspectos históricos, políticos e econômicos, bem como trata da organização do SUS no estado; e o capítulo 5 traz a análise da condução da regionalização pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). O último capítulo aborda as considerações finais acerca do estudo.

2 O grupo tem como líderes os pesquisadores Maria Helena Magalhães de Mendonça e Carlos Augusto Grabois Gadelha.

3 Essa linha de investigação é coordenada pelas pesquisadoras Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado.

1 DESENHO DO ESTUDO

1.1 Objetivos

Objetivo geral

Analisar o papel da esfera estadual na condução do processo de regionalização do SUS em Minas Gerais no período de 2003 a 2007, tendo em vista os dilemas relativos ao federalismo brasileiro e à especificidade da configuração do sistema de saúde no estado.

Objetivos específicos

- 1 Identificar os fatores relativos ao federalismo brasileiro e à regulação nacional da descentralização do SUS, consolidados no pós-1988, que interferem na condução estadual do processo de regionalização na saúde;
- 2 Descrever os aspectos relativos à organização do estado e da rede de serviços de saúde do SUS em Minas Gerais, assim como suas repercussões para a configuração regional do sistema;
- 3 Identificar as estratégias e instrumentos utilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) para a condução do processo de regionalização do SUS e enfrentamento dos dilemas federativos;
- 4 Discutir as potencialidades da condução estadual do processo de regionalização do SUS em Minas Gerais, destacando-se os desafios existentes.

1.2 Marco teórico-metodológico

A análise da atuação da SES-MG na condução do processo de regionalização na saúde conforma um projeto de natureza qualitativa inserido no referencial paradigmático da Sociologia Compreensiva. Tem como referencial teórico-metodológico o neo-institucionalismo em Ciências Sociais e, como referencial analítico, o neo-institucionalismo histórico. O referencial técnico consiste de análise documental e entrevistas semi-estruturadas. Esta seção tem o objetivo de esclarecer a opção por este instrumental metodológico, evidenciando suas interlocuções. Tratar-se-á do referencial técnico na próxima seção.

O foco da investigação esteve dirigido para os condicionantes institucionais da atuação do gestor estadual do SUS, tratando de destacar os fatores e situações que facilitam ou

dificultam a consecução dos objetivos pretendidos – a indução e coordenação do processo de regionalização na saúde. A opção pelo marco do neo-institucionalismo está intrinsecamente associada a esse objeto, visto que a literatura aponta esta perspectiva como uma das mais promissoras para investigações sobre o Estado e as políticas públicas na atualidade (Marques, 1997).

Segundo Marques (1997, p. 75), denomina-se “neo-institucionalismo a corrente recente das Ciências Sociais que tem ressaltado, de maneira enfática, a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais”. Para este autor, o neo-institucionalismo não é considerado uma corrente teórica unitária, uma vez que possui uma ampla postura teórica, na qual a hierarquia dos fatores mais importantes no estudo de cada caso é elencada *a posteriori* de acordo com a conjuntura. Trata-se do “lugar analítico e metodológico” de estudiosos e teóricos de diferentes áreas disciplinares.

Marques (1997) alerta que, embora o termo neo-institucionalismo sugira relação com o antigo institucionalismo da Ciência Política, isso não é verdade. De acordo com o autor, “o neo-institucionalismo encontra sua ancestralidade muito mais em autores como Alexis de Tocqueville, Karl Marx, Max Weber e Karl Polanyi”. Todos esses autores, embora tenham concepções e origens teóricas distintas, unem-se em torno da idéia de valorização das especificidades históricas nas análises.

Encontram-se duas correntes distintas no interior do neo-institucionalismo: a da escolha racional e a histórica. A primeira, tem origem na teoria da escolha racional e na economia neoclássica; a segunda, que será usada neste estudo, vem da sociologia histórica, de inspiração marxista e weberiana. A diferença entre essas duas correntes é que, no segundo caso, as instituições não são concebidas apenas como mais uma variável. Elas dão forma às estratégias dos atores (de forma similar à escolha racional), mas também condicionam suas preferências e metas. Mediando relações de cooperação e conflito, as instituições estruturam as situações políticas e deixam suas marcas nas conseqüências da política.

Esse enfoque propõe a realização de análises no nível meso, no qual se situam as instituições que influenciam e recebem influência dos atores sociais, opondo-se aos enfoques considerados globalizantes, deterministas e unicausais dos marxistas, funcionalistas e sistêmicos. Para o neo-institucionalismo histórico, é importante que os atores sociais sejam analisados no contexto institucional e estatal. Essa abordagem ofereceu o referencial para a análise da relação entre o ator estatal e as configurações institucionais relativas ao arranjo federativo mais geral do Estado e específico da saúde.

A partir da revisão teórica sobre o tema do federalismo no Brasil, em consonância com os princípios propostos pelo referencial analítico do neo-institucionalismo histórico, foi construída uma matriz de análise (quadro 1) que aborda o federalismo e sua interface com a saúde. Ela norteou essa investigação (construção dos instrumentos de pesquisa), já que é composta por alguns elementos-críticos e questões de estudo associadas às diferentes dimensões do arranjo federativo brasileiro que interferem na atuação do estado na área da saúde.

Quadro 1: Matriz de análise: dimensões do federalismo e interface com a saúde.

Dimensões do federalismo	Elementos críticos para o setor saúde	Questões de estudo
Política	<ul style="list-style-type: none"> - Número e porte dos municípios de Minas Gerais - Multipolarização do poder e interesses no âmbito local - Governabilidade do estado - Existência de <i>checks and balances</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Como a SES-MG buscou vencer a intensa fragmentação de poder e interesses advinda do número considerável de municípios do estado? - Que mecanismos (estratégias e instrumentos) usou para articular esses municípios em macro e microrregiões? - Como foi essa negociação, que atores estiveram envolvidos (gestores, conselheiros)?
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de competências e responsabilidades - Existência de competências comuns e concorrentes - Capacidades institucionais dos entes governamentais - Grau de articulação das ações e serviços de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - O que a SES-MG definiu como atribuições próprias? - O que a SES-MG definiu como atribuições dos diferentes municípios no processo de regionalização do sistema? - Quais foram os critérios utilizados para essa divisão de responsabilidades? - Quais os instrumentos usados para permitir a integração do sistema, o controle e avaliação?
Fiscal	<ul style="list-style-type: none"> - Divisão de competências tributárias e sistema de partilha fiscal - Situação de endividamento dos estados e as consequências do ajuste fiscal e financeiro - Prática da guerra fiscal entre os estados 	<ul style="list-style-type: none"> - Como a SES-MG enfrenta todos os constrangimentos impostos pelo sistema de partilha fiscal em relação ao financiamento da saúde? - Como a SES-MG articula mecanismos para estimular a regionalização (incentivos financeiros diretos e investimentos na rede)?

Fonte: Elaboração própria.

A dimensão organizacional se refere à divisão de responsabilidades e competências entre os entes, desse modo, condiciona as formas de integração das ações e serviços públicos no território e, conseqüentemente, a configuração institucional do SUS em cada esfera de

governo. Deve-se considerar, aqui, a delimitação de funções no tocante ao planejamento, gestão, regulação e prestação de serviços.

A dimensão política do federalismo se refere à articulação política entre os entes, de modo a entender como se dão as relações interníveis, de que forma são constituídos os espaços de negociação entre as esferas e como se configuram os mecanismos de controle mútuo entre os entes (*checks and balances*). Todos esses fatores são muito relevantes quando se trata de políticas públicas em um cenário federativo e, no Brasil, eles assumem especial importância diante da complexidade desse sistema federativo de tripla soberania e de um sistema de saúde tal qual desenhado no plano legal.

A dimensão fiscal define a cooperação financeira entre os entes, isto porque, o federalismo fiscal diz respeito às regras dos sistemas tributários em Estados federativos. Tais regras definem a distribuição do poder de tributação e gasto e as relações intergovernamentais entre as unidades que compõem a federação, incluindo o sistema de partilha fiscal e de descentralização tributária. No plano da saúde, essa dimensão agrega os mecanismos de transferências financeiras específicas do SUS, envolvendo diferentes esferas de governo.

As estratégias e instrumentos utilizados pela SES-MG na condução do processo de regionalização foram analisados levando-se em consideração seu desempenho segundo quatro macrofunções gestoras do Estado na saúde, quais sejam: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação direta de serviços.

Segundo Machado (2007), a formulação de políticas e o planejamento em saúde são funções centrais do gestor, uma vez que delas dependem o processo de tomada de decisão e a construção de estratégias de ação. Envolve as seguintes atribuições: levantamento de necessidades e prioridades; elaboração, implantação e monitoramento do plano de ação; mobilização de recursos e definição do plano de investimentos; e articulação e negociação com atores estratégicos.

A estabilidade dos recursos financeiros é fundamental para o desenvolvimento das políticas planejadas, de modo que o financiamento constitui outra função primordial na gestão do SUS. Diz respeito à participação financeira de cada esfera de governo no financiamento das ações e serviços de saúde; à alocação regional de recursos próprios, visando reduzir as diferenças interregionais; aos processos de programação financeira, consolidação do faturamento e autorização do pagamento de serviços públicos e privados sob competência da esfera gestora; e à condução da programação pactuada e integrada da assistência à saúde.

A regulação tem sido considerada uma importante função estatal, nos planos internacional e nacional, desde o quadro de reforma dos Estados nas décadas de 1980 e 1990.

Ainda que sejam várias as concepções a seu respeito, Machado (2007) define quatro tipos principais de regulação: “1) Regulação sobre prestadores de serviços ao SUS; 2) Regulação de sistemas de saúde; 3) Regulação sanitária; e 4) Regulação de mercados em saúde”. Conforme a autora, um conjunto de estratégias é adotado em cada um desses planos, visando à padronização de determinados processos e ao alcance de metas estabelecidas, por meio de mecanismos de acompanhamento, avaliação e normatização.

A prestação direta de serviços se refere à responsabilidade inequívoca do gestor do SUS na provisão de serviços nos diversos campos da atenção à saúde (assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância epidemiológica e sanitária). De acordo com Lima *et al.* (no prelo), essa função envolve “a existência de quadros próprios de funcionários e uma série de funções administrativas, relativas à gestão de pessoal, de compras, armazenamento e distribuição de insumos, organização e operação dos serviços próprios de saúde”⁴.

A matriz de análise da interface entre o federalismo e a saúde (quadro 1), bem como as macrofunções gestoras do Estado na saúde, orientaram o desenvolvimento dessa investigação, tendo em vista os objetivos e os argumentos aos quais esse estudo se dedicou a desenvolver. Buscou-se identificar os dilemas federativos que interferem na capacidade institucional da SES-MG e, por meio de quais instrumentos e estratégias esse ator político lida com tais constrangimentos.

1.3 Estratégias metodológicas

Esta seção objetiva explicitar o referencial técnico desta pesquisa. A princípio, é relevante afirmar que a pesquisa empírica desenvolvida consiste de um estudo de caso no estado de Minas Gerais. Com isso, objetivou-se analisar, por meio de uma experiência concreta, o papel do gestor estadual na condução do processo de regionalização no contexto dos dilemas federativos no Brasil.

A escolha do estado de Minas Gerais está relacionada a dois fatores: 1) A SES-MG possui capacidade institucional acumulada no âmbito da regionalização, atuando nesse campo desde antes das prerrogativas nacionais; 2) Esse estado reúne características federativas capazes de impor constrangimentos à atuação do gestor estadual do SUS, entre elas, a configuração do perfil e porte dos municípios, diversidade social, econômica, cultural e geográfica, além de elementos histórico-políticos relevantes. Por essas razões, acredita-se que

⁴ Essa citação foi extraída de uma seção escrita por Cristiani Vieira Machado em capítulo de livro elaborado em co-autoria com Luciana Dias de Lima, Tatiana Vargas Faria Baptista e Adelyne Maria Mendes Pereira.

esse estado se configure como um dos melhores observatórios das possibilidades e limites de uma regionalização conduzida pela esfera estadual em meio aos dilemas do federalismo brasileiro na atualidade.

O recorte temporal desse estudo abrange os anos 2003 a 2007. Tal recorte não é aleatório, mas representa o momento em que, na opinião de um informante-chave do corpo técnico da SES-MG, o processo de regionalização sob condução do gestor estadual adquiriu força política e suporte técnico adequado no estado. Além disso, corresponde ao momento no qual a regionalização se destacou no cenário nacional por meio dos instrumentos e mecanismos contidos nas Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS SUS 01/01 e 01/02) e no Pacto pela Saúde (2006), sugerindo a investigação das influências dessas normas de regulação do SUS para o processo de regionalização no estado e determinando certa inflexão na forma de condução da descentralização predominante até este instante.

Além de ampla revisão bibliográfica sobre os temas em questão (federalismo no Brasil, descentralização no SUS, papel dos gestores do SUS, regionalização na saúde), essa investigação se fez em duas fases. A primeira consistiu de análise documental e a segunda, de entrevistas com atores estratégicos envolvidos no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais. Cabe reafirmar que as duas fases foram informadas pelo arcabouço teórico-analítico apresentado na seção anterior. As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado e foram gravadas (com o consentimento do entrevistado) para facilitar o processo de análise.

Os documentos analisados orientam a conformação institucional do SUS. Tal análise documental visou investigar as definições (ou indefinições) para o papel do nível estadual presentes no marco legal e normativo do SUS e, avaliar o quanto este contexto influi (positiva ou negativamente) a atuação da esfera estadual. Os documentos foram: Constituição de 1988 (“Capítulo da Saúde”), Lei Orgânica da Saúde, Normas Operacionais Básicas (NOBs), NOAS e Pacto pela Saúde. Além desses, documentos de caráter instrumental específicos do âmbito da SES-MG também foram alvos de análise, tais como: o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e atas de reuniões. Por meio desses documentos, pretendeu-se avaliar o grau de comprometimento/envolvimento do gestor estadual no processo de regionalização de forma concreta, partindo da realidade do estado.

Após a etapa de análise documental, foram realizadas entrevistas com 18 atores estratégicos, sendo 14 do corpo dirigente e técnico da SES-MG e quatro do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-MG). Os critérios para seleção dos atores estão relacionados à ocupação de cargos/funções relevantes para o processo de regionalização,

quais sejam: planejamento e coordenação do processo, regulação, incentivos financeiros e coordenação da rede própria de serviços do estado de Minas Gerais. Também foi considerado o tempo de permanência no cargo/função durante o período de estudo (2003-2007). Os atores selecionados configuram informantes-chave do processo de regionalização do SUS no estado, já que são sujeitos desse processo.

No momento da análise dos dados levantados na segunda fase da pesquisa, foram cotejados alguns dados secundários que aprimoraram as descrições obtidas nas entrevistas. Tais dados possuem caráter complementar e receberam tratamento estatístico adequado de acordo com os objetivos da dissertação.

2 DILEMAS FEDERATIVOS PARA A ATUAÇÃO DAS INSTÂNCIAS ESTADUAIS NO BRASIL

2.1 *Federalismo: Principais conceitos e a especificidade brasileira*

Para uma melhor compreensão da influência do contexto federativo sobre a condução do processo de regionalização pela esfera estadual, é preciso compreender os conceitos de federação e federalismo. Trata-se de uma discussão densa, pois são vários os significados e abordagens referentes ao tema. Este estudo resgata algumas categorias, consideradas fundamentais para a análise aqui realizada.

Almeida (2001, p. 14) entende federação como “uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal maneira que os governos nacionais e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação”. Tal conceito valoriza o conjunto de regras e normas criadas para estabelecer limites político-territoriais de poder em uma organização política concreta. Em contrapartida, o federalismo acrescenta uma idéia de valor, expressando a lógica e os princípios que estruturam uma federação diante das instituições e da sociedade que possui.

Em geral, dois elementos básicos moldam as instituições federativas: autogoverno e governo compartilhado. Esses dois elementos estão presentes em toda a literatura especializada, sendo considerados os princípios fundamentais do federalismo. Elazar (1987, p. 5), um estudioso clássico do tema, cunhou a expressão “*self rule plus shared rule*”, citada correntemente para explicar essa soberania compartilhada. Pode-se afirmar que ela representa o dilema federativo e a base do sucesso da federação, já que trata da definição dos espectros de ação dos entes (regras próprias) e da cooperação necessária entre eles (interdependência).

Diante disso, alguns aspectos institucionais do federalismo podem ser enumerados. Lijphart (2003) fala de três instituições principais: um Legislativo bicameral, que garante a representação do povo e das unidades territoriais⁵; uma Constituição Federal, que define a estrutura federativa, e uma Suprema Corte, para proteger esta Constituição. Outros aspectos merecem destaque: a convivência de graus variados de centralização *versus* descentralização; a complexidade das relações interníveis, como consequência da estrutura de poder estabelecida; o desafio da manutenção da autonomia e da interdependência entre os entes,

5 Há várias discussões acerca das consequências deste legislativo bicameral constitutivo das federações para a democracia, uma vez que ele prevê a representação por unidades territoriais, o que permite a sobre-representação de unidades menores, ferindo o princípio da igualdade política entre cidadãos. Este estudo não pretende aprofundar esta discussão, que é realizada de forma detalhada em Almeida (2001).

assim como, da cooperação e competição entre eles. A literatura especializada sugere que a essência do federalismo se encontra nas relações entre os entes, determinadas por um pacto de caráter político consubstanciado na lei constitucional ou por outros mecanismos institucionais.

No intuito de explicar os diversos arranjos institucionais observados em diferentes momentos da história das federações, Almeida (2005) destaca três modelos de federalismo, quais sejam: dual, cooperativo e centralizado. O federalismo dual corresponde à existência de dois centros de poder soberanos e independentes dentro dos mesmos limites. Um exemplo é o modelo norte-americano original, no qual os poderes dos governos geral e estadual agiam em separado e com independência nas esferas próprias. O federalismo cooperativo se caracteriza por um conjunto significativo de competências comuns entre os entes governamentais, que mantém significativa autonomia decisória e capacidade de autofinanciamento. Consiste em um arranjo complexo, no qual centralização e descentralização se combinam. O federalismo centralizado se caracteriza pela dependência dos níveis subnacionais ao governo central, do ponto de vista financeiro e político.

No campo das relações intergovernamentais, os entes federativos podem estabelecer práticas cooperativas ou competitivas. A cooperação traduz-se nas ações conjuntas entre as esferas de governo, tanto no que se refere ao processo de formulação quanto à implantação de políticas públicas. A competição, segundo Abrucio (2005), pode ser positiva ou negativa. A competição é positiva quando favorece o controle mútuo entre as esferas de governo ou estimula a inovação; é negativa, quando o excesso de concorrência afeta a solidariedade entre as partes, essencial ao equilíbrio federativo.

Como consequência dessa competição desmedida, têm-se afirmações como “os cidadãos votam com os pés”, ou seja, podem escolher o lugar que otimize melhor a relação entre carga tributária e políticas públicas, além dos problemas gerados pela guerra fiscal. É necessário encontrar um caminho que permita a melhor adequação entre competição e cooperação. Tal recomendação foi feita por Elazar (1987) quando afirma que o sucesso de um sistema federativo depende da sua capacidade de desenvolver um equilíbrio adequado entre cooperação e competição e, entre o governo central e seus componentes.

Os modelos descritos anteriormente nunca são encontrados de forma pura em uma federação. Por isso, uma boa análise da intervenção pública deve considerar o contexto histórico e a cultura político-partidária. Nesse contexto de análise da intervenção pública, cabe ressaltar a flexibilidade como principal característica dos arranjos federativos. Tem-se que a flexibilidade institucional é a base das reformas desses Estados e implica a busca pela

cooperação intergovernamental (econômica, social e cultural) por meio de programas e de financiamentos conjuntos. No entanto, cabe ressaltar que as relações intergovernamentais dependem da criação de estruturas para a relação entre os entes.

Abrucio (2005) afirma que a questão da coordenação intergovernamental constitui um aspecto importante do federalismo, mas ainda é pouco explorada no Brasil bem como em estudos de outros países. A coordenação intergovernamental se refere às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações, assumindo especial relevância com a complexificação das relações intergovernamentais ocorrida em todo o mundo nos últimos anos.

Nesse sentido, cabe iniciar as considerações acerca das especificidades do caso brasileiro. Partindo do princípio de que há diferentes formas de organização do Estado (monarquia e república), formas de governo (unitário, federação e confederação) e sistemas de governo (parlamentarismo e presidencialismo), apresentam-se as opções feitas pelo Estado brasileiro, uma República Federativa Presidencialista. Este desenho do Estado não se deu por acaso, mas guarda relação com especificidades históricas desta nação e do seu povo, mais precisamente, das elites detentoras do poder nos contextos de mudança.

O Brasil é uma federação de tripla soberania desde a Constituição Federal de 1988, quando os municípios foram considerados entes federativos (Constituição de 1988, art. 18). A questão dos municípios constitui uma característica diferencial do federalismo brasileiro, distinguindo-o de outras formas de organização federativa em relação a sua estrutura e funcionamento. Essa situação federativa é consoante com a história dos municípios em sua trajetória de poder e evidencia a dificuldade posta aos estados para o exercício do controle de questões locais (Abrucio, 2005; Lima, 2007).

A própria lógica de formação da federação brasileira é peculiar. Ela contraria a lógica comum (*hold together*), que fala pela “união de unidades independentes”, e se faz pela inspiração descrita como “*come together*”, ou seja, a lógica de “manter juntas unidades que poderiam se tornar independentes” (Abrucio, 2003).

Na formação do Estado brasileiro, destaca-se a influência intelectual (Carvalho, 1995) e política (Kugelmas; Sola, 1999) das elites, que sempre foram simpáticas à idéia federativa e à descentralização. Sua força intelectual pode ser notada na Constituição de 1834, que prevê elementos federais (inclusive a divisão de recursos fiscais) em plena vigência do Brasil Imperial. Quanto à força política, cabe destacar a influência das elites paulistas e mineiras no contexto da República Oligárquica, expressa na Constituição de 1891. A literatura enfatiza que essas elites não agiram por um projeto de construção nacional hegemônico, mas com o

objetivo de formar um Estado que atendesse as suas necessidades comerciais. Por essa razão, Abrucio (2003) afirma que o federalismo brasileiro nasceu com um caráter dual, assimétrico, hierárquico e oligárquico.

No entanto, o sistema federativo brasileiro vive vários momentos, e esse caráter dual advindo da força das oligarquias estaduais não permanece ao longo da sua trajetória. A partir da Constituição de 1946, os municípios (ainda não reconhecidos como entes federativos) ganham destaque, sendo capazes, inclusive, de instituir tributos. Foi o primeiro “boom” dos municípios, que quase duplicaram em número, fortalecendo-se sob forte dependência da União.

Mas esse caráter centrífugo também não se mantém constante ao longo da história da federação brasileira, que passa por ciclos de recentralização e descentralização a partir de 1960, conforme identifica Abrucio (1998). O autor destaca três períodos distintos na análise do federalismo brasileiro: modelo unionista-autoritário; estadualista e predatório.

O denominado modelo unionista-autoritário caracteriza-se pelo centralismo próprio do regime autoritário, que assegura o domínio da União sobre os demais entes federados. Tem início a partir de 1964, tendo como uma de suas bases a recentralização fiscal por meio da implementação de um sistema de transferências intergovernamentais atrelado a vários condicionantes em termos de gasto. Trata-se da constituição dos fundos de participação dos estados (FPE) e municípios (FPM) (Faveret, 2002).

A fase estadualista particulariza-se pelo (re)fortalecimento do papel dos governadores estaduais. É marcada pelo retorno dos direitos políticos em 1982, quando das eleições diretas para governadores. Falando-se dos anos de 1980, cabe destacar que a força dos governadores estaduais no início da década contrapõe-se ao enfraquecimento deles ao final da mesma. Este enfraquecimento é notado na Constituição de 1988, que institui os municípios como entes federativos e vincula a descentralização (para esse ente) ao processo federalista. Porém, deve-se ponderar esse fato, já que essa Constituição também institui a seguridade social e prevê a autonomia dos governos estaduais no campo fiscal⁶.

6 A Constituição de 1988 prevê o aumento da autonomia fiscal dos governos estaduais por meio de dois mecanismos: 1) aumento da base de abrangência do ICM, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS); e 2) estabelecimento da composição e definição dos valores das alíquotas do ICMS como atribuição dos estados. O ICMS passou a incluir os antigos impostos únicos federais (combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transporte), além disso, o controle central observado sobre o imposto é retirado, e os governos estaduais passam a ter maior responsabilidade pela sua gestão. Sobre o segundo mecanismo, os governos estaduais passaram a utilizá-lo como instrumento de política econômica tendo em vista a atração de novos investimentos, em prejuízo do objetivo arrecadatório, fenômeno conhecido como guerra fiscal.

O período predatório, vigente nos anos 1990 e ainda hoje, é indefinido quanto ao modelo de federação, mas apresenta traços de recentralização e ausência de mecanismos cooperativos. Configura uma tendência recentralizadora dos pontos de vista fiscal e político, com apropriação pela União dos recursos previstos para a seguridade, desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais e transição para um novo pacto federativo.

O desenvolvimento teórico realizado até aqui é corroborado pela elaboração de Machado, Lima e Baptista (2007) sobre as especificidades do federalismo brasileiro que têm implicações para as políticas de saúde. Elas enumeram cinco especificidades importantes:

“1) Origem formal há mais de um século, porém o caráter ainda “em construção” do federalismo brasileiro, em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 80; 2) O peso dos estados e dos governadores em alguns momentos da história política nacional, inclusive a partir dos anos 80 (o que, entretanto, não significa uma atuação igualmente expressiva da esfera estadual em todas as áreas da política); 3) O grande peso dos municípios a partir da Constituição de 1988, relacionado ao seu reconhecimento como entes federativos e à descentralização política e tributária com ênfase nos municípios; 4) A existência de milhares de municípios no país de pequeno porte e com limitada capacidade financeira e administrativa para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas; 5) As marcantes desigualdades econômicas e sociais entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país” (Machado; Lima; Baptista, 2007, p. 143).

2.2 A federação no Brasil pós-1988

Identificadas as especificidades do federalismo brasileiro, é relevante aprofundar a discussão sobre alguns elementos críticos que exercem influência sobre a atuação da esfera estadual na condução da regionalização na saúde. Esses elementos estão presentes na configuração da federação brasileira pós-1988, manifestando-se por meio das diversas dimensões do federalismo, quais sejam: organizacional, política e fiscal⁷. Cada dimensão representa e revela uma faceta do federalismo, de acordo com as instituições e a sociedade que a forma.

Um dos primeiros elementos a ser considerado é o **fortalecimento dos municípios no cenário político nacional** a partir da Constituição de 1988, por meio da qual eles foram constituídos entes federativos com *status* jurídico-constitucional tal qual a União e os estados. Como ente autônomo, nos termos da Carta Constitucional, os municípios assumem

⁷ A relação entre o federalismo e a saúde foi comentada no capítulo 1 - seção 1.2, no qual tais dimensões foram descritas.

responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (Constituição de 1988, art. 30). Como bem afirma Lijphart (2003), o federalismo é uma forma drástica de dividir o poder, uma vez que confere autonomia a diferentes níveis de governo, constituindo fortes níveis periféricos em oposição ao nível central, processo potencializado no Brasil após 1988.

A municipalização desencadeada pela Constituição de 1988, atrelada à democratização, à descentralização tributária⁸ e de poder levaram a um novo “boom” do número de municípios, muitos deles de pequeno porte. Souza (2002) destaca que, entre 1988 e 1997, um total de 1328 novos municípios foram criados no Brasil. Hoje, mais de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 25.000 habitantes, sendo que mais de 50% da população brasileira reside em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Essa descentralização municipalista fortaleceu os atores municipais e trouxe novos dilemas e desafios para a construção do pacto federativo. Pode-se tomar o lado positivo desse processo, no sentido da consolidação da democracia e construção de um sistema federativo; por outro lado, sabe-se que uma grande parcela dos municípios brasileiros depende das transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não tem arrecadação própria significativa e possui uma capacidade restrita de aumentar seu grau de independência política e financeira a partir do processo de descentralização. Além dos constrangimentos econômicos, são importantes as dificuldades no tocante à capacidade administrativa, formação e fixação de quadros públicos qualificados. Todos esses condicionantes conformam um cenário pouco otimista para o exercício do governo local, destacando a necessidade de relações cooperativas entre as esferas de governo, em especial, entre estados e municípios.

Outro elemento importante é a **natureza das relações entre os entes federativos e os mecanismos de negociação/cooperação adotados**. Sobre o federalismo e as relações intergovernamentais, Arretche (2002, p. 431) destaca que a “natureza das relações vertical e horizontal em estados federativos dispersa a autoridade política e potencializa o poder de veto das minorias”. Com 5563 municípios, 26 estados, um Distrito Federal e um nível central

8 Não obstante ao aumento da autonomia fiscal conferida aos estados pela Constituição de 1988, pode-se afirmar que os municípios foram os maiores beneficiados pela descentralização tributária promovida pela nova Carta Constitucional (Lima *et al.*, no prelo). Isto porque foram criados mecanismos de compensação para as perdas de receita previstas para os municípios se o ISS (Imposto sobre Serviços) fosse incorporado ao ICMS, o que não ocorreu, mas os mecanismos de compensação foram mantidos na Constituição. Hoje, o estado deve compartilhar 25% da arrecadação do ICMS com as esferas locais, além de compartilhar a arrecadação do antigo imposto sobre a transmissão de bens imóveis (o governo estadual arrecada o imposto de heranças e doações; e os governos municipais, o imposto de transmissão “intervivos” de bens imóveis). Além disso, a desoneração das exportações promovida pelo Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (IPI-Exportação) beneficia os municípios, uma vez que 25% dos recursos devem ser repassados a eles (Rezende, 2003).

representado pela União, a estrutura da federação brasileira evidencia a complexidade dessas relações. Como consequência desse arranjo federativo, os estados precisam lidar com a multipolarização de centros de poder no seu território, logo, multiplicidade de interesses divergentes e dificuldades para a governabilidade de projetos comuns.

No plano da integração vertical (entre estados e municípios), há dificuldades decorrentes da ação dos atores políticos. Isto porque, comumente, cada um defende a manutenção de seu *status* e não quer abandonar seus interesses particulares e a defesa do seu poder, tornando os processos decisórios conflituosos e de difícil consenso. Como consequência, surgem políticas e programas sobre áreas coincidentes, aumentando custos e dificultando a avaliação de resultados.

Quanto às relações horizontais (entre os estados), as três instituições políticas comuns nas federações (Legislativo bicameral, Constituição Federal e Suprema Corte) têm o papel de manter a dispersão do poder. Não há consenso sobre o real constrangimento da “vontade da maioria” decorrente do sistema de representação política adotado no Brasil. O que se pode afirmar, é que ocorreu a institucionalização de um número maior de *veto players* na arena decisória. Isso pode afetar o conteúdo das propostas, já que a decisão fica condicionada ao mínimo denominador comum.

As relações interníveis nas federações estão sempre tensionadas por esses fatores, que são superados ou reproduzidos nos espaços de negociação. A diversidade e o conflito são marcas da federação. Trata-se, novamente, da convivência entre autonomia e interdependência, impossível na ausência dos mecanismos de *checks and balances* e dos processos de negociação entre os níveis. Por meio dos *checks and balances*, ou seja, das formas de fiscalização recíproca, pretende-se conter a concentração do poder por um ente específico, de modo a impedir que a autonomia dos outros seja ferida. Do mesmo modo, a negociação deve respeitar a autonomia e o pluralismo característicos do modelo federativo, assim, devem ser considerados os processos de barganha entre os entes.

O terceiro elemento que merece destaque é a **necessidade de uma separação de papéis mais clara entre os entes no âmbito das políticas sociais**. Definir papéis pressupõe estabelecer limites à atuação de um ente, o que depende da sua disposição para o exercício da cooperação e responsabilidade no cumprimento de suas funções. Todas essas questões são bastante complexas quando inseridas em um cenário federativo, no qual se deve respeitar a autonomia do ente para realizar escolhas e desempenhar papéis. O princípio organizativo das federações descarta a imposição de atribuições e se baseia nas negociações e barganhas políticas. Não há como obrigar um ente a ser cooperativo ou responsável, mas há, no plano

político, mecanismos de indução por meio de incentivos financeiros ou outras condições especiais (Arretche, 2004).

No plano internacional, a importância da definição de papéis entre os níveis responsáveis pelo sistema de saúde também é reconhecida. Maino *et al.* (2007, p. 121), em uma análise do processo de reformas dos sistemas de saúde a partir da década de 1990, afirma que: “The scope of these reforms has been to establish a more clear-cut separation of roles between different levels of government in the health sector and to decrease inequities between regions in expenditure and regional involvement in financing”.

A indefinição de papéis favorece o jogo de empurra, bastante comum no campo das políticas públicas e com sérias conseqüências para os cidadãos. O direito do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde é infringido cada vez que os gestores não assumem e não se responsabilizam por suas atribuições, não estabelecem um pacto cooperativo e não se preocupam com a integração das ações e serviços no território. O fim desse jogo depende da definição conjunta de responsabilidades específicas. Na saúde, as funções são altamente dependentes e pouco coordenadas, em conseqüência disso, assiste-se a uma atomização do sistema, fazendo-se necessário pensar os problemas de forma intermunicipal e se planejar regionalmente.

Nesse sentido, um elemento adicional deve ser considerado: o fato de, **no Brasil, a saúde ser considerada uma competência comum e concorrente entre os entes, em um contexto de mecanismos cooperativos e de coordenação intergovernamental frágeis ou ausentes.** A Carta Constitucional (1988), expressão do pacto federativo, estabelece competências e responsabilidades comuns⁹ (art. 23) e concorrentes¹⁰ (art. 24) entre as esferas de governo, entre elas, a saúde. No entanto, a legislação setorial (Lei Orgânica da Saúde) e infraconstitucional, editada ao longo dos anos 1990 e 2000, determinou a configuração político-institucional do SUS, estabelecendo as competências e responsabilidades de cada esfera de governo na gestão desse sistema.

9 O art. 23 da Constituição (1988) estabelece como competências comuns da União, estados e municípios, zelar pelas instituições democráticas; pela saúde; assistência a portadores de deficiência; patrimônio histórico, artístico, cultural e natural; combater a poluição e preservar o meio-ambiente; proporcionar acesso à educação, cultura e ciência; estimular a produção agropecuária e organizar a distribuição dos alimentos; promover melhoria nas condições de moradia e saneamento básico; combater a pobreza e realizar a integração social; fiscalizar a exploração de recursos hídricos e minerais; e estabelecer a política de educação para o trânsito.

10 No art. 24, a Constituição (1988) afirma que compete a União e estados, legislar concorrentemente sobre o direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico; sobre o orçamento; proteção ambiental; conservação do patrimônio histórico, artístico, cultural e paisagístico; sobre educação, cultura e esportes; juizado de pequenas causas; previdência social e saúde; assistência jurídica e defensoria pública; infância, juventude e portadores de deficiência; e organização das polícias civis. Fica firmado que as leis federais sobrepõem-se às estaduais, que devem ser realizadas em caráter complementar. A União deve estabelecer leis gerais e, na ausência de legislação federal, os estados exercerão competência legislativa plena.

Contudo, o processo de divisão de competências no campo da saúde ainda é complexo, particularmente por duas razões: **o fenômeno do municipalismo autárquico e a imensa quantidade de municípios de pequeno porte, incapazes financeira e administrativamente, de se responsabilizar pela oferta de serviços aos seus munícipes.** Os dois motivos estão intrinsecamente relacionados, sendo que o segundo decorre do primeiro. O municipalismo autárquico considera que os municípios, sozinhos, podem resolver os problemas de sua população. Ele leva à prefeiturização, ou seja, põe os prefeitos em posição privilegiada no jogo intergovernamental. O problema é que cada um defende apenas o seu município como ente único e isolado dos demais, o que para Abrucio (2006, p. 98), é uma “miopia em relação aos problemas comuns micro e macrorregionais”. Tal situação é complexificada quando se sabe que a maioria dos municípios brasileiros não possui capacidade institucional e máquina administrativa condizentes ao exercício dessas funções.

Abrucio (2006) destaca o papel da coordenação federativa, necessária para o desenvolvimento de relações intergovernamentais que buscam o equilíbrio entre a cooperação e a competição. No campo das políticas públicas, este autor afirma que o problema está no *shared decision making*, isto é, no compartilhamento de tarefas e objetivos entre as esferas de governo. Para ele, a coordenação federativa se faz por meio de cinco aspectos: 1) formulação de um projeto nacional acordado; 2) equilíbrio entre os processos de descentralização e centralização das políticas; 3) fortalecimento das capacidades político-institucionais nas diferentes instâncias de governo; 4) fortalecimento dos mecanismos de controle mútuo entre os entes e entre o Estado e a sociedade; e 5) incremento dos mecanismos de diplomacia e cooperação intergovernamental.

O SUS constitui um modelo extremamente complexo, que só pode se concretizar por meio do estabelecimento de relações interinstitucionais, interníveis de governo e interserviços (Viana; Lima; Oliveira, 2002). Tais atributos só serão obtidos por meio de instituições comprometidas com a mediação das relações intergovernamentais, frutos da coordenação federativa. A literatura aponta como iniciativas de sucesso do setor saúde, a criação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIBs e CIT) como instâncias de negociação e compartilhamento de decisões, no entanto, sabe-se que ainda há muito no que se avançar na construção de mecanismos de cooperação.

Na dimensão fiscal, dois elementos assumem especial relevância: **os impactos da descentralização tributária para a autonomia fiscal dos estados;** e **as consequências do endividamento dos estados, refletidas no Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira ao qual se submeteram.** No plano do federalismo, as questões fiscais e

financeiras são importantes porque determinam a ação dos governos no cumprimento de suas competências e responsabilidades. Não obstante a importância de outros fatores, tais como vontade política, responsabilidade com suas atribuições, capacidade administrativa e compromisso com os valores democráticos, na ausência de recursos financeiros, o ente fica impossibilitado de agir. Portanto, o poder de tributação do ente e seu poder de gasto podem conferir-lhe maior ou menor autonomia.

A Constituição de 1988 buscou tratar os desequilíbrios horizontais e verticais¹¹, por meio da introdução de mudanças substanciais na estrutura tributária brasileira que, aliadas à redefinição dos papéis das três esferas de governo no que tange às políticas públicas, caracterizam um avanço concreto no sentido da descentralização e do aumento da autonomia dos governos subnacionais perante a União. O quadro 2, extraído da tese de doutorado de Faveret (2002), mostra a repartição tributária trazida pela Constituição. Cabe destacar, contudo, que este avanço possui limitações inerentes ao jogo de não-cooperação entre as esferas de governo, que não foi alterado de modo substancial com a introdução da Carta de 1988.

Lima (2007, p. 100) afirma que o sistema tributário brasileiro é considerado “um dos mais descentralizados do mundo, tanto no que se refere ao poder de arrecadação e de gasto auferido às esferas subnacionais, como em relação à autonomia que essas instâncias têm para executar seus orçamentos”. Cabe destacar que o principal imposto do país (ICMS) está na competência dos estados e que os municípios são responsáveis por uma grande diversidade de tributos. Desta forma, o volume de transferências da União para estados e municípios e, de estados para municípios é significativo. Como visto anteriormente¹², a descentralização tributária, promovida pela Constituição de 1988, logrou aumentar a autonomia fiscal dos estados, no entanto, os municípios foram os maiores beneficiados pelas novas regras constitucionais.

11 Os desequilíbrios verticais são consequência de uma grande concentração do poder de tributação no nível central em detrimento das necessidades de gasto das demais esferas de governo; e os horizontais são resultados das desigualdades existentes entre as esferas subnacionais, condicionando o poder de tributação e de gasto. Os sistemas de transferências intergovernamentais visam corrigir esses desequilíbrios fiscais, compatibilizando poder de gasto e necessidade de gasto. Na determinação das transferências, é importante conhecer a capacidade fiscal e o esforço fiscal dos entes, de modo que não haja acomodação fiscal.

12 Para maiores detalhes, ver notas de rodapé 5 e 6.

Quadro 2: Repartição das receitas tributárias prevista na Constituição de 1988.

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere Para	Percentuais e Observações
União	IR-pessoa física	Estados, DF e Municípios	100% dos rendimentos pagos pela administração direta e indireta
	ITR	Municípios	50% para os municípios nos quais se localizam os imóveis
	IR e IPI	Estados, DF e Municípios	21,5% para o FPE 22,5% para o FPM 3% para o Programa de Financiamento do Setor Produtivo (N, NE e CO)
	IPI	Estados e DF	10% para o Fundo de Ressarcimento aos Estados Exportadores (produtos industrializados)
	IOF *	Estados, DF e Municípios	30% para estados e DF 70% para municípios (na operação de origem)
Estados	IPI	Municípios	25%, sendo $\frac{3}{4}$ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e $\frac{1}{4}$ segundo lei estadual (no máximo)
	IPVA	Municípios	50%
	ICMS	Municípios	25%, sendo $\frac{3}{4}$ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e $\frac{1}{4}$ segundo lei estadual (no máximo)

Fonte: Faveret (2002, p. 68) a partir da Constituição Federal, artigos 153, 157, 158 e 159.

*Sobre ouro como ativo financeiro ou instrumento cambial.

A literatura mostra que as características dos sistemas de distribuição de competências e de transferências intergovernamentais são decorrentes da história da federação, dos seus valores e prioridades. A descentralização tributária prevista pela Constituição de 1988 não era condizente às prioridades do governo federal nos anos 1990. Pode-se entender a recentralização fiscal promovida pelo governo central neste período como resposta à agenda prioritária de estabilização econômica, a um conjunto de valores inspirados pela economia neoclássica e a uma história cíclica de centralização e descentralização ao longo da vida da federação brasileira.

Nesse contexto de ajuste fiscal e financeiro, a União utilizou todas as formas ao seu alcance para frear a autonomia dos entes subnacionais. Segundo Lima (2007, p. 104), algumas das medidas tomadas foram: “ampliação e contingenciamento das receitas destinadas ao financiamento da Seguridade Social; corte nos investimentos públicos; imposição de restrições sobre a gestão de recursos fiscais nos níveis subnacionais; e implantação de um

importante programa de privatização de empresas estatais de âmbito federal e estadual”. Tais medidas provocaram um grande impacto nos governos estaduais. Acostumados a uma política frouxa de renegociação das suas dívidas desde o período militar, os estados se depararam, a partir de 1995, com diversas condicionalidades para a renegociação, como parte da estratégia de ajuste da União.

Sobre o quadro de endividamento dos estados nos anos 1990, é importante destacar que, hoje, eles possuem uma situação financeira mais equilibrada, decorrente do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira promovido pela União. No entanto, ainda sofrem os impactos desse programa de ajuste, pois as metas restritivas, que foram acordadas naquela época, precisam ser cumpridas atualmente e ao longo dos próximos anos.

As origens do quadro de endividamento vivido pelos estados durante os anos 1990 remontam ao período da ditadura¹³. Visando o apoio das elites estaduais para a manutenção do regime autoritário, o governo federal foi bastante permissivo, afrouxando os controles sobre o endividamento externo estadual e facilitando a tomada de empréstimos estrangeiros (Abrucio; Costa, 1998). A tabela 1, extraída de Abrucio (1998, p. 197) mostra a evolução das dívidas estaduais do fim do regime militar até 1995. A evolução é crescente e garantida, em grande parte, pelos bancos estaduais presentes em quase todos os estados (com exceção de Tocantins e Mato Grosso do Sul). A prática de rolagem da dívida com o governo federal usando os seus próprios bancos favorecia muito aos estados, pois conseguiam novos empréstimos sob condições fora dos parâmetros do mercado.

Tabela 1: A evolução da dívida estadual (em bilhões de reais).

Ano	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Bancos estaduais	5	6	6	7	11	15	13	14	14	17	16	22	21
Títulos da dívida estad.	6	7	9	8	8	7	5	4	5	5	4	4	4
Dívida flutuante	3	1	2	4	2	4	3	6	4	2	1	12	13
Dívida externa	4	4	4	5	6	4	5	6	7	9	15	22	28
Dívida reescalada	Não	Não	Não	3	3	3	4	5	5	7	8	25	31
Total	18	18	21	27	30	33	30	35	35	40	44	85	97

Fonte: Abrucio, 1998, p. 197.

Segundo Abrucio (1998), durante a primeira metade dos anos 1990, os estados não estavam muito preocupados com a política de ajuste macroeconômico do governo federal. Dessa forma, manejaram as alíquotas do ICMS segundo interesses particulares, sem

¹³ Um estudo aprofundado sobre o endividamento dos estados nos anos 1990 foi realizado por Lopreato (2000). Ele afirma que as raízes do endividamento dos estados remontam à época da ditadura (anos 1960 e 1970), período no qual os estados utilizaram operações de crédito como fonte de financiamento.

estabelecer uma política planejada de incentivos para o seu crescimento, tampouco para o crescimento do país. **Os estados deram início a uma prática predatória com conseqüências nos planos horizontal e vertical: a guerra fiscal**, outro elemento crítico a ser destacado. No plano horizontal, a guerra fiscal provocou um aprofundamento nas desigualdades entre os estados, já que o incentivo se dava pela menor alíquota e não, por um plano que visava o desenvolvimento de áreas desprovidas tecnologicamente. No plano vertical, a estabilidade financeira se viu comprometida com o endividamento crescente dos estados, já que o governo federal assumia as dívidas dos bancos estaduais por meio do Banco Central. A prática da guerra fiscal vigora ainda hoje.

Piancastelli e Perobelli (1996, p. 32) afirmam que “os estados brasileiros optaram por uma política de investimentos e geração de empregos em detrimento de uma política fiscal estável que propiciasse o saneamento de suas finanças”. Piancastelli, Miranda e Vasconcelos (2004) corroboram esta tese, mostrando que 14 dos 27 estados brasileiros apresentaram uma tendência evolutiva de arrecadação negativa do ICMS de 1987 a 1999. Muitos estados se tornaram dependentes do FPE (principalmente no norte e nordeste), minimizando a importância do ICMS. Segundo Piancastelli e Perobelli (1996), para o total do Brasil, a dependência média dos estados em relação ao FPE é de 11,3% (variando de 77,2% e 48,2% no norte e nordeste, respectivamente, e 1,6% no sudeste). Assim, se por um lado o FPE funciona como um instrumento de redistribuição fiscal, por outro, mostra-se um inibidor da eficácia do sistema tributário.

Sem calcular o preço dessa renúncia fiscal, os governos estaduais aprofundaram sua crise econômica na primeira metade dos anos 1990. Tendo assumido diversas responsabilidades na Constituição de 1988, sobretudo tributárias, o estado viu aumentar as despesas de pessoal e encargos devido às contratações necessárias para uma nova e mais robusta máquina administrativa. Pode-se afirmar que o resultado da equação “aumento de responsabilidades” (e conseqüente despesa de pessoal) e “redução na arrecadação do ICMS” não foi positivo, pelo contrário, foi o estopim da crise da maior parte das administrações estaduais. Cabe lembrar que o FPE não garantiu a cobertura desse déficit, visto que não era sua finalidade.

O agravamento da crise financeira dos governos estaduais em meados dos anos 1990 abriu espaço político para a ação do governo federal, permitindo que ele implantasse mudanças na política de controle do endividamento dos estados. Se até então os estados haviam conseguido renegociar suas dívidas sob condições bastante amigáveis (inclusive por sua força política no contexto federativo), neste momento se depararam com um duro

programa de ajuste fiscal. Diante do grau de dependência das renegociações de suas dívidas com o Banco Central, os estados foram obrigados a aceitar os novos termos de ajuste fiscal e financeiro. O volume das dívidas, a perda do poder de ajustar as contas públicas com o fim da inflação e a redução do potencial de arrecadação fiscal deixaram os estados enfraquecidos para fazer frente às propostas do programa federal. Não restava outra opção aos estados senão acatarem as regras impostas pela União, pois caso contrário, tornar-se-iam financeiramente inviáveis.

Os termos deste novo acordo entre os governos federal e estaduais foram expressos por meio do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira¹⁴. Tal programa foi inspirado em uma proposta do Fundo Monetário Internacional (FMI) e vinculava a renegociação das dívidas dos estados ao cumprimento de determinadas metas, tais como a implantação de um programa de ajuste fiscal, a privatização de estatais e a venda ou liquidação dos bancos estaduais.

Esse processo de renegociação das dívidas estaduais baseou-se em dois eixos: 1) ajuste entre volume (estoque e fluxo) da dívida e capacidade de pagamento dos estados; e 2) redefinição do papel do estado, bem como das relações inter e intragovernamentais.

O primeiro eixo visava promover o ajuste fiscal, de modo que os estados alcançassem superávites operacionais e primários capazes de cobrir as despesas com juros reais. O sucesso das medidas desse eixo não seria atingido apenas por meio de esforço fiscal dos estados, uma vez que estava relacionado à combinação de três outros fatores: “alongamento do perfil da dívida estadual; imposição de limites à incidência de juros, para impedir que o custo da

14 Sobre o Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira, Lopreato (2000, p.131, notas de rodapé) afirma: “O programa, ao determinar o monitoramento da Secretaria do Tesouro Nacional, lembrou as Cartas de Intenções assinadas com o FMI e ficou conhecido entre os governadores como o ‘FMI do Malan’. Na área fiscal, estabeleceu a obrigatoriedade de controle e redução das despesas com o funcionalismo público e, para tanto, seria necessário: implementar limites de remuneração e proventos; não conceder ao funcionalismo estadual reajuste de salários e remunerações com periodicidade inferior ou percentual superior aos concedidos pelo Poder Executivo da União aos seus servidores; reduzir o quadro atual de funcionários, inclusive através de programas de desligamento voluntário. Além disso, caberia ainda: ajustar as Constituições Estaduais às alterações que vierem a ser aprovadas no âmbito das Reformas Administrativas e Previdenciária e criar programas de privatização, concessão de serviços públicos à iniciativa privada, reformas e desmobilização patrimonial. Encaminhar mensalmente à Secretaria do Tesouro Nacional (STN) o fluxo de caixa do estado; dados de sua execução orçamentária, financeira e patrimonial e um relatório sobre o cumprimento das metas estabelecidas no programa de saneamento, permitindo a realização de auditoria pela STN. Em relação aos aspectos financeiros, os estados comprometeram-se a manter a adimplência de todos os seus órgãos para com a União e usar os recursos de privatização de suas empresas para reduzir os débitos em atraso; não estar em atraso com o INSS e FGTS; não contratar novas operações de antecipação de receita (ARO) e ter a aprovação da Assembléia Legislativa para contratar os empréstimos e assumir os compromissos referidos no programa e do Senado Federal. Os estados teriam também de assumir o compromisso de: a) alcançar resultado primário trimestral mínimo requerido para atingir a meta de equilíbrio operacional, tendo em vista o quadro de usos e fontes do estado e a relação dívida/receita líquida real; b) dotar o orçamento do estado de recursos necessários ao cumprimento dos compromissos decorrentes do programa de saneamento financeiro e de ajuste fiscal acordado”.

simples rolagem da dívida superasse a capacidade de pagamento estadual; e restrição a novas operações” (Lopreato, 2000, p. 145). Tais condições não seriam obtidas no mercado, exigindo a intervenção da União nesse processo.

O governo federal tomou para si as dívidas dos estados e fixou as taxas de juros, assumindo o ônus conseqüente a essa ação. Para Lopreato (2000), nessas condições, o mais importante era renegociar as dívidas com os estados, garantindo a governabilidade e estabilidade financeira, ainda que isso representasse dispêndios para União. Esse autor afirma que a atuação da União se justificou pela necessidade de preservação da federação, ameaçada pelos conflitos federativos (gerados pela guerra fiscal) e pelo risco da desestabilização (em caso de colapso dos sistemas estaduais).

Por meio do segundo eixo, o Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira mostrou a que veio. Percebe-se que ele não visava apenas equalizar despesa e arrecadação, mas alterar o papel do nível estadual, reduzindo seu poder de financiamento e de gasto. Ao promover a privatização de bancos e empresas estatais, esse programa retirou poder dos governadores e freou a expansão de dívidas públicas.

A tabela 2 traz informações sobre os contratos firmados entre a União e os estados no contexto do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira. Pode-se afirmar que esse programa não logrou apenas instaurar uma nova era de controle dos gastos estaduais pela União, mas alterou as estruturas das relações intergovernamentais, com impacto sobre o padrão de federalismo político vigente. Nas palavras de Lopreato (2000, p. 133):

“A proposta da União alterou o processo de renegociação da dívida e os mecanismos de controle do endividamento. Os estados teriam de mexer na estrutura patrimonial construída em anos anteriores e trabalhar com horizontes estreitos, obedecendo a rígidas metas de ajuste fiscal. Esse mecanismo, diferentemente do que havia ocorrido até aquele momento, definiu nova dinâmica de ajuste dos estados, envolvendo um amplo programa de privatizações e alterações nas relações intergovernamentais. O governo passou a usar os programas de renegociação da dívida e de apoio financeiro aos estados como instrumento de reforma patrimonial e de imposição de metas coerentes com a estratégia macroeconômica” (Lopreato, 2000, p.133).

O arranjo institucional estabelecido em decorrência desse programa ampliou a capacidade regulatória e de gestão macroeconômica da política monetária e de controle do déficit público pela União. A teia de relações interníveis foi alterada, tanto no plano União/estados, como no interior dos próprios estados. Diante da redução na autonomia de gasto e na capacidade de atuação, os estados passaram a buscar soluções para sair do ajuste fiscal, entre elas, as renegociações dos termos do contrato e obtenções de recursos adicionais.

Tabela 2: Contratos firmados entre União e estados no âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira.

Programa de apoio à reestruturação e ao ajuste de fiscal de estados contratos firmados entre a União e os estados

Estados	Lei 9.496/97		Dívida refinanciada	Diferença	Conta gráfica	Prazo	Limite e comprometimento	Encargos	Medida Provisória 1.773/98	
	Assinatura do contrato	Dívida Assumida							Assinatura do contrato	Financiamento prévio
AC	30.04.98	19.252	18.226	1.026	3.645	30 anos	11,5%	IGP-DI + 6,0% aa	31.03.98	101.068
AL	29.06.98	677.887	648.241	29.646	0	30 anos	15,0%	IGP-DI + 7,5% aa	29.06.98	427.250
AM	11.03.98	120.000	120.000	0	24.000	30 anos	11,5%	IGP-DI + 6,0% aa	13.11.98	317.000
AP									26.05.98	26.000
BA	01.12.97	959.662	883.010	76.652	181.365	30 anos	11,5% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	19.03.98	1.353.000
CE	17.10.97	138.081	126.916	11.165	25.383	15 anos	11,5%	IGP-DI + 6,0% aa	12.11.98	954.224
DF	29.07.99	642.272	647.984	5.711	128.454	30 anos	13,0%	IGP-DI + 6,0% aa		
ES	24.03.98	429.887	387.308	42.579	27.305	30 anos	13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	31.03.98	208.000
GO	25.03.98	1.340.356	1.163.057	177.299	232.611	30 anos	13,0% a 15,0%	IGP-DI + 6,0% aa	13.11.98	418.868
MA	22.01.98	244.312	236.502	7.810	47.300	30 anos	13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	30.06.98	275.000
MG	18.02.98	11.827.540	10.185.063	1.642.477	972.887	30 anos	6,79% a 13,0%	IGP-DI + 7,5% aa	08.05.98	4.344.336
MS	30.03.98	1.236.236	1.138.719	97.517	83.188	30 anos	14,0% a 15,0%	IGP-DI + 6,0% aa		
MT	11.07.97	805.682	779.943	25.739	155.988	30 anos	15,0%	IGP-DI + 6,0% aa	16.12.97	174.632
PA	30.03.98	274.495	261.160	13.335	26.116	30 anos	15,0%	IGP-DI + 7,5% aa	30.03.98	97.500
PB	31.03.98	266.313	244.255	22.058	11.348	30 anos	11,0 a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa		
PE	23.12.97	163.641	157.571	6.070	31.514	30 anos	11,5%	IGP-DI + 6,0% aa	12.06.98	1.245.000
PI	20.01.98	250.654	240.522	10.132	48.104	15 anos	13,0%	IGP-DI + 6,0% aa		
PR	31.03.98	519.944	462.339	57.605	92.467	30 anos	12,0% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	30.06.98	3.850.000
RN	26.11.97	73.272	72.479	793	11.295	15 anos	11,5% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	13.05.98	99.293
RO	12.02.98	146.950	143.677	3.273	28.512	30 anos	15,0%	IGP-DI + 6,0% aa	12.02.98	502.487
RR	25.03.98	7.247	6.601	646	1.318	30 anos	11,5%	IGP-DI + 6,0% aa	25.03.98	33.000
RS	15.04.98	9.427.324	7.782.423	1.644.901	1.150.000	30 anos	12,0% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	31.03.98	1.987.500
SC	31.03.98	1.552.400	1.390.768	161.632	267.086	30 anos	12,0% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	31.03.98	311.907
SE	27.11.97	389.065	355.162	33.903	41.226	30 anos	11,5% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa	30.03.98	31.500
SP	22.05.97	50.388.778	46.585.141	3.803.637	6.242.043	30 anos	8,86% a 13,0%	IGP-DI + 6,0% aa		
Total		81.901.250	74.037.067	7.875.606	9.833.155					16.757.565

Obs: Os estados de AP e TO não refinanciaram suas dívidas no âmbito da Lei n. 9.496. O RJ permanece em negociação.

Em negociação

RJ ⁽¹⁾	24.06.98	12.946.395	12.924.711	21.684	71.592	30 anos	12,0%	IGP-DI + 7,5% aa		
-------------------	----------	------------	------------	--------	--------	---------	-------	------------------	--	--

⁽¹⁾ Dívidas a serem assumidas (R\$ milhões): Mobiliária: 8.262,2; CEF/Banerj: 3.946,5; CEF saneamento e cessão: 348,9; CEF Votos: 302; BNDES: 86,5.

As medidas do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira foram um marco importante para o controle do endividamento dos governos estaduais, alterando o padrão de relações entre União e estados. No entanto, para Faveret (2002), apenas a publicação da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/00) trouxe mecanismos para disciplinar os gastos das três esferas de governo, impondo limites ao endividamento e introduzindo os conceitos de transparência fiscal e responsabilidade fiscal.

Ainda que a Constituição de 1988 previsse maior autonomia aos estados devido às transferências legais livres (FPE) e à liberdade na arrecadação do ICMS, os estados não gozaram dessa situação. Pelo contrário, a partir de meados dos anos 1990, os estados se viram em um cenário de fortes restrições, gerado por quatro razões principais: 1) sua história de endividamento crescente com origem no período militar e agravamento na década de 1990; 2) o aumento de encargos com a descentralização das políticas sociais e dos tributos, promovida pela Constituição de 1988; 3) a prática da guerra fiscal, que leva os estados a competirem irracionalmente entre si e reduzirem a arrecadação do ICMS; e 4) as consequências do programa de renegociação das dívidas, ao qual os estados se submeteram a partir de 1995.

O objetivo desta seção foi conformar o cenário de dilemas institucionais para atuação do nível estadual na federação brasileira pós-1988. O quadro abaixo sintetiza os elementos críticos pontuados aqui.

Quadro 3: Dilemas federativos para atuação dos estados no Brasil pós-1988.

Dimensões do federalismo	Dilemas para atuação dos estados
Política	Predomínio de cultura política centralizadora Fortalecimento dos municípios no sistema político Pulverização e fragmentação do poder e interesses no âmbito local Governabilidade reduzida dos estados Limitações dos mecanismos de negociação intergovernamental Insuficiência de mecanismos regulatórios entre os governos
Fiscal	Predomínio das relações fiscais entre a União e os municípios Insuficiência dos mecanismos de equalização fiscal a cargo dos estados Privilegiamento dos municípios na descentralização tributária Endividamento e restrição da autonomia orçamentária dos entes subnacionais Guerra fiscal entre os estados
Organizacional	Número elevado de municípios brasileiros com limitações das condições institucionais e políticas Predomínio de competências comuns e concorrentes entre os governos Assimetria entre os governos subnacionais Uniformidade das regras nacionais e pouco enfrentamento das desigualdades territoriais com estratégias regionais

Fonte: Lima *et al.*, no prelo.

3 O PAPEL DO ESTADO E A REGIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 Balanço sobre o papel do estado e a regionalização no marco legal e normativo do SUS

Como visto no capítulo anterior, são vários os dilemas colocados para a atuação do gestor estadual no sistema de saúde nos planos político, fiscal e organizacional do federalismo. Entre os dilemas organizacionais, merece destaque a indefinição do papel da esfera estadual no marco legal e normativo do SUS. A análise das leis e portarias ministeriais do setor saúde evidencia uma lacuna quanto ao papel dessa esfera de governo - um tanto maior durante a década de 1990 e menor durante os anos 2000. Esta seção objetiva fazer um balanço do papel das instâncias estaduais nesse campo legal e normativo, assim como, das mudanças na concepção do papel do estado, entendendo o contexto em que essas normativas foram geradas e as implicações que trouxeram para a atuação dessa esfera gestora ao longo dos anos. Além disso, busca-se extrair os significados e o lugar que a regionalização ocupa no processo de regulamentação do SUS.

A Carta Constitucional (1988), expressão do pacto federativo conseqüente ao movimento democrático, logrou definir a saúde como direito de cidadania (art. 196), cujo financiamento deve ser compartilhado entre os entes (art. 197) e cuja organização seja regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de acordo com as seguintes diretrizes: “I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III) participação da comunidade” (art. 198). Assim configura-se um projeto político audacioso para organização do sistema público de saúde no Brasil, que deve ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado no território.

Cabe destacar que, no âmbito das políticas sociais, a Constituição (1988) sugeriu um modelo de federalismo cooperativo, no qual há compartilhamento de funções entre as esferas de governo, como bem afirma Almeida (2001). Segundo a autora, esse modelo é comum em várias federações e apropriado para realidades como a brasileira, pois garante flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com diferentes capacidades administrativas e financeiras. Sendo assim, a Constituição (1988) estabelece que a saúde é uma competência comum, cabendo a todos os entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal (art. 23), e concorrente, cabendo à União e ao estado legislar sobre ela (art. 24), lembrando que ao estado está destinada a função legislativa em caráter complementar.

A Constituição (1988) coube estabelecer as diretrizes gerais do SUS¹⁵, de modo a conformar um esboço do sistema nacional de saúde que iria se constituir, remetendo à legislação setorial a responsabilidade de definir as atribuições específicas de cada ente da federação, bem como, os mecanismos de coordenação intergovernamental. Para tanto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90). A organização de um sistema nacional de saúde em países de organização federativa é uma tarefa complexa, que depende, para seu pleno sucesso, da integração e cooperação entre os entes federativos. Na ausência desses dois princípios, o direito ao acesso universal e igualitário aos serviços de saúde não será garantido. A definição das atribuições de cada esfera gestora, embora não garanta de forma isolada a execução desses princípios, constitui-se o primeiro passo para a superação (ou minimização) desses impasses.

Considera-se importante que o arcabouço legal e normativo do SUS seja analisado de acordo com as funções gestoras do Estado na saúde. Desta forma, pretende-se extrair o papel do estado e entender a concepção quanto a sua importância em cada normativa, a partir das quatro macrofunções gestoras¹⁶, a saber: 1) Formulação de políticas e planejamento; 2) Financiamento; 3) Regulação e 4) Prestação de serviços.

A Lei 8080/90 regulamenta o SUS em seus objetivos, atribuições, princípios, organização, financiamento e planejamento, em conformidade com o capítulo da saúde da nova Constituição Brasileira. Sua análise, segundo as macrofunções gestoras, mostra que o papel da esfera estadual não foi desenhado com tanta clareza quanto os papéis do gestor federal e municipal. Cabe destacar a força da descentralização e da municipalização neste momento histórico, justificando a especial atenção aos municípios e à determinação do seu papel. Como exemplo, pode-se citar a função planejamento, que não foi definida especificamente para o estado, mas está contemplada no artigo referente ao papel do município: “Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual” (Lei 8080/90, art. 18, inciso II). Ou seja, entende-se que o planejamento seja uma função do estado a partir do proposto para o ente municipal, fato que remonta à concepção de planejamento ascendente¹⁷ (Lei 8080/90, art. 36), vigente neste período.

15 Sobre a Constituição de 1988, Almeida (2005, p. 37) afirma que: “A atenção à saúde recebeu um tratamento minucioso, com a definição das linhas gerais de um sistema único e descentralizado – o Sistema Único de Saúde (SUS) – assentado em uma clara concepção de cooperação entre as três esferas de governo”.

16 Tais macrofunções foram descritas no capítulo 1 - seção 1.2.

17 A concepção de planejamento ascendente reaparece no Pacto pela Saúde (2006) após ter se afastado do cenário principal durante a vigência das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/02).

Quanto ao financiamento, a Lei Orgânica da Saúde previu que o estado participasse com recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para a prestação de serviços (Lei 8080/90, art. 7, inciso IX), mas não estabeleceu parâmetros para uma alocação redistributiva entre as regiões com a finalidade de reduzir desigualdades e promover a equidade.

No tocante à regulação, a Lei 8080/90 estabeleceu funções no campo da regulação do sistema (rede hierarquizada, sistema de referência de alta complexidade, hemocentros e laboratórios de saúde pública) e da regulação sanitária (ações de vigilância em saúde, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador e saneamento básico). A regulação sobre prestadores e sobre mercados não foi contemplada.

A Lei 8080/90 não estabeleceu funções para o estado no âmbito da prestação de serviços (uma vez que era pregada a descentralização das ações e serviços para os municípios), cabendo a ele a execução de ações de vigilância em caráter complementar e, de assistência à saúde em caráter suplementar.

A Lei 8142/90 é complementar à Lei 8080/90. Corresponde aos artigos dessa lei que foram vetados à época da sua promulgação pelo então presidente da República, Fernando Collor de Mello. A Lei 8142/90 tratou do controle social e da participação popular no SUS, não se ocupando em trazer a divisão de competências e responsabilidades entre os entes governamentais, o que já havia sido feito pela Lei 8080/90. Apenas citou como responsabilidade do estado administrar os recursos financeiros quando o município não atendesse aos requisitos estabelecidos nas normativas (Lei 8142/90, art. 4, parágrafo único).

Ainda no esforço de compreender o marco legal do SUS, é necessário considerar as emendas constitucionais. Elas introduzem modificações institucionais - seja no plano fiscal, organizacional ou político do pacto federativo - sem, contudo, abolir as prescrições da Carta Magna vigente. No âmbito da saúde, cabe destacar a Emenda Constitucional 29 (EC 29/00), que percorreu um longo caminho até a sua aprovação. O primeiro Projeto de Emenda Constitucional (PEC 169 A) foi elaborado por Eduardo Jorge e Waldir Pires em 1993, em uma tentativa de garantir o financiamento do SUS, que enfrentava dificuldades desde a sua criação¹⁸. Em 1999, foi aprovada na Câmara dos Deputados e, em 2000, no Senado.

A EC 29/00 trouxe implicações para a participação dos estados no financiamento do SUS, ao definir que 12% do total de recursos fiscais devem ser destinados à saúde. Ela também determinou que os municípios gastassem 15% das receitas próprias com saúde e, a União deve aplicar o montante gasto no ano anterior corrigido pela variação nominal do

18 Para um estudo aprofundado sobre o financiamento do SUS, consultar Ugá e Marques (2005).

Produto Interno Bruto (PIB). Apesar de representar um movimento de defesa do orçamento da saúde, por meio da vinculação de recursos nas três esferas de governo, a EC 29/00 não atendeu as expectativas de um incremento mais expressivo de recursos ao SUS. Isto porque, ao não definir o que seriam as ações e serviços de saúde, ela abriu espaço para que os governos investissem em setores afins. Além disso, houve uma divergência no entendimento do texto da emenda pelo Ministério da Fazenda, que considerou o ano de 1999 como ano base para o cálculo do montante a ser aplicado em saúde pela União. A solução desses entraves depende da regulamentação da EC 29/00, em tramitação no Congresso Nacional por meio do Projeto de Lei Complementar (PLP) 306/08¹⁹.

Além do marco legal, outro importante instrumento de coordenação e condução nacional do SUS foram as portarias ministeriais editadas ao longo dos anos 1990 e 2000. Constituem o marco normativo do SUS e possuem, como principal característica, um caráter transitório, sendo reeditadas e substituídas com o avanço do processo, como descreve Levcovitz, Lima e Machado (2001). Tais autores destacam a necessidade de se considerar os limites dessas portarias, que não abrangem todas as variáveis importantes para consolidação do SUS, entendendo-as dentro de uma perspectiva evolutiva diante do contexto em que foram formuladas. Conforme os mesmos, elas se referem à divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos da esfera federal para as subnacionais. Esse último aspecto torna-se fundamental à medida que os repasses federais constituem uma significativa “fonte financiadora” para estados e municípios.

A Norma Operacional Básica 01/91 (NOB SUS 01/91) refletiu os traços inamplianos. Não trouxe atribuições específicas para o estado em nenhuma das macrofunções gestoras, mas se referiu a ele e aos municípios da mesma forma. No entanto, quanto ao financiamento, cabe destacar duas proposições interessantes: a contrapartida estadual para o financiamento do SUS (no mínimo, 10% do seu orçamento) e a criação dos Fundos Estadual e Municipal de Saúde, que, no entanto, não foram implementados (os repasses financeiros eram diretos para os municípios - para a área ambulatorial - e diretos para os prestadores - para a área hospitalar). Segundo essa norma, o estado não possuía funções no campo regulatório, pois a auditoria era responsabilidade da União e dos órgãos do Instituto Nacional de Assistência Médica da

19 O PLP 306/08 tem origem no Projeto de Lei do Senado (PLS) 121/07, de autoria do senador Tião Viana. O PLS 121/07 foi aprovado pelo Senado em 06 de maio de 2008, sendo remetido à apreciação da Câmara dos Deputados, na qual tramita em regime de urgência sob a inscrição PLP 306/08. O PLP 306/08 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados em saúde pelas três esferas de governo e define o que devem ser consideradas despesas com ações e serviços de saúde, entre outras proposições. O PLP 306/08 propõe que a União aplique 10% das suas receitas correntes brutas em saúde até 2011, e que os estados que não estão cumprindo a Emenda o façam, gradativamente, até este mesmo ano (Congresso Nacional, 2008).

Previdência Social (INAMPS). Sobre a prestação de serviços, cabia ao estado executar ações em caráter transitório.

Eminentemente técnica, a NOB SUS 01/91 pouco abordou sobre mecanismos que viabilizassem a regionalização. Recomendou que fosse executada a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, abrindo a possibilidade de que consórcios intermunicipais de saúde fossem criados, no entanto, sem que houvesse a participação da esfera estadual na coordenação ou mediação desse processo.

Por sua vez, a NOB SUS 01/92 foi bastante objetiva, trouxe algumas atribuições específicas do nível estadual e algumas, em caráter de exceção. Comparada à norma anterior, mostrou uma evolução positiva no tocante à determinação e concepção do papel do nível estadual, mesmo que alguns dos mecanismos previstos não tenham sido implementados. No entanto, essa norma não trouxe nenhuma atribuição sobre a formulação de políticas e planejamento e sobre a prestação de serviços. Reafirmou que o financiamento é uma competência das três esferas de governo, assim como a função controle e avaliação, cabendo ao estado “controlar o controle municipal” e controlar a execução orçamentária e financeira dos recursos e receitas próprias.

No que se refere à regionalização, a NOB SUS 01/92 não realizou grandes progressos. Embora previsse que o sistema de saúde devesse ser organizado por meio de distritos sanitários, não logrou estabelecer mecanismos e estratégias para a conformação de desenhos regionais efetivos. Similarmente à norma anterior, enfatizou a descentralização municipalista e não definiu o papel do ente estadual na regionalização.

Contudo, a expressão máxima da força da descentralização municipalista se deu na NOB SUS 01/93. Essa norma apresentou a regionalização como uma articulação e mobilização municipal, que deve considerar, acima de tudo, a vontade política dos municípios em se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Não previu a participação do estado no planejamento, coordenação ou regulação desse processo. Como resultado, a construção dos espaços regionais de saúde ficou à mercê de interesses e disposições político-partidárias, ocasionando distorções no sistema e pouco avanço.

Esta visão municipalista marcou a definição do papel do estado na NOB SUS 01/93. Quanto à formulação de políticas e planejamento, esta norma trouxe atribuições no sentido de que o estado promovesse a descentralização, participando da programação integrada de serviços e investimentos e, apoiando técnica e financeiramente os municípios; além de ter assinalado como funções do estado, a formulação e coordenação das políticas relacionadas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e próteses e órteses ambulatoriais. Cabe

destacar a instituição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como fator de estímulo ao planejamento integrado.

Sobre o financiamento, apenas afirmou que o estado deveria participar. Em relação à regulação, a análise do conteúdo desta normativa se aproxima àquela feita para a Lei 8080/90, com a diferença de que esta NOB fez menção à regulação dos prestadores de serviços públicos e privados. Não previu nenhuma atribuição específica para o estado no campo da prestação de serviços. Em suma, pode-se afirmar que a NOB SUS 01/93 não apontou soluções com relação à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no sistema de saúde, não definindo ou garantindo recursos e instrumentos necessários a sua implementação.

A NOB SUS 01/96 avançou ao buscar explicitar as atribuições do estado e reconhecer os riscos de atomização do sistema na ausência da coordenação estadual. Visou redefinir os papéis de cada esfera de governo, de modo que municípios e estados superassem o papel exclusivo de prestadores e assumissem seus papéis de gestores. Manteve a diretriz da descentralização municipalista como forma de organização do sistema, mas destacou a importância do estado para harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais, em prol da discriminação positiva, por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI foi o instrumento previsto para garantir a mediação do estado nas relações intermunicipais - sabe-se que são diversas as experiências nesse sentido, umas mais e outras menos exitosas. De modo geral, representou o início da mudança acerca dos entendimentos sobre descentralização e regionalização na saúde.

Esta norma definiu o papel do estado quanto à formulação de políticas e planejamento e quanto à regulação com muito mais clareza e precisão do que as normas anteriores. Sobre esta primeira macrofunção, cabe destacar algumas das novas atribuições do estado: elaboração da PPI e sua coordenação na CIB; elaboração e execução do Plano de Investimentos; e formulação e execução da política de assistência farmacêutica, bem como, da política de sangue e hemoterapia. A determinação das funções do estado sobre a regulação de sistemas, regulação sanitária e regulação de prestadores foram mais elaboradas e completas do que nas normas anteriores, continuando a lacuna sobre a regulação de mercados em saúde. No tocante ao financiamento e prestação de serviços, não foram colocadas novas atribuições para o estado, permanecendo o discurso presente nas normativas anteriores (participação no financiamento e execução de ações em caráter complementar, respectivamente). Ao fim, pode-se afirmar que a concepção dominante sobre o papel do estado na gestão do SUS sofreu sua primeira inflexão com a promulgação desta NOB. Uma mudança maior seria sentida com o advento das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS SUS).

As NOAS SUS 01/01 e 01/02 trouxeram uma nova visão sobre a inserção do estado no SUS, e conseqüentemente, uma nova compreensão para a relação entre descentralização e regionalização. Foram bastante claras e detalhadas na determinação das atribuições específicas do gestor estadual sobre as três primeiras macrofunções gestoras. Quanto à formulação de políticas e planejamento, enfatizam a relevância de que o estado assuma o papel de coordenador do sistema estadual de saúde, abrangendo o planejamento e organização das redes assistenciais; integração dos sistemas municipais; e programação e garantia da referência intermunicipal. Além dessas funções, colocam: a elaboração da PPI e organização do sistema de referências; e elaboração do Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI).

Além da participação do estado no financiamento, mencionada em todas as normativas anteriores, estas normas falaram da definição de prioridades de investimento na macrogestão da política de alta complexidade/custo; e da alocação de recursos segundo necessidades de saúde e não, pela oferta de serviços, por meio da PPI. As NOAS trouxeram inovações para a regulação de sistemas e prestadores por meio das seguintes proposições: estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria; e o fortalecimento do controle e avaliação por meio do Relatório de Gestão. A lacuna sobre a regulação de mercados em saúde permaneceu aberta. Sobre a prestação de serviços, nenhuma atribuição específica foi elaborada, sendo mantida a recomendação da execução de ações de vigilância em saúde e assistência à saúde, em caráter de exceção.

As NOAS propuseram a regionalização como uma macroestratégia para o avanço do processo de descentralização em saúde. Relacionaram descentralização e regionalização, entendendo que a descentralização das ações e serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade deveria ser feita para distintos níveis regionais. Dessa forma, afirmaram que as regiões de saúde não estavam confinadas aos territórios municipais e, portanto, estavam sob a responsabilidade coordenadora do estado. Previram que a regionalização contemplasse uma lógica de planejamento integrado, de modo que se tivessem redes articuladas e cooperativas de atenção, com base em territórios delimitados e populações definidas, garantindo fluxos de referência que promovessem o acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade necessários e otimizassem os recursos disponíveis. Segundo as NOAS, enquanto coordenador da PPI, o estado era o responsável pela organização do sistema de referência e assim, pela garantia do acesso da população aos serviços não-disponíveis em seu município de residência. Entre as inovações propostas por essas normativas, estava o Plano Diretor de Regionalização

(PDR), um instrumento para o planejamento e definição do desenho regional no âmbito do estado.

Embora trouxesse uma concepção “inovadora” (considerando-se o padrão de regionalização proposto pelas normas anteriores), as NOAS não provocaram mudanças expressivas na organização do sistema de saúde, salvo em alguns estados que já possuíam capacidade institucional acumulada nesse sentido. Receberam críticas quanto a uma “normatividade exarcebada” e indiferença frente às desigualdades regionais do país, razões pelas quais muitos estados e municípios não conseguiram se adequar as suas proposições. Foram substituídas pelo Pacto pela Saúde (2006).

O Pacto pela Saúde (2006), portaria ministerial em vigência, é bem claro nas atribuições do gestor estadual, embora o peso dado ao seu papel seja menor do que o explicitado na normativa que o antecede. A grande ênfase dessa normativa está na pactuação e relação entre os gestores das diferentes esferas de governo para a construção do SUS, no que tange à regionalização do sistema e estabelecimento do sistema de referência intermunicipal e interestadual, considerando, inclusive, as regiões fronteiriças. Ele reconhece a complexidade da construção do SUS diante da peculiaridade do arranjo federativo brasileiro pós-1988 e das imensas desigualdades regionais. Prevê que a regionalização oriente a descentralização das ações e serviços e, potencialize os processos de planejamento, pactuação e negociação entre os gestores, de modo que o direito da população à saúde seja garantido. A regionalização do SUS é entendida como a construção de desenhos que respeitem as realidades locais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como espaços de co-gestão, além dos espaços já constituídos em normas anteriores: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Conselhos.

O Pacto (2006) traz o Termo de Compromisso da Gestão Estadual, no qual o gestor encontra suas responsabilidades organizadas em 7 eixos: gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação e saúde; e participação e controle social. Desta forma, pode-se afirmar que o Pacto (2006) representa a normativa mais completa no que diz respeito à definição de atribuições específicas da instância estadual segundo as macrofunções gestoras.

O Pacto pela Saúde (2006), além de reiterar atribuições trazidas pelas normativas anteriores no campo da formulação de políticas e planejamento, estabelece novas competências para o estado, entre elas: definição de áreas prioritárias de atuação; identificação das necessidades de saúde da população no âmbito estadual, assim como, prestação de apoio aos municípios para que façam o mesmo em seus territórios; planejamento

e desenvolvimento da PPI a partir das necessidades identificadas; coordenação do processo de regionalização, conformando o PDR; formulação, gerenciamento e implantação do planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, de acordo com as necessidades da população; promoção de políticas de promoção à saúde, gestão do trabalho e educação permanente em saúde; articulação e participação na regulação das profissões de saúde; e apoio à mobilização social e institucional em defesa do SUS.

Sobre o financiamento, o Pacto (2006) avança pouco em relação às outras normativas, pois prevê a participação do estado no financiamento tripartite do SUS, mas não contempla critérios equitativos para a realocação de recursos visando corrigir as desigualdades interregionais. Cabe destacar, contudo, que nos eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos, prevê o estímulo à regionalização com base nas estratégias estaduais e nacionais, de acordo com o PDI. A respeito da prestação de serviços, ele avança ao definir que o estado deve executar, em caráter permanente, as ações de vigilância em saúde determinadas mediante acordo bipartite e legislação específica. Além disso, mantém a diretiva de execução de ações de vigilância em saúde quando o município não estiver apto.

No âmbito da regulação, o Pacto pela Saúde (2006) atualiza funções já definidas em normativas anteriores, estabelecendo novas atribuições de forma bastante precisa, entre elas: coordenar, acompanhar e avaliar a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão; monitorar o cumprimento, pelos municípios, dos planos de saúde, relatórios de gestão, operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do Pacto de Gestão, constituição dos serviços de regulação e participação na PPI; elaborar e pactuar relatórios clínicos de regulação do acesso; operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais; avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde; e realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

Conclui-se que o Pacto (2006) torna explícitas competências e responsabilidades do gestor estadual, sejam elas específicas ou não, como nenhuma normativa anterior logrou fazer. Uma falha identificada nesta normativa, comprometendo diretamente sua implementação, é o fato de não contemplar que o planejamento destas atribuições esteja embasado em um levantamento real das condições do gestor em realizar, ou não, uma função e, em quanto tempo.

Estabelecendo-se um balanço sobre o papel do estado no marco normativo do SUS, percebe-se uma tendência à valorização do gestor estadual. Da mesma forma, o balanço sobre o lugar e as significações da regionalização nessas normas evidencia avanços quanto a sua

concepção e relevância. Isto porque o processo de descentralização, com foco nos municípios, levou a uma fragmentação e atomização do sistema, fazendo crescer a preocupação com a garantia do acesso da população a todos os níveis de atenção e, por conseguinte, a participação do estado na organização do sistema de saúde de forma regionalizada.

Ao final desta seção, dois quadros sintetizam as análises realizadas sobre o conteúdo do marco normativo do SUS: o quadro 4 traz o balanço do papel do estado segundo macrofunções gestoras; e o quadro 5 apresenta um balanço da regionalização. Percebe-se que ao se tornar uma real preocupação, ganhando destaque na política nacional de saúde, a regionalização exerce influência sobre a concepção acerca do papel do estado no SUS, que por sua vez, recebe maior ênfase nas normativas.

Tal processo implica em uma participação mais efetiva dos estados na gestão do sistema. Contudo, cabe considerar que a melhor definição do papel do estado na gestão do SUS não representa, isoladamente, a solução para todos os dilemas institucionais colocados para a atuação dessa esfera. A implementação do Pacto pela Saúde (2006) ainda está em curso em todo o território nacional e, mesmo as regiões mais avançadas nesse processo possuem desafios a superar no sentido de concretizar sistemas regionais de saúde integrados, resolutivos e equânimes. Os desafios para a atuação das instâncias estaduais na regionalização do SUS serão tratados na próxima seção.

Quadro 4: Balanço do papel do estado no marco normativo do SUS, segundo macrofunções do Estado na saúde.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços
NO B SUS 01/91 e NOB SUS 01/92	<i>Fraco:</i> propõe a programação e orçamentação da saúde (PROS) que deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. A PROS trabalha com diretrizes, objetivos e metas a partir do diagnóstico da saúde, devendo articular todos aqueles envolvidos na execução das ações.	<i>Fraco:</i> administra o recurso municipal quando o município não cumpre com os requisitos; prevê que o estado destine, no mínimo, 10% do seu orçamento para a saúde no ano da Norma. Define o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE).	<i>Fraco:</i> contempla apenas a regulação de sistemas, quando afirma que ao estado cabe “controlar o controle municipal”; não participa da constituição dos consórcios intermunicipais.	<i>Fraco:</i> determina a execução de ações em caráter transitório.
NOB SUS 01/93	<i>Fraco:</i> aborda a formulação de algumas políticas específicas e trata da função planejamento superficialmente, no sentido de oferecer apoio ao processo de descentralização municipalista. Constitui a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e define condições de gestão para os estados; conforme a condição de gestão, o estado assume a responsabilidade na programação integrada e o controle das cotas ambulatoriais e hospitalares.	<i>Fraco:</i> prevê que o estado participe do financiamento do SUS; define o Fator de Apoio ao Estado (FAE) para repasse de recursos de custeio para atividades definidas; recebe recursos dos municípios não enquadrados nas condições de gestão.	<i>Moderado:</i> contempla a regulação de sistemas, de prestadores e sanitária, embora sucintamente. Deixa lacunas quanto à regulação de mercados.	<i>Fraco:</i> seu foco é a descentralização das ações e serviços para os municípios. Coordena a rede de referência e gere sistemas de alta complexidade em condição de gestão específica.
NOB SUS 01/96	<i>Moderado:</i> fortalece o papel do estado quando reconhece sua importância para a conformação da rede de serviços. Enfatiza a CES e CIB como instâncias que viabilizam a negociação entre as esferas de governo. Destaca-se a configuração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Define novas condições de gestão para os estados.	<i>Moderado:</i> prevê que o estado participe do financiamento do SUS. A PPI como instrumento para programação e distribuição dos recursos entre municípios tendo o estado como mediador. Estabelece a transferência direta de valores segundo as condições de gestão. Estabelece o Piso Assistencial Básico (PAB), que é repassado aos estados no caso dos municípios não habilitados. Estabelece a Fração Assistencial Especializada (FAE) e o Índice de Valorização dos Resultados (IVR)	<i>Moderado:</i> contempla a regulação de sistemas, de prestadores e sanitária, de forma mais clara. Deixa lacunas quanto à regulação de mercados.	<i>Fraco:</i> determina a execução de ações em caráter transitório dos municípios que ainda não assumiram a responsabilidade. Mantém a gerência das unidades de hemorrede e laboratórios.

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços
NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/02	<i>Forte:</i> enfatiza a importância do estado para a constituição das redes regionalizadas de serviços. Envolve profundamente ações de planejamento, abrangendo a identificação das necessidades, elaboração de planos de intervenção - Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Plano Diretor de Investimento (PDI), e articulação com outros gestores.	<i>Moderado:</i> prevê que o estado participe do financiamento do SUS; utiliza a PPI para a alocação no uso de recursos por necessidades e defina prioridades de investimento na política de alta complexidade/custo.	<i>Moderado:</i> contempla a regulação de sistemas, de prestadores e sanitária, de forma mais completa. Cabe destacar a preocupação com o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria e o estabelecimento do Relatório de Gestão. Não menciona aspectos da regulação de mercados.	<i>Moderado:</i> determina a execução de ações em caráter complementar e suplementar. Mantém a gerência de unidades públicas de hemonúcleos e de laboratórios de referência, VISA e VE.
Pacto pela Saúde 2006	<i>Forte:</i> enfatiza o processo de descentralização compartilhada. Embora o peso do estado seja menor que na norma anterior e a ênfase seja dada à pactuação entre os gestores, envolve, detalhadamente, as ações de planejamento já mencionadas para a NOAS.	<i>Moderado:</i> prevê que o estado participe do financiamento do SUS. Nos eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos prevê o estímulo à regionalização, com base nas estratégias estaduais e nacionais considerando o PDI, buscando economia de escala e de escopo com equidade no acesso.	<i>Forte:</i> traz com alto grau de precisão as atribuições do gestor estadual na regulação do sistema, dos prestadores e sanitária. Não aborda diretamente a regulação de mercados em saúde.	<i>Moderado:</i> estabelece que o estado execute ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade, em caráter permanente, segundo acordado na CIB. Mantém a gerência e gestão de unidades públicas de hemocentros.

Fonte: Lima *et al.*, no prelo.

Quadro 5: Balanço da regionalização no marco normativo do SUS.

Principais normativas	Balanço da regionalização no marco normativo do SUS
NOB SUS 01/91	- Enfatiza o cumprimento da descentralização visando à municipalização. Não aborda mecanismos claros de regionalização, ainda que mencione a possibilidade de consórcios intermunicipais.
NOB SUS 01/92	- Enfatiza a constituição de um sistema único, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, e menciona a reorganização da rede de serviços com estruturação de distritos sanitários; enfatiza a necessidade da co-gestão do SUS, por meio diálogo permanente, dos encontros freqüentes entre o MS, CONASS, CONASEMS, da cooperação técnica e da participação da comunidade.
NOB SUS 01/93	- O processo de descentralização é o objeto desta norma, havendo ênfase para a municipalização; entende a regionalização como uma articulação e mobilização municipal, que considera as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política dos municípios para se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo; considera importante o planejamento integrado, tendo a CIT, a CIB e os Conselhos como foros de negociação.
NOB SUS 01/96	- Afirma que os serviços devam ser organizados em rede regionalizada e hierarquizada, disciplinados segundo sub-sistemas municipais; destaca o risco de uma atomização desordenada desses sub-sistemas, ressaltando a importância do estado para mediar a relação entre eles; refere-se a CIT, CIB e Conselhos como bons espaços de negociação e gestão compartilhada.
NOAS SUS 01/01 e NOAS SUS 01/02	<p>- Considera a regionalização fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, além do alcance da equidade alocativa;</p> <p>- Reconhece a complexidade da construção do SUS em face da peculiaridade do arranjo federativo brasileiro pós-1988, e o risco da atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos;</p> <p>- Prevê o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização, no qual devem ser definidas as regiões de saúde, módulos assistenciais, municípios sede dos módulos, municípios pólos e unidades territoriais de qualificação;</p> <p>- Aponta inovações em três aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) acesso: ao definir diretrizes para a organização do primeiro nível de referência, segundo os principais problemas da população; 2) gestão: ao estimular o planejamento integrado entre gestores municipais, introduzir mecanismos para a garantia da referência e responsabilizar o estado pelo apoio aos municípios na organização dessas redes e pela coordenação do sistema de referência; 3) financeiro: ao aumentar o aporte de recursos diretamente aos municípios, por meio de uma base <i>per capita</i> nacional; <p>- Mantém a CIB, CIT e Conselhos como instâncias de debate e negociação.</p>

Pacto pela Saúde 2006	<ul style="list-style-type: none">- Afirma que a regionalização é uma estratégia eficaz para a formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas;- Define a regionalização como eixo estruturante do Pacto pela Saúde 2006, nas suas 3 dimensões: Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS;- Prevê que a regionalização oriente a descentralização das ações e serviços e, potencialize os processos de planejamento, pactuação e negociação entre os gestores, de modo que o direito da população à saúde seja garantido;- Entende a regionalização como a construção de desenhos que respeitem as realidades locais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como espaços de co-gestão;- Prevê que a regionalização siga 7 pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;- Reconhece a complexidade da construção do SUS diante da peculiaridade do arranjo federativo brasileiro pós-1988 e das imensas desigualdades regionais;- Afirma que a regionalização deve se pautar por alguns objetivos gerais:<ol style="list-style-type: none">1) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde a toda a população brasileira, independente do porte populacional do seu município de residência;2) Garantir a integralidade na atenção à saúde, por meio do acesso a todos os níveis de complexidade;3) Potencializar a descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras; e4) Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.
----------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria a partir das principais portarias ministeriais editadas ao longo dos anos 1990 e 2000.

3.2 Desafios para a atuação dos estados na regionalização das ações e serviços do SUS

Uma análise ampliada do processo de implantação do SUS permite afirmar que as portarias editadas, ao longo dos anos 1990 e 2000, buscaram consolidar esse sistema enfrentando os desafios reconhecidos no seu período de formulação. No entanto, admite-se que a saúde, enquanto direito de cidadania previsto constitucionalmente em um sistema de seguridade social, financiada por recursos fiscais e contribuições sociais com base no princípio da solidariedade, ainda não está sendo garantida igualmente a todos. Um dos maiores desafios desses tempos é alcançar a integração das ações e serviços presentes em diferentes espaços geográficos, promovendo maior equidade no acesso ao SUS. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde (2006) enfatiza a regionalização como estratégia para a formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas²⁰, atribuindo à instância estadual a coordenação desse processo.

O fortalecimento do papel do estado no plano normativo, com reconhecimento da sua importância para a constituição e gestão de redes de atenção à saúde, é extremamente relevante, mas não garante o sucesso da sua atuação na regionalização do SUS. Promover a regionalização exige que o estado supere alguns outros desafios. **Em primeiro lugar, o gestor estadual precisa superar a fragmentação do sistema, gerada pela forma como se deu o processo de descentralização no Brasil.** Descentralização e regionalização foram incorporadas conjuntamente como diretrizes do sistema nacional de saúde estabelecido legalmente. No entanto, o cenário político-econômico dos anos 1990, bem como a estratégia usada pelo Ministério da Saúde para conduzir a implementação do SUS, trataram de distanciar tais preceitos. A década de 1990 assistiu a uma forte descentralização do sistema de saúde para os entes municipais e à ausência dos gestores estaduais na coordenação desse processo.

Não obstante os resultados positivos promovidos pela descentralização do SUS, vários autores identificam prejuízos advindos desse processo no que tange à equidade no acesso e à integração da rede de serviços. Isto porque, após um período de descentralização intensa mediante municipalização autárquica, percebe-se um sistema descoordenado e fragmentado, incapaz de garantir o direito à saúde aos cidadãos.

20 Tomando como base as experiências internacionais, percebe-se que a construção de sistemas nacionais de saúde sempre esteve ancorada na territorialização, ou seja, na definição de regiões de saúde. A construção de sistemas regionais de saúde favorece a eficiência alocativa e a efetividade da atenção, além de colaborar para o estabelecimento de relações intergovernamentais mais cooperativas – o que representa um avanço do ponto de vista do federalismo.

A descentralização da saúde redistribuiu funções e competências entre os níveis de governo, privilegiando os municípios. Eles passaram progressivamente a ter capacidade decisória, competências e recursos para a prestação dos serviços básicos de saúde. No entanto, as características dos sistemas descentralizados que se formavam eram bastante heterogêneas, pois municípios e estados possuíam diferentes capacidades administrativas e financeiras, bem como, posições políticas diversas. Os sistemas descentralizados apresentavam os traços da influência de questões inerentes às dimensões política, organizacional e fiscal do federalismo, entre as quais pode-se citar: pulverização e fragmentação do poder e interesses no âmbito local; governabilidade reduzida dos estados; limitações dos mecanismos de negociação intergovernamental; número elevado de municípios brasileiros com limitações das condições institucionais e políticas; e pouco enfrentamento das desigualdades territoriais com estratégias regionais.

Viana *et al.* (2002), após a realização de uma pesquisa nacional com o objetivo de reconstruir o *trade-off* entre a equidade e a eficiência no processo de descentralização da saúde, concluem que a descentralização municipalizante (induzida pela NOB 96) não garantiu uma melhoria nos padrões de equidade do acesso. Da mesma forma, Viana, Lima e Oliveira (2002) afirmam que a descentralização foi incapaz de extinguir as desigualdades regionais devido à escassez de recursos, o que impõe à federação a responsabilidade por manter instrumentos de regulação que garantam ou, ao menos busquem a equidade.

Pestana e Mendes (2004, p. 7) ressaltam que: “Se a municipalização levou a avanços indiscutíveis, ela, também, gerou problemas sérios que não podem mais continuar. É preciso reconhecer que a forma de descentralização pela municipalização, engendrada pelo SUS, através de paradigma da municipalização autárquica, esgotou-se e necessita de ser repensada”. A superação desse primeiro desafio depende da capacidade do estado em superar o paradigma da municipalização autárquica, avançando na construção de espaços regionais de saúde que conformem redes de atenção eficientes e efetivas.

O segundo desafio para a atuação do estado na regionalização consiste na recuperação da prática do planejamento estratégico, abandonando-se o hábito de um planejamento cartorial, sem base territorial e afastado da realidade locorregional. Durante o período de descentralização municipalista, o planejamento perdeu lugar e significado. É necessário que o estado seja capaz de elaborar planos estadual e regional com base em um diagnóstico situacional, trazendo atividades e metas de curto, médio e longo prazo, e direcionando os investimentos. Dessa forma, será capaz de definir o modelo de atenção a ser adotado em seu território, conduzindo a construção de redes assistenciais

baseadas na definição dos papéis de cada ente em cada nível de complexidade segundo linhas de cuidado estabelecidas. Redes que garantam ampla cobertura populacional e resolutividade no primeiro nível, e superação das fronteiras municipais na prestação de serviços do segundo e terceiro níveis de atenção à saúde.

Outro desafio importante se refere à superação da fragmentação interna, bem como, carências na capacidade institucional das secretarias estaduais de saúde. É extremamente relevante que o estado envolva os diversos setores da secretaria no processo de regionalização. Para tanto, deve formar equipes para elaboração do plano com a participação desses vários setores; promover a divulgação interna desse plano; e pactuar metas internamente como fator de estímulo ao cumprimento do mesmo. O estado também precisa investir na capacitação de recursos humanos, visando ampliar sua capacidade técnica no planejamento, coordenação e avaliação. Apenas assim estará apto a formular políticas, adotar estratégias e instrumentos de planejamento regional, instaurar mecanismos de regulação efetivos e assumir todas as funções advindas da condução da regionalização.

O quarto desafio diz respeito à capacidade do estado em promover uma efetiva articulação intergestores. Tal articulação depende da utilização de mecanismos de planejamento conjunto e coordenação dos espaços de negociação interníveis. Além disso, o estado deve fortalecer as instâncias de representação estadual nas regiões, mantendo-as em sintonia com o plano de regionalização de modo a favorecer o processo de pactuação de metas e referências assistenciais.

A atuação do estado na regionalização depende da disposição do gestor estadual em assumir a condução desse processo, outro desafio a se enfrentar. Nenhum dos desafios elencados anteriormente será superado se o estado não tomar a decisão de coordenar e mediar tal processo.

Por último, cabe destacar a importância de que o estado cumpra funções específicas para o avanço da regionalização. À medida que as normas ministeriais reconhecem o papel do estado, o gestor assume novas responsabilidades. Sabe-se que o cumprimento das mesmas depende de decisão política e capacidade técnica. O quadro 6 sintetiza as atribuições do estado na regionalização, apresentando as funções que deve desempenhar em cada uma das quatro macrofunções gestoras. O sucesso da condução da regionalização pelo nível estadual está relacionado ao cumprimento dessas funções.

Em suma, a superação dos desafios para a atuação do estado na regionalização depende de alguns esforços: 1) no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, por meio de investimentos em recursos humanos e tecnológicos visando o fortalecimento institucional

para o cumprimento de suas atribuições; 2) no âmbito do Ministério da Saúde, por meio de cooperação técnica e financeira para que os estados se tornem aptos a cumprir suas funções; 3) habilidade de negociação dos gestores estaduais, visando contornar impasses e interesses divergentes; e 4) vontade política e interesse dos governantes em investir recursos na saúde e assumir suas atribuições. Reunindo estes elementos, os estados estarão superando alguns dos desafios impostos ao cumprimento efetivo do seu papel na regionalização do SUS.

Quadro 6: Papel do estado na regionalização do SUS, segundo macrofunções do Estado na saúde.

Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços
<ul style="list-style-type: none"> - Definir as regiões de saúde com base em estudos sobre a capacidade instalada, fluxos de referências intermunicipais, acesso viário, entre outros; - Identificar as necessidades de saúde das populações/territórios previamente definidos; - Definir a distribuição dos serviços de saúde no território, bem como, as formas de articulação dos mesmos; - Determinar o nível de complexidade e auto-suficiência das regiões de saúde; - Definir o primeiro nível de atenção, com ampliação de cobertura da população; - Definir as competências das distintas esferas de governo responsáveis pela gestão do sistema e serviços de saúde nas regiões; - Coordenar o processo de regionalização, conformando o PDR; - Promover a articulação e negociação intergestores, estabelecendo arranjos intergovernamentais de gestão compartilhada; - Formular políticas de acordo com as prioridades regionais; - Apoiar o desenvolvimento científico nas áreas de planejamento regional, constituição de redes de atenção e gestão compartilhada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar do financiamento; - Realizar alocação regional de recursos próprios; - Planejar e coordenar a PPI, de acordo com o plano definido regionalmente; - Mobilizar recursos e definir um plano de investimentos; - Realizar o pagamento dos serviços sob sua gestão; - Avaliar as condições dos municípios para implantação de programas definidos nacionalmente e recebimento de recursos federais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Regular a gestão do sistema e serviços nas regiões de saúde, por meio da emissão de leis e normas; - Implantar mecanismos para integração dos serviços no território, como: implantação de centrais de regulação, protocolos clínicos, linhas de cuidado, entre outros; - Implantar mecanismos/instrumentos de contratualização de serviços de abrangência regional; - Realizar auditoria, controle e avaliação de sistemas regionais e serviços de saúde; - Realizar acompanhamento e avaliação de indicadores com base nos objetivos e metas do PDR; - Promover o fortalecimento da capacidade institucional de municípios e órgãos de gestão regionalizada, por meio de apoio técnico, político e financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar serviços nos diversos campos da atenção à saúde (assistência ambulatorial e hospitalar, vigilâncias epidemiológica e sanitária) tendo em vista a consolidação das regiões de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

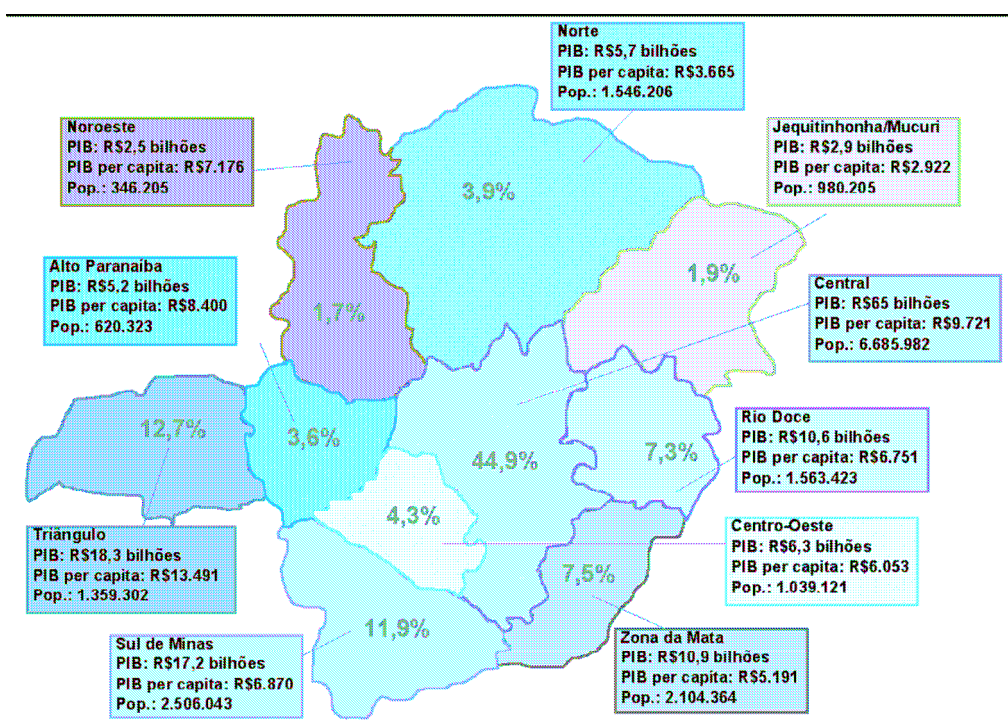
4 AS DIVERSAS MINAS GERAIS

4.1 Características gerais e relevância do estado no cenário federal

O estado de Minas Gerais é o quarto maior em extensão territorial (586.528 km²) e o segundo mais populoso do Brasil, com um pouco mais de 19 milhões de habitantes (IBGE, 2009a). Faz divisa a sul e sudoeste com São Paulo, a oeste com o Mato Grosso do Sul e a noroeste com Goiás, incluindo uma pequena divisa com o Distrito Federal, a leste com o Espírito Santo, a sudeste com o Rio de Janeiro e a norte e nordeste com a Bahia. Possui uma malha rodoviária de 269.546 Km, sendo a distância linear no sentido norte-sul igual a 986 km e, no sentido leste-oeste correspondente a 1.248 km (DER-MG, 2009).

Tamanho dimensão territorial e o contato com tão diferentes regiões atribuíram características socioeconômicas, culturais e lingüísticas bastante variadas a Minas Gerais. A figura 1 mostra as diferenças econômicas entre as regiões do estado. Percebe-se que 44,9% do Produto Interno Bruto (PIB) mineiro se concentram na região central, seguida pelo triângulo (12,7%) e sul (11,9%); enquanto a região noroeste e a região do Jequitinhonha e Mucuri representam apenas 1,7% e 1,9% do PIB do estado, respectivamente.

Figura 1: Participações das mesorregiões no Produto Interno Bruto mineiro em 2003.



Fonte: FJP, 2009.

Minas Gerais vive os dilemas federativos radicalmente. Foi palco de uma intensa municipalização, expressa na configuração dos seus 853 municípios, a maioria de pequeno porte, como mostra a tabela a seguir. Tal configuração torna o poder centrífugo, complexifica as relações interníveis e multiplica interesses divergentes, além de representar sérios riscos para a atomização do SUS.

Tabela 3: Porte populacional dos municípios do estado de Minas Gerais – Brasil (2009).

<i>Porte populacional</i>	<i>Número de municípios</i>	<i>%</i>	<i>% acumulado</i>
< 10 mil habitantes	493	57,8	57,8
</= 10 mil e < 20 mil habitantes	189	22,2	80,0
</= 20 mil e < 50 mil habitantes	107	12,5	92,5
</= 50 mil e < 100 mil habitantes	38	4,5	97,0
</= 100 mil e < 500 mil habitantes	22	2,6	99,5
>/= 500 mil habitantes	04	0,5	100,0
Total	853	100,0	-

Fonte: IBGE, 2009a.

Em termos econômicos, cabe destacar que Minas Gerais possui o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) do país, superado apenas pelos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, embora em um importante indicador de capacidade econômica, a arrecadação de ICMS, o estado tenha superado o Rio de Janeiro na classificação nacional (IBGE, 2009b).

A importância econômica do estado remonta ao século XVIII, momento no qual a atividade aurífera transformou a então chamada capitania de Minas Gerais no centro econômico da colônia. A extração do ouro promoveu intenso povoamento em um curto período de tempo, entrando em declínio na segunda metade do século.

Somente no século XIX, movido pela cafeicultura, o estado voltou a se desenvolver economicamente. Nesse período, surgiram as primeiras siderúrgicas, inaugurando a industrialização do estado. Apesar desse princípio industrial, o estado permaneceu fortemente dependente de São Paulo e Rio de Janeiro, os pólos mais desenvolvidos do país, mantendo-se como produtor de matérias-primas e insumos pouco elaborados nos ramos da mineração, agropecuária, indústrias alimentícia e têxtil.

A partir da segunda metade do século XX, Minas Gerais experimentou um notório crescimento industrial, impulsionado pelo investimento governamental em infra-estrutura e recuperação da economia. Em 1947, foi elaborado o primeiro “Plano de Recuperação Econômica e Fomento da Produção”. Destacando a necessidade do desenvolvimento industrial, esse plano instituiu a “taxa de recuperação econômica”, que possibilitou a criação de empresas e programas estatais. Nas palavras de Santos (2002, p. 17):

“Ao longo dos anos 50, o setor industrial do estado cresceu a elevadas taxas (147%), comparativamente aos demais setores (primário – 46% e terciário – 74%), aumentando sua participação na formação do PIB mineiro. Esse crescimento foi liderado pelas indústrias extrativa mineral (13,7% a.a.), de minerais não-metálicos (16,22% a.a.) e metalúrgica (11,8% a.a.), associado à maturação dos investimentos nos grandes projetos nas áreas de siderurgia (Acesita, Usiminas e Mannesmann), mineração (Companhia Vale do Rio Doce), cimento (Companhia Portland Itaú) e energia elétrica (Cemig) realizados no transcorrer dos anos 40 e 50” (Santos, 2002, p.17).

No entanto, esse crescimento industrial de 147% ainda foi menor que o crescimento nacional (195%) no período de 1950 a 1959. Durante essa década, o estado também viveu uma mudança no interior do setor primário, com rápido desenvolvimento da pecuária em detrimento da agricultura. Apenas no final dos anos 1960, Minas Gerais apresentou taxas de crescimento econômico superiores às nacionais. Isso se deveu ao protagonismo dos setores de mineração e indústria de transformação, bem como à institucionalização de um aparato de apoio à industrialização (Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais – BDMG; Instituto de Desenvolvimento Industrial – IDI; e Companhia de Distritos Industriais – CDI) (Santos, 2002). Esse aparato foi tido como modelo por outros estados da federação.

Minas Gerais assumiu uma posição de liderança no cenário econômico federal ao longo dos anos 1970, apresentando o maior crescimento industrial, agrícola e de serviços. Nessa década, conquistou a terceira posição no quadro de participação relativa dos estados no PIB nacional, mantendo-se atrás somente de São Paulo e Rio de Janeiro. Por outro lado, o estado não conseguiu aproveitar o crescimento econômico para reverter sua situação social. Durante todo esse período e até o final da década de 80, Minas Gerais apresentou o menor PIB *per capita* dentre os estados mais desenvolvidos do País (São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul). Isso parece estar vinculado à manutenção de grandes bolsões de pobreza em algumas microrregiões mineiras, notadamente aquelas localizadas no norte/nordeste do estado.

Os anos 1980 trouxeram uma inflexão para a economia do país, e conseqüentemente, para Minas. A indústria de transformação mineira apresentou fortes quedas de crescimento no período. A extração mineral manteve um modesto avanço que, aliado ao aumento da participação estadual no quadro de exportações, garantiu a Minas Gerais taxas de crescimento acima da média da nação.

Na década de 1990, o estado sofreu os efeitos da liberalização econômica promovida pelo programa de reajuste fiscal da União²¹. Nesse contexto, dois eventos merecem destaque

21 Para obter informações mais detalhadas, recorra ao capítulo 1, seção 1.3.

no cenário mineiro: o desmonte do aparato institucional de apoio à industrialização (assunto que será tratado na próxima seção) e a guerra fiscal.

Apesar de todas as consequências do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira, cabe destacar que Minas Gerais se beneficiou com o movimento de desconcentração das indústrias paulistas na década de 1990. Usando os instrumentos da guerra fiscal, Minas Gerais atraiu indústrias, principalmente automobilísticas (Mercedes Benz e Fiat), que se instalaram nas regiões sul, sudoeste e triângulo mineiro (Santos, 2002; Dulci, 2002; Governo de Minas e Macroplan, 2007).

Pode-se afirmar que Minas Gerais foi capaz de superar seu atraso econômico frente aos centros mais desenvolvidos do país. Hoje, o estado possui uma relação mais horizontal com São Paulo, principalmente no complexo metal-mecânico. Santos (2002) ressalta o papel do governo estadual para o destino da economia mineira, sendo ele o responsável por traçar metas, revitalizar o aparato estatal de apoio e atrair novos investidores.

Minas Gerais também possui uma participação de destaque na história política do Brasil. Alguns eventos importantes foram planejados nesse estado, entre eles a Inconfidência Mineira, a Revolução de 1930 e o Golpe Militar de 1964. Além disso, cabe lembrar a prática da política café-com-leite, período em que Minas Gerais e São Paulo se revezaram no exercício do poder presidencial.

Muitos presidentes iniciaram sua vida política em Minas Gerais, fato que sugere a importância do estado na formação de referências políticas para o país. Alguns exemplos são Afonso Pena, Venceslau Brás, Arthur Bernardes, Delfim Moreira, Juscelino Kubitschek, Tancredo Neves e Itamar Franco. Governadores, deputados e senadores mineiros têm atuado como mediadores e interlocutores de processos de difícil negociação em nível nacional, reiterando a relevância mineira no cenário político federal (Governo de Minas; Macroplan, 2007).

4.2 Notas sobre a reestruturação fiscal e financeira do estado

Minas Gerais era o terceiro estado mais endividado na década de 1990. Na ausência dos velhos mecanismos de renegociação da dívida, viu-se incapaz de lidar com a restrição orçamentária e os desequilíbrios fiscais. Firmou um contrato com a União em 18 de fevereiro de 1998, comprometendo-se a cumprir seis metas, apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 4: Metas estabelecidas e alcançadas pelo estado de Minas Gerais, no período de 1998 a 2007, no âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira firmado com a União.

Descrição das metas	Períodos									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Meta 1: Relação Dívida Financeira/Receita Líquida Real anual										
<i>Meta estabelecida</i>	2,55	2,57	3,41	3,17	3,11	3,10	3,35	3,09	2,64	2,60
<i>Meta alcançada</i>	2,73	2,50	3,36	3,15	2,91	3,09	3,17	2,81	2,58	2,40
Meta 2: Resultado primário (em milhões de reais)										
<i>Meta estabelecida</i>	-800	-756	134	671	639	815	1.181	1.596	1.573	1.704
<i>Meta alcançada</i>	-1.018	429	49	-120	665	1.157	1.264	1.698	1.661	1.916
Meta 3: Relação percentual entre Despesa com Pessoal e Receita Corrente Líquida										
<i>Meta estabelecida</i>	79,00	76,00	73,00	70,80	67,98	69,14	63,59	61,20	60,49	60,00
<i>Meta alcançada</i>	79,00	73,00	75,00	74,50	69,26	67,17	61,01	56,10	58,59	59,64

Descrição das metas	Períodos									
Meta 4: Geração de receita própria pelo estado										
*Segundo a taxa percentual de crescimento real da arrecadação própria:										
	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>					
<i>Meta estabelecida</i>	12,80	5,00	3,80	10,20	1,12					
<i>Meta alcançada</i>	(1,70)	1,40	1,00	10,30	(4,79)					
*Segundo as receitas de arrecadação própria (em milhões de reais):										
	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>					
<i>Meta estabelecida</i>	13.313	14.499	17.104	20.002	21.704					
<i>Meta alcançada</i>	13.418	15.416	18.206	20.068	23.125					
Meta 6: relação percentual entre Despesas com Investimento e Receita Líquida Real										
	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
<i>Meta estabelecida</i>	20,00	14,00	9,00	13,00	10,02	5,09	4,96	8,41	13,12	12,85
<i>Meta alcançada</i>	16,00	6,00	8,00	10,00	7,38	3,02	6,52	10,90	13,17	12,43

Fonte: Elaborado a partir de Caldeira, 2008.

Obs.: A meta 5 foi descrita no corpo do texto.

No âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira, Minas Gerais renegociou uma dívida superior a dez milhões de reais com a União, assumindo a responsabilidade pelo cumprimento de tais metas durante 30 anos. Essa é a maior consequência do processo de endividamento: as restrições impostas pelo programa de renegociação da dívida, visando ao ajuste fiscal e financeiro.

A primeira meta estabeleceu os índices resultantes da relação Dívida Financeira/Receita Líquida Real anual, que devem ser alcançados enquanto o montante da Dívida Financeira for superior ou equivalente ao da Receita Líquida Real anual. Na tabela 4, estão dispostos os valores correspondentes a essa relação no período de 1998 a 2007. Percebe-se que, com exceção do ano de 1998, o estado conseguiu cumprir as metas. Segundo Caldeira (2008), o bom desempenho do estado, principalmente a partir de 2003, deve-se ao esforço fiscal realizado, com consequente melhora nos níveis de arrecadação.

A segunda meta disse respeito à produção de resultados primários positivos, ou seja, exigiu que o estado aumentasse a arrecadação e diminuísse as despesas. Observando a tabela 4, percebe-se que o estado não cumpriu a meta nos anos de 1998, 2000 e 2001. Segundo Caldeira (2008), o resultado deficitário de 1998 se deveu ao aumento dos gastos com pessoal e investimentos visando à melhoria da arrecadação. A autora afirma que o bom resultado do ano seguinte (1999) está relacionado à posse do novo governo (Itamar Franco), que efetuou cortes com custeio da máquina administrativa, gastos com pessoal e investimentos. A meta não foi atingida em 2000 porque o governo foi pressionado a recompor os gastos com as carreiras do funcionalismo público e investimentos, evidenciando que o resultado de 1999 foi obtido a um alto custo para os servidores e população. O déficit de 2001 foi atribuído à diminuição da arrecadação, consequência da redução da atividade econômica e consumo de energia naquele ano. Além disso, a pressão pelo aumento dos gastos se fez presente. Para a autora, os resultados de 2003 a 2007 refletem a melhoria na gestão dos gastos e na arrecadação (principalmente, do ICMS).

A terceira meta estabeleceu os índices da relação percentual entre os montantes da Despesa com Pessoal e da Receita Corrente Líquida que devem ser respeitados, conforme expressa a tabela 4. Pode-se perceber que as metas foram cumpridas em grande parte do período, inclusive, estando aquém do estabelecido por diversas vezes. É importante questionar em que medida tais resultados não foram demasiadamente pesados aos servidores. Para Caldeira (2008), os índices alcançados foram consequência da diminuição dos gastos com pessoal e melhoria na arrecadação. A autora relaciona os resultados obtidos, a partir de 2003, aos mecanismos instituídos pelo Choque de Gestão (do governo Aécio Neves). De acordo

com a mesma, o Choque de Gestão permitiu avanços na gestão de pessoal, com modernização das relações com os servidores públicos.

A quarta meta disse respeito à geração de receita própria pelo estado. No período de 1998 a 2002, tal meta foi medida por meio da taxa de crescimento real; a partir de 2003, passou a ser mensurada em valores correntes, como pode ser notado por meio da tabela 4. Percebe-se que nos anos de 1998 a 2002, as metas não foram cumpridas, à exceção de 2001. Esse resultado reflete o momento econômico do estado, que vivia a guerra fiscal, problemas com racionamento de energia e estagnação da economia. O contrário é observado no período que se segue (2003 a 2007), o qual apresenta alcance total das metas, em decorrência de um reaquecimento da atividade econômica no estado e uma arrecadação excepcional do ICMS. Segundo Caldeira (2008), a melhoria da arrecadação do ICMS foi decisiva para os índices alcançados, pois passou de 10,8 bilhões (em 2003) para 19 bilhões (em 2007). Na opinião da autora, várias ações foram necessárias para se obter o aumento da arrecadação, como se vê no trecho abaixo:

“Diversas vias foram percorridas para que se conseguisse fazer crescer as fontes tributárias. Incluem a regulamentação adequada da legislação tributária, a manutenção de serviços de atendimento aos contribuintes, a identificação eficaz do conjunto de pessoas e empresas que devem pagar tributos, o conhecimento e quantificação correta do montante da obrigação tributária devida até o controle da arrecadação, o combate à sonegação, com identificação e sanção do sonegador, a execução de ações de cobrança, a agilização da solução das pendências entre o fisco e o contribuinte e o aumento da consciência tributária da sociedade” (Caldeira, 2008, p. 17).

A quinta meta, inicialmente, estabelecia os montantes provenientes de alienações de ativos a serem realizadas. Entretanto, a partir de 2004, em face da ausência de ativos do estado que fossem representativos em termos de valor, a meta passou a ser expressa com o estabelecimento de compromissos anuais no âmbito do processo de desestatização, reforma administrativa e patrimonial, que resultassem em racionalização administrativa e/ou limitação de despesas. Segundo Caldeira (2008), todos os compromissos assumidos, a partir de 2004, foram cumpridos ou estão em execução. Segundo ela, apenas uma meta foi descumprida, quando em 2006, ao invés de limitar as Outras Despesas Correntes ao percentual de 17,89% da Receita Líquida Real, o percentual foi de 19,05%.

A sexta meta consistiu em limitar os gastos com investimentos a um determinado percentual da Receita Líquida Real. Pode-se notar que os investimentos foram inferiores às metas estabelecidas em grande parte do período, evidenciando que o ajuste fiscal e financeiro

foi feito mediante cortes nos investimentos, inclusive, nas políticas sociais. Apenas os anos de 2004 a 2006 apresentaram gastos com investimento acima do estabelecido, momento em que o governo Aécio Neves aumentou os investimentos, principalmente nas áreas de segurança pública, educação, saúde e transporte.

4.3 A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Os primeiros passos em direção ao estabelecimento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) foram dados em 1891, com a instituição da Secretaria do Interior do Estado de Minas Gerais, destinada a cuidar das questões de higiene e saúde pública. Em 1930, foi criada a Secretaria de Educação e Saúde Pública; para enfim, em 1948, ser instituída a Secretaria de Saúde e Assistência.

Mais recentemente, em 2003, a Lei Delegada n. 64 definiu a organização da SES-MG. Tal lei foi regulamentada pelo Decreto 43.241/2003, cujo texto foi parcialmente modificado em 2005, pelo Decreto 44.155. Essa lei foi revogada em 2007, com a promulgação da Lei Delegada n. 127, que mantém as finalidades e competências já estabelecidas, e introduz modificações sobre a estrutura orgânica da SES-MG e sua área de competência.

A Lei Delegada n. 127/2007 e o Decreto 44.479/2007²², que a regulamenta, são bastante sucintos. As competências das unidades que compõem a estrutura da secretaria deverão ser estabelecidas em decreto posterior. As finalidades e competências da SES-MG são:

“Art. 2º A Secretaria de Estado de Saúde tem por finalidade planejar, organizar, dirigir, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações setoriais a cargo do Estado relativas à prevenção, à preservação e à recuperação da saúde da população, competindo-lhe:

I - formular e coordenar a política estadual de saúde e supervisionar sua execução nas instituições que integram sua área de competência;

II - formular planos e programas em sua área de competência, observadas as determinações governamentais, em articulação com a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão;

III - gerenciar, coordenar, controlar e avaliar o Sistema Único de Saúde no Estado;

IV - participar da formulação e coordenar a execução e a política do Sistema Único de Saúde no Estado;

V - promover a descentralização para os municípios dos serviços e ações de saúde;

VI - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde no Estado;

22 O Decreto 44.479/2007 define as unidades que compõem a estrutura orgânica da SES-MG. A princípio, ele definia também a estrutura da Escola de Saúde Pública (ESP-MG), em seu artigo 2º, que foi revogado com a promulgação do Decreto 44.932/2008, que dispõe sobre a organização da ESP-MG. Hoje, o Decreto 44.479/2007 vigora com o acréscimo do inciso X em seu artigo 1º. Essa alteração foi promovida pelo Decreto 44.510/2007, definindo as Gerências Regionais de Saúde (GRSs) como parte integrante da estrutura da SES-MG.

- VII** - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação, nutrição e saúde do trabalhador;
- VIII** - participar, com órgãos afins, do controle dos agravos ao meio ambiente, que tenham repercussão na saúde humana;
- IX** - co-participar da formulação da política de saneamento básico;
- X** - participar das ações de controle e avaliação das condições e do ambiente do trabalho;
- XI** - formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos e equipamentos para saúde;
- XII** - coordenar as redes assistenciais de saúde nos âmbitos microrregional, macrorregional e estadual;
- XIII** - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que a integram;
- XIV** - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no Estado;
- XV** - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XVI** - promover a formação e o aperfeiçoamento dos profissionais da área de saúde;
- XVII** - exercer atividades correlatas” (Minas Gerais. Lei Delegada n. 127, 2007).

A nova lei define que a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), órgão autônomo, passa a integrar a área de competência da SES-MG. Além disso, a lei estabelece duas formas de relação entre a secretaria e os órgãos que integram sua área de competência, são elas: “por subordinação administrativa e por vinculação” (Minas Gerais. Lei Delegada n. 127, 2007). Pela primeira forma, integram a SES-MG, o Conselho Estadual de Saúde e a ESP-MG; pela segunda, estão ligadas à secretaria, a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (HEMOMINAS), a Fundação Ezequiel Dias (FUNED) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). A figura 2 apresenta a estrutura organizacional vigente da SES-MG.

A FUNED é a fundação mais antiga do estado, tendo sido criada em 1907, como filial do Instituto Manguinhos (hoje, Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz - RJ). Destina-se à produção de medicamentos e soros, à realização de pesquisas no campo da Saúde Pública²³ e às ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. A FHEMIG surgiu em 1977, como resultado da fusão de instituições hospitalares bastante diversas (hospitais de urgência, psiquiatria e antigas colônias de hanseníase). Hoje, corresponde à rede própria hospitalar do estado, atuando na assistência à saúde e formação de recursos humanos²⁴. A HEMOMINAS²⁵

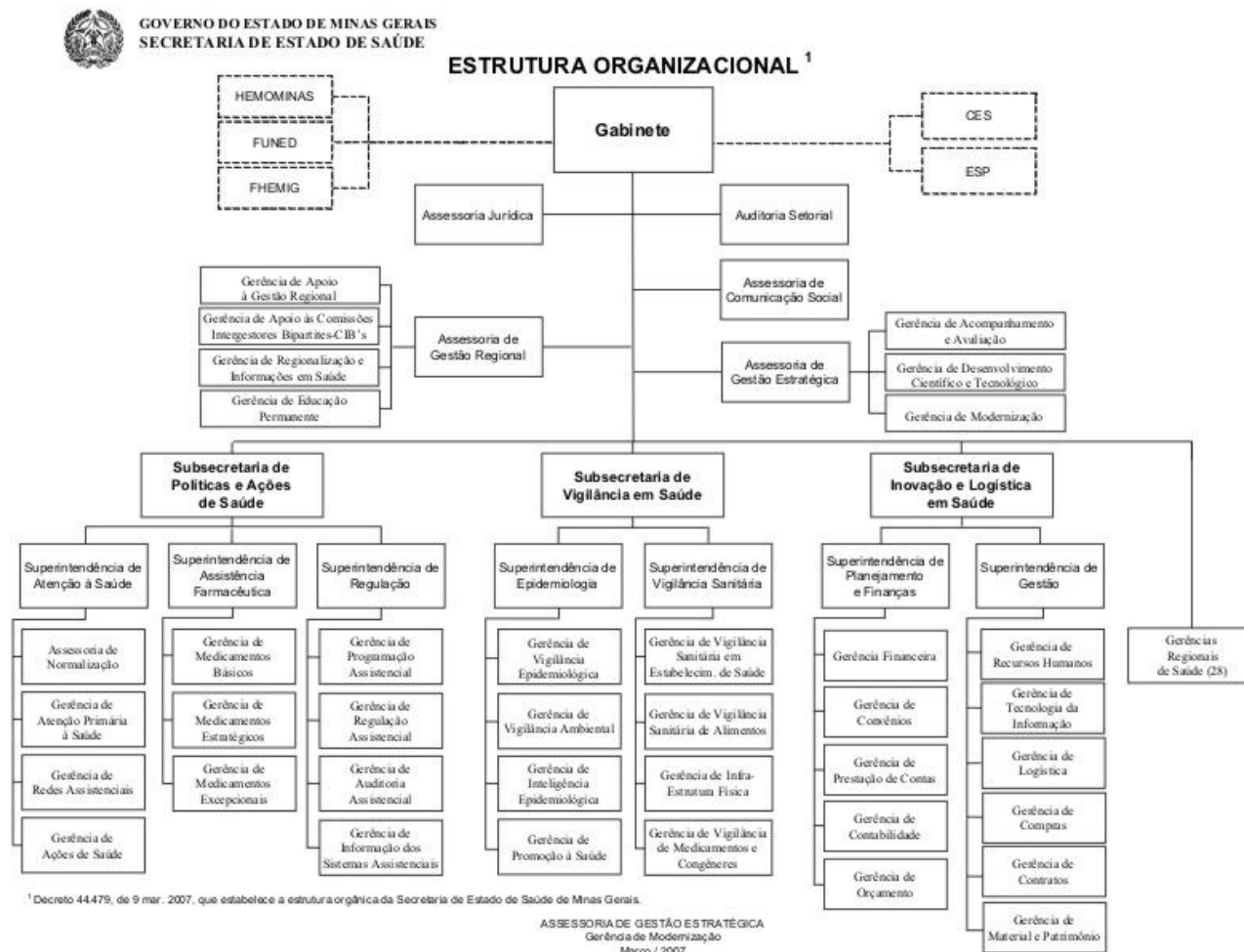
23 As áreas de pesquisa da FUNED são: “Bioquímica; Farmacologia; Imunologia; Virologia; Biologia Celular; Microbiologia; Morfologia; Zootecnia; Saúde Pública (desenvolvimento de kits de diagnósticos); Bioquímica e Química de Proteínas (desenvolvimento de biofármacos); Virologia (diagnóstico imunológico e molecular da dengue); e Biotecnologia (cultivo celular)” (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Funed, 2009).

24 A FHEMIG mantém 20 unidades hospitalares, estando onze situadas na capital e nove, no interior do estado (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. FHEMIG, 2009).

25 A HEMOMINAS possui 23 unidades hemoterápicas e responde por 87% das transfusões sanguíneas realizadas em Minas Gerais (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. HEMOMINAS, 2009).

é a fundação mais recente. Foi instituída em 1989, como um desmembramento da FHEMIG, sendo responsável pela execução da política de sangue do estado.

Figura 2: Estrutura organizacional da SES-MG conforme Lei Delegada n. 127/2007 e Decreto 44.479/2007.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Organograma da SES-MG, 2009.

Para falar da trajetória da SES-MG na regionalização, é válido recorrer ao estudo apresentado por Levcovitz (1997) em sua tese de doutorado. A partir da análise da documentação produzida pelas CIBs, num processo de acompanhamento das negociações desenvolvidas nessas instâncias pela Secretaria de Assistência a Saúde - Ministério da Saúde (SAS-MS) no período de 1994 a 1995, o autor delinea cinco modelos típicos de gestão da assistência à saúde nos estados brasileiros. Para essa classificação, baseia-se nas características centrais da divisão de competências e atribuições entre a SES e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Já nesse momento, Minas Gerais é identificado (ao lado do

Paraná), como possuidor de um “modelo de gestão municipalizado com ênfase na regionalização” (Levcovitz, 1997, p. 152).

As características deste modelo são: a) gestão do sistema descentralizada para municípios; b) gerência dos serviços localizados no município pelo gestor local; c) forte participação do estado em nível regional, enquanto coordenação e d) referência da clientela entre municípios acordada entre os gestores locais, com intermediação do estado (Levcovitz, 1997).

É importante ressaltar que estas características, por si só, não configuram um sistema regional, dados os conflitos de poder e interesses político-partidários que fazem parte das negociações entre essas esferas. A regionalização do sistema necessita da construção de um plano coerente e do monitoramento do mesmo pela esfera estadual. No entanto, é fundamental perceber a capacidade institucional acumulada neste estado, particularmente, no tocante à regionalização, desde antes das normativas legais do SUS apontarem nesse sentido.

4.4 Estrutura dos serviços de saúde em Minas Gerais: Breve panorama

Minas Gerais é o segundo estado²⁶ com o maior número de estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2009) - 24.822 estabelecimentos, o que representa 12,93% do total do país. Desses, a grande maioria é privada (17.236 estabelecimentos), e apenas 7.586 são públicos. Do total de estabelecimentos públicos: 7.422 são municipais, 141 estaduais e 23 federais. A tabela 5 apresenta a distribuição desses estabelecimentos segundo as 13 macrorregiões de saúde mineiras, definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nota-se a discrepância entre a concentração de estabelecimentos nas macrorregiões centro e sul em comparação com a macrorregião de Jequitinhonha, confirmando a diferença de poder econômico entre elas.

A maior parte dos estabelecimentos mineiros, independente da esfera administrativa a qual pertence, encontra-se sob responsabilidade do gestor municipal. Nenhum estabelecimento está sob gestão federal. A tabela 6 mostra que os estabelecimentos estão classificados em três tipos de gestão: municipal, estadual ou dupla. Há 27 estabelecimentos sem gestão ou, cuja gestão não foi informada ao CNES (2009). Cabe destacar que 61 estabelecimentos estaduais permanecem sob gestão do estado.

26 São Paulo possui o maior número de estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES (2009). São 44.601 estabelecimentos, ou seja, 23,23% do total de estabelecimentos cadastrados no país.

Tabela 5: Estabelecimentos de saúde cadastrados em Minas Gerais segundo macrorregião e esfera administrativa, em dezembro de 2008.

Macrorregião de Saúde	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Centro	7	42	1489	5756	7294
Sul	1	17	1283	3314	4615
Sudeste	2	15	682	1388	2087
Centro Sul	1	9	370	1194	1574
Triângulo do Norte	8	10	358	1192	1568
Leste	0	5	493	1063	1561
Oeste	1	6	479	997	1483
Norte de Minas	0	8	747	374	1129
Leste do Sul	1	6	304	592	903
Nordeste	0	5	414	473	892
Triângulo do Sul	1	8	342	411	762
Noroeste	0	7	313	386	706
Jequitinhonha	1	3	148	96	248
Total	23	141	7422	17236	24822

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), 2009.

Tabela 6: Estabelecimentos de saúde cadastrados em Minas Gerais segundo esfera administrativa e tipo de gestão, em dezembro de 2008.

Esfera Administrativa	Tipo de gestão				Total
	Dupla	Estadual	Municipal	Sem gestão	
Federal	2	2	19	0	23
Estadual	34	61	45	1	141
Municipal	1810	131	5466	15	7422
Privada	589	906	15730	11	17236
Total	2435	1100	21260	27	24822

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), 2009.

A tabela 7 traz um esboço de alguns dos serviços prestados em Minas Gerais em níveis primário, secundário e terciário de atenção. Percebe-se a prevalência do setor público em serviços ligados à atenção primária; grande presença dos prestadores privados em serviços de atenção secundária; importante participação dos filantrópicos na atenção hospitalar, seguidos pelo setor privado; e a presença maciça dos prestadores públicos no atendimento de urgência e emergência.

Tabela 7: Tipos de estabelecimentos de saúde cadastrados em Minas Gerais segundo prestador, em dezembro de 2008.

Tipo de Estabelecimento	Público	Filantrópico	Privado	Sindicato	Total
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	3973	10	73	10	4066
Posto de Saúde	1178	0	31	3	1212
<i>Sub-total</i>	5151	10	104	13	5278
Clínica especializada/Ambulatório especializado	356	136	2346	4	2842
Policlínica	178	9	67	0	254
<i>Sub-total</i>	534	145	2413	4	3096
Hospital geral	114	288	187	0	589
Hospital especializado	13	13	63	0	89
Hospital dia	5	1	40	0	46
<i>Sub-total</i>	132	302	290	0	724
Pronto socorro geral	87	0	4	0	91
Pronto socorro especializado	3	0	1	0	4
<i>Sub-total</i>	90	0	5	0	95
Total	5907	457	2812	17	9193

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), 2009.

Tabela 8: Leitos de internação segundo especialidade e disponibilidade ao SUS em Minas Gerais, em dezembro de 2008.

Especialidade	Leitos existentes	Leitos-SUS	
		N	%
Clínicos	16043	12152	75,7
Cirúrgicos	10468	7020	67,1
Pediátrico	6056	4977	82,2
Outras especialidades	5951	4570	76,8
Obstétrico	4967	3732	75,1
Complementares	3631	2524	69,5
Hospital/DIA	589	344	58,4
Total	47705	35319	-

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), 2009.

Existem 47.705 leitos de internação nas diversas especialidades em Minas Gerais, conforme mostra a tabela 8, dos quais 74% são leitos-SUS. O maior percentual de leitos-SUS se encontra entre os leitos pediátricos (82,2%); seguido pelos leitos classificados como “outras especialidades” (a maioria psiquiátricos, havendo também leitos crônicos, de

reabilitação e tisiologia). Cabe destacar que cerca de 70% dos leitos complementares (Unidades de Terapia Intensiva e Intermediária) são leitos-SUS, bem como 75,7% dos leitos clínicos e 67,1% dos cirúrgicos. A menor proporção de leitos disponíveis ao SUS está no hospital-dia, onde 58,4% são leitos-SUS.

Tabela 9: atendimentos ambulatoriais prestados em Minas Gerais, por macrorregiões de saúde, em 2008.

Macrorregião de Saúde	Quantidade aprovada	Quantidade apresentada
Centro	108.314.669	112.008.824
Sul	36.871.051	39.808.238
Norte de Minas	28.220.943	30.085.879
Sudeste	23.961.411	27.470.517
Leste	22.811.720	24.246.981
Triângulo do Norte	22.226.457	22.876.563
Oeste	18.498.709	20.085.049
Leste do Sul	10.884.241	14.239.357
Triângulo do Sul	13.094.858	13.583.858
Nordeste	12.495.749	13.990.837
Centro Sul	11.096.963	11.379.101
Noroeste	8.931.463	10.375.000
Jequitinhonha	4.341.895	4.843.522
Total	321.750.129	344.993.726

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), 2009.

Tabela 9b: atendimentos ambulatoriais prestados em Minas Gerais, segundo tipo de prestador, em 2008.

Tipo de prestador	Quantidade aprovada	Quantidade apresentada
Federal	5.293.029	5.316.647
Estadual	59.767.323	61.010.537
Municipal	217.795.076	236.108.707
Privado	38.894.701	42.557.835
Total	321.750.129	344.993.726

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), 2009.

A tabela 9 retrata a realidade dos atendimentos ambulatoriais em cada macrorregião de saúde do estado. Nota-se que a maior parte dos atendimentos é realizada nas regiões economicamente mais desenvolvidas e que concentram a maior parte da população (macrorregiões centro e sul) (FJP, 2009). No entanto, cabe destacar a macrorregião norte, que possui um perfil econômico e demográfico bem diferente das anteriores, mas apresenta grande

produção ambulatorial em 2008, o que pode guardar relação com os investimentos estaduais nessa região. A tabela 9b revela a importância do setor público na prestação de serviços ambulatoriais, já que apenas uma pequena parte deles é privada. Também pode-se notar a descentralização desses serviços para os municípios, os maiores prestadores em 2008.

Tabela 10: Internações hospitalares realizadas em Minas Gerais, por macrorregiões, em 2008.

Macrorregião de Saúde	AIH pagas	Internações
Centro	344.594	337.609
Sul	160.401	157.150
Sudeste	127.336	120.929
Norte de Minas	93.669	93.669
Leste	78.135	78.129
Triângulo do Norte	66.778	66.605
Oeste	54.926	53.143
Nordeste	50.772	50.772
Centro Sul	48.852	44.298
Triângulo do Sul	39.976	39.620
Leste do Sul	35.874	35.874
Noroeste	27.018	27.018
Jequitinhonha	17.921	17.921
Total	1.146.252	1.122.737

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), 2009.

Tabela 10b: Internações hospitalares realizadas em Minas Gerais, segundo regime de prestação, em 2008.

Regime de prestação	AIH pagas	Internações
Público	322.836	313.982
Privado	823.323	808.662
Ignorado	93	93
Total	1.146.252	1.122.737

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), 2009.

A tabela 10 apresenta um panorama das internações hospitalares nas diversas macrorregiões de saúde de Minas Gerais. Percebe-se que o maior número de internações ocorre nas macrorregiões centro e sul, de modo semelhante ao que se vê na tabela 9 sobre os atendimentos ambulatoriais. Comparando-se as tabelas 9b e 10b, é possível perceber que, ao contrário do que ocorre na área ambulatorial, a participação do setor privado no campo das

internações hospitalares é muito importante. Acredita-se que grande parte das internações em regime de prestação privado ocorra em leitos privados conveniados ao SUS, já que a tabela 8 mostra que apenas 26% dos leitos disponíveis no estado não são leitos-SUS.

Embora a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) seja gestora de unidades hospitalares presentes em municípios não habilitados para tal função, não se configura como prestadora direta de serviços nessas localidades. Atua na prestação de serviços via administração indireta por meio da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), o que será melhor abordado no próximo capítulo.

5 PAPEL DO GESTOR ESTADUAL NA REGIONALIZAÇÃO DO SUS EM MINAS GERAIS

O estado de Minas Gerais possui uma concepção ampla sobre a regionalização. É consenso entre os técnicos e dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), bem como entre os representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG), a importância da regionalização para o planejamento, formulação, implementação e avaliação de políticas e programas na saúde, uma vez que ela reconhece as diferenças entre as regiões do estado, favorecendo a adoção de medidas que minimizem a iniquidade no acesso.

Este capítulo pretende apresentar as estratégias e instrumentos utilizados pela SES-MG na condução da regionalização. O avanço da regionalização está relacionado à capacidade do gestor estadual em desempenhar funções específicas em cada uma das quatro macrofunções do Estado na saúde²⁷, diante disso, elas nortearão essa discussão²⁸.

5.1 Atuação do gestor estadual na formulação de políticas e planejamento regional

A atuação da SES-MG na formulação de políticas e planejamento regional é norteadada por três instrumentos de planejamento governamental: o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), o Plano Plurianual de Ações de Governo (PPAG) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses três instrumentos de planejamento articulados contêm as diretrizes para a ação de todos os setores do governo, sendo elaborados pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG), com a colaboração dos setores operacionais.

Elaborado em 2004 e revisado em 2007²⁹, o PMDI constitui o plano estratégico do governo, apresentando uma visão de futuro em diferentes cenários (do pessimista ao otimista). Estabelece as estratégias que devem ser seguidas para que o estado alcance os “melhores resultados”, em longo prazo, nos planos econômico e social. Está dividido em áreas de resultados³⁰, a partir das quais são definidos os objetivos estratégicos, resultados finalísticos e ações para se alcançar as metas previstas em 2023.

27 Para maiores detalhes, consultar capítulo 3 - seção 3.2.

28 Conforme explicitado no capítulo 1 - seção 1.2.

29 O PMDI (2004-2007) começou a ser elaborado em 2003, quando tomou posse o novo governo do estado. Nesse momento, a regionalização do SUS ganhou força institucional, pois o plano a previu como macroestratégia para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Ao ser reeleito, o governo revisou o plano (PMDI 2007-2023), mas os objetivos e projetos iniciais foram mantidos, preservando a continuidade do processo.

30 As áreas de resultados representam aquelas prioritárias para o governo, nas quais serão concentrados os maiores esforços e recursos. Segundo o PMDI, a função das áreas de resultados é “organizar as transformações

A SES-MG está inserida na área de resultados “Vida Saudável”, da qual nascem os objetivos e metas a serem perseguidos por ela, bem como as ações que deve desenvolver. Tais objetivos são: “1) Universalizar o acesso à atenção primária e reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde; 2) Reduzir a mortalidade materno infantil; 3) Ampliar a longevidade da população com doenças do aparelho circulatório e diabetes; 4) Aumentar a eficiência alocativa e a otimização do sistema de atenção à saúde; 5) Promover hábitos de vida saudável; e 6) Ampliar o acesso ao saneamento básico” (Minas Gerais, 2007, p. 32). Para cada um desses objetivos, o PMDI estabelece metas (resultados finalísticos), acordadas com a SES-MG, sugerindo iniciativas prioritárias que constituem a base para o desenvolvimento do PPAG.

O PPAG define os projetos e programas necessários para se alcançar os objetivos de cada área de resultados, partindo da realidade do estado. Segundo o PPAG, existem Projetos estruturadores, Programas associados e Programas especiais (Minas Gerais, 2004). Os primeiros dão estrutura ao sistema, sendo fundamentais para a conquista dos objetivos estratégicos e desenvolvimento dos programas; os segundos colaboram para o alcance dos objetivos estratégicos; e os terceiros são os programas que impactam indiretamente os objetivos estratégicos do governo.

Para que os objetivos estratégicos citados acima se tornem reais, os seguintes Projetos estruturadores estão sob responsabilidade da SES-MG: Rede Viva Vida, Saúde em Casa, Regionalização da Atenção à Saúde, Saneamento Básico e Minas Esportes³¹. O Projeto estruturador Regionalização da Atenção à Saúde abriga outros projetos: Rede de Urgência e Emergência, Pro-Hosp (Programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS), SUS Fácil (Sistema Estadual de Regulação Assistencial), Sistema Estadual de Transporte em Saúde e Aperfeiçoamento da Gestão Microrregional. Com o mesmo intuito, os Programas associados sob responsabilidade da SES-MG são: Rede Mais Vida, Rede Hiperdia e Farmácia de Minas. Os Programas especiais correspondem aos demais programas da SES-

almejadas, de forma qualitativa e quantitativa. (...) Cada Área de Resultados será alvo da intervenção de, pelo menos, um Grupo de Projetos Estruturadores” (Minas Gerais, 2007, p. 27-28).

31 Os objetivos de tais Projetos estruturadores são: 1) *Rede Viva Vida* visa reduzir a mortalidade infantil por meio do planejamento familiar, da atenção ao pré-natal, parto, puerpério, ao recém-nascido e à criança até um ano de idade. 2) *Saúde em casa* objetiva ampliar a oferta e a qualidade de serviços de atenção básica a população com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família. 3) *Regionalização da Atenção à saúde* pretende adequar a oferta de serviço à demanda de saúde da população, por região assistencial, possibilitando o atendimento ao cidadão o mais próximo de seu município de residência. 4) *Saneamento Básico* se propõe a ampliar a cobertura dos sistemas de abastecimento público de água, de coleta de esgoto sanitário e de coleta e destinação final de lixo; incrementar o tratamento de esgotos; melhorar a qualidade dos serviços de saneamento básico e as condições sanitárias das famílias de baixa renda. 5) *Minas Esportes* objetiva promover o desenvolvimento físico e beneficiar a saúde por meio da prática de esportes (Minas Gerais, 2004).

MG, que possuem grande relevância para a Saúde Pública e colaboram de forma indireta para o êxito das metas acordadas.

Os documentos analisados sugerem que a proposta da regionalização na saúde em Minas Gerais está ancorada em uma política do governo (PMDI), motivo pelo qual, na opinião dos dirigentes da própria SES-MG, sua implantação acaba sendo fortalecida no estado. Conduzir a regionalização é uma decisão do gestor estadual e um compromisso assumido pela SES-MG com a direção do governo. O papel a ser desempenhado pela secretaria é o de induzir e impulsionar a regionalização por meio de políticas específicas, com a responsabilidade de definir diretrizes, acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento desse processo, em âmbito municipal e regional, realizando os ajustes e investimentos necessários.

A regionalização é entendida como um princípio estruturador do sistema de saúde, que visa estabelecer uma base territorial para a descentralização das ações e serviços. Três estratégias são utilizadas para a promoção da regionalização: 1) Elaboração, implantação e avaliação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); 2) Estímulo e apoio técnico à gestão microrregional; e 3) Constituição das redes de atenção. Tais estratégias estão interrelacionadas, pois o PDR define os territórios sanitários; os quais são espaços de implantação da gestão micro e macrorregional por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) Microrregionais e Macrorregionais³²; que por sua vez, exercem a governança sobre as redes de atenção instaladas e elaboram os Planos Micro e Macrorregionais, os quais servirão para definir o investimento e custeio necessários à estruturação dessas redes.

Na visão dos entrevistados, dois modelos de organização territorial convivem em Minas Gerais: uma divisão político-administrativa, histórica no estado³³ e definida por interesses e pressões políticas; e uma divisão assistencial, planejada a partir de 1999 e proposta pelo PDR. Quando um município pertence administrativamente a uma gerência e, assistencialmente a uma micro ou macrorregião que não tem correspondência com ela,

32 As CIBs Micro e Macrorregionais foram previstas pelo PDR em 2003 e, instituídas pela Deliberação 095 de 17 de maio de 2004. Essa Deliberação definiu as competências de cada uma dessas instâncias e norteou sua implantação. De acordo com o PDR, 13 CIBs Macrorregionais e 75 CIBs Microrregionais foram criadas. Após a assinatura do Pacto pela Saúde (2006) pelo estado, em 2007, as CIBs Microrregionais passaram a ser denominadas Colegiados de Gestão Regional, como forma de se adequar às exigências da nova normativa ministerial. Contudo, existem divergências entre SES-MG e COSEMS-MG sobre a exata correspondência entre as antigas e as novas instâncias. Para o COSEMS-MG, prevalece um viés burocrático sobre essa associação, e não uma relação centrada na real capacidade técnica das CIBs Microrregionais em desenvolver as funções previstas no Pacto pela Saúde (2006) para os Colegiados de Gestão Regional.

33 O primeiro território político-administrativo foi criado em 1971, por desconcentração do poder do estado, e o último em 2004. Nesse momento, o estado era o grande executor dos serviços de saúde, cabendo a esses órgãos regionais a responsabilidade de gerenciar as unidades estaduais presentes no seu território.

ocorrem conflitos no plano do planejamento e avaliação das pactuações entre os gestores. Um dos desafios a ser superado para o avanço da regionalização no estado é a compatibilização dessas divisões territoriais.

Atualmente, 28 Gerências Regionais de Saúde (GRSs) conformam a divisão político-administrativa do estado, com a função de representar a coordenação estadual junto aos municípios. De acordo com os entrevistados, a organização e funcionamento dessas gerências não seguem um padrão linear, de modo que algumas possuem maior capacidade técnica do que outras³⁴.

Um dos pontos fortes da condução da regionalização pelo gestor estadual em Minas Gerais está relacionado à metodologia de construção do PDR, sintetizada no quadro 7. Esse processo foi beneficiado pela permanência de uma equipe técnica³⁵ capacitada ao longo das mudanças de governo, fato fundamental para a continuidade e aperfeiçoamento do processo desde 1999 até os dias atuais.

Tal metodologia constitui um importante mecanismo para a articulação dos municípios em micro e macrorregiões, uma vez que envolve várias rodadas de negociação com os gestores municipais. Os achados desta pesquisa mostram que a SES-MG investiu cerca de dois anos na realização de estudos sobre fluxos de referências intermunicipais, capacidade instalada para prestação de serviços nos municípios, levantamento de áreas com carências assistenciais, acesso viário e geográfico e, enfim, a definição do modelo de regionalização a ser adotado³⁶. Durante esse tempo, apresentou os conceitos e definições elaborados aos municípios, de modo a buscar consensos, estabelecer pactos e contornar problemas advindos da multipolarização de interesses locais. Estiveram envolvidos nesse processo de negociação, o COSEMS-MG e o Conselho Estadual de Saúde.

34 Reconhecendo a necessidade de reestruturação das GRSs, a SES-MG possui um projeto com esse fim. Duas instituições estão apoiando esse projeto por meio de consultoria (Instituto de Desenvolvimento Gerencial e Fundação Cristiano Otoni). A meta é redefinir o organograma das GRSs de acordo com um modelo-padrão que reflita as funções que ela deve cumprir, redimensionar os recursos humanos disponíveis (e realizar novos concursos, se necessário) e adequar o espaço físico das gerências de acordo com os critérios anteriores.

35 Desde 1999, Iveta Malachias é responsável pela coordenação dessa equipe.

36 O documento base para a definição desse modelo foi chamado “Organização dos serviços assistenciais segundo níveis crescentes de complexidade tecnológica”, aprovado na CIB de 14 de novembro de 2000. A partir dele foi elaborada a “Tipologia assistencial hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais”.

Quadro 7: Metodologia de construção do Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais.

Etapas	Metodologia de construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) em Minas Gerais
<i>Etapa 1</i>	Levantamento de dados de produção e bibliografia para definição da proposta.
<i>Etapa 2</i>	Definição dos modelos de regionalização e de atenção à saúde: níveis e principais conteúdos.
<i>Etapa 3</i>	Discussão e aprovação desta modelagem básica com o COSEMS-MG e Conselho Estadual de Saúde (CES).
<i>Etapa 4</i>	Levantamento e análise da produção e dos fluxos ambulatoriais e hospitalares, objetivando identificação preliminar dos municípios-pólo e periféricos conforme “Modelo de Atenção” proposto: 4.1. Por municípios, conforme porte populacional e situação socioeconômica: produção de serviços; capacidade instalada; internação de residentes e não residentes; 4.2. Análise do perfil de atendimento dos serviços hospitalares e ambulatoriais em relação ao “Modelo de Atenção” estimado, com destaque dos serviços mais emblemáticos; 4.3. Análise da composição entre condições sócio-demográficas e perfil de atendimento por conjuntos de municípios: 4.3.1. Seleção dos municípios-pólo em potencial; 4.3.2. Avaliação do fluxo dos serviços mais emblemáticos por municípios-pólo; 4.3.3. Identificação preliminar dos municípios-pólo e municípios periféricos – 1ª proposta de microrregiões.
<i>Etapa 5</i>	Pré-definição dos espaços micro e macrorregionais, e apresentação da proposta preliminar em reuniões de discussão: 1ª) Conselhos Municipais de Saúde, Gerências Regionais de Saúde (GRSs) e COSEMS-MG; 2ª) Discussão local conduzida pelas GRSs.
<i>Etapa 6</i>	Adscrição dos municípios por micro/macrorregião, com discussão em comissão bipartite.
<i>Etapa 7</i>	Descrição mais detalhada dos procedimentos por nível atenção – elencos ou “perfil ideal” de serviços esperado por nível de regionalização: pesquisa e validação pelas áreas técnicas e por programa.
<i>Etapa 8</i>	Elaboração final do PDR (modelo assistencial e adscrição dos municípios por micro e macrorregião).
<i>Etapa 9</i>	Aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CES.
<i>Etapa 10</i>	Aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Fonte: Malachias, 2008.

O primeiro PDR foi aprovado em 2001 e revisado em 2003, data da posse do novo governo. Tratou-se de um momento importante para a regionalização do SUS no estado, pois ela foi fortalecida institucionalmente³⁷ quando reconhecida como uma política de governo por meio do PMDI. As bases do plano foram mantidas, e as principais inovações dizem respeito aos critérios para demarcação das regiões que, a partir de 2003, são: contigüidade geográfica, acessibilidade geográfica e viária, escala e escopo. Para ganho de escala, o estado definiu que as microrregiões devem ter no mínimo 150 mil habitantes; e para garantir a acessibilidade, a distância do município em relação ao pólo deve ser 150 Km em vias pavimentadas ou, 2 horas em vias não-pavimentadas (tendo, como ideal, o tempo de 1 hora e 20 minutos).

Quadro 8: Análise comparativa entre os Planos Diretores de Regionalização 2001-2004 e 2003-2006.

<i>PDR – 2001 a 2004</i>	<i>PDR – 2003 a 2006</i>
Princípios: <ul style="list-style-type: none"> • Qualidade da atenção; • Acessibilidade. 	Princípios: <ul style="list-style-type: none"> • Qualidade da atenção; • Economia de escala; • Economia de escopo; • Acessibilidade.
Diretrizes: <ul style="list-style-type: none"> • Organização de Redes Assistenciais; • Equidade; • Racionalidade; • Otimização de recursos; • Subsidiar PDI e PPI. 	Diretrizes: <ul style="list-style-type: none"> • Priorização de redes assistenciais: Viva Vida, Urgência e Emergência, entre outras; • Expansão da atenção primária e PSF; • Equidade; • Racionalidade; • Otimização de recursos; • Subsidiar PDI e PPI. <p style="text-align: center;">PDR = Projeto estruturador</p>
Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> • Prioriza a qualificação de microrregiões, o que exige habilitação de todos os municípios em GPABA. Assim, microrregiões com menor número de municípios teriam maior probabilidade de qualificação. Esta estratégia da CIB não valorizou a escala; • Prevê organização e descentralização. 	Estratégias: <ul style="list-style-type: none"> • Prioriza escala, escopo e acesso; • Prioriza o fortalecimento da gestão microrregional e controle social; • Realização de oficinas para divulgação dos conceitos fundamentais do PDR e formação de consensos; • Prevê organização e descentralização.
Crítérios: <ul style="list-style-type: none"> • Fluxo; • Acessibilidade (sem definição de critérios); • Níveis de densidade tecnológica crescentes: Cinco níveis. 	Crítérios: <ul style="list-style-type: none"> • Fluxo; • Acessibilidade (Técnica e definição de critérios segundo Ezequiel Paz); • Níveis de densidade tecnológica crescentes: Três níveis; • Escala versus condições geográficas e viárias.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Gerência de Regionalização e Informações em Saúde, 2008.

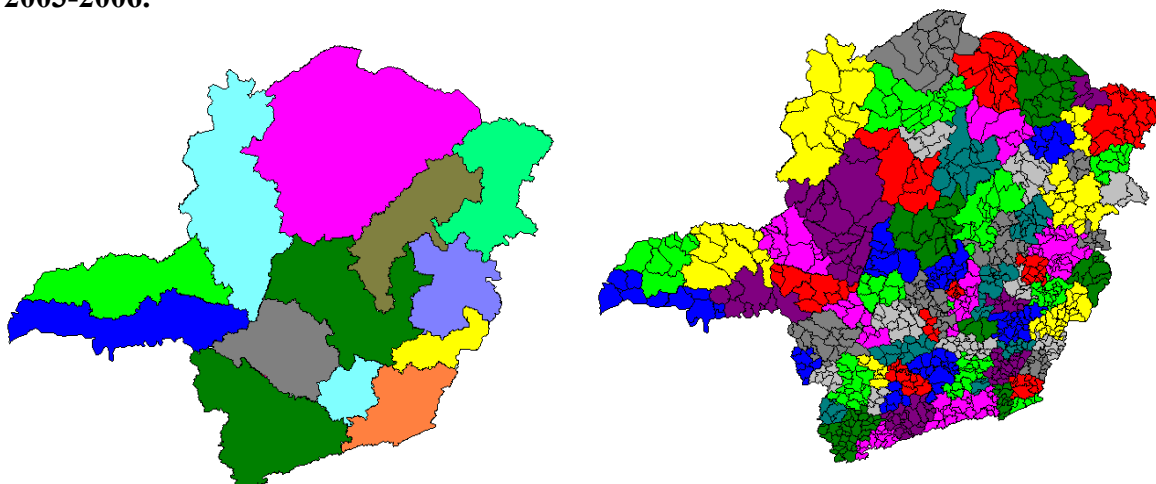
37 O fortalecimento institucional tem relação com a elaboração do PMDI, já que a regionalização foi inscrita como estratégia fundamental para promoção da equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais do SUS. Uma vez prevista no PMDI, a regionalização tem recursos humanos e financeiros garantidos, mesmo em tempos de restrição orçamentária. No entanto, é possível pensar em uma fragilidade do processo de articulação da saúde com o desenvolvimento de outros setores em longo prazo, pois os territórios não são coincidentes.

O número de microrregiões foi reduzido de 95 (no PDR 2001-2004) para 75 (no PDR 2003-2006), no intuito de atender aos critérios de escala. No entanto, todos os municípios que eram pólos, continuaram sendo. Assim, seguindo a idéia de complementaridade, 20 microrregiões são multipolares e há 24 pólos-microrregionais complementares. Contudo, a SES-MG reconhece que o usual seria que houvesse um pólo por microrregião, mas entende que esta peculiaridade faz parte do processo político de implementação do PDR. Tal fato evidencia a forma como a SES-MG lidou com questões vinculadas a interesses divergentes na condução da política, acomodando a fragmentação de poder entre municípios no processo de regionalização. Para cada microrregião, foi constituída uma CIB Microrregional, de forma que o estado conta com 75 CIBs Microrregionais.

O número de macrorregiões expandiu de 7 (no PDR 2001-2004) para 13 (no PDR 2003-2006). Duas macrorregiões são multipolares (Macro-Sul e Macro Leste do Norte), de modo que o estado possui 18 pólos-macrorregionais, de acordo com a mesma noção de complementaridade. Uma CIB Macrorregional foi constituída em cada macrorregião, de modo que o estado possui 13 CIBs Macrorregionais.

O desenho regional vigente em Minas Gerais pode ser observado na figura 3.

Figura 3: Macrorregiões e microrregiões segundo o Plano Diretor de Regionalização 2003-2006.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Gerência de Regionalização e Informações em Saúde, 2008.

Segundo o PDR, uma região é “um espaço para organização de redes assistenciais segundo níveis de atenção à saúde, estabelecidos a partir da atenção primária e referências, conforme um elenco de serviços esperados por nível de regionalização. Há perfis de oferta de

serviços diferenciados, calculados a partir destes elencos, conforme as bases demográficas por espaço/região” (Malachias, 2008).

A partir da análise documental realizada, pode-se afirmar que, no modelo regional estabelecido em Minas Gerais, cada recorte territorial (município, microrregião e macrorregião) respeita os limites político-administrativos dos municípios. Diferentes espaços regionais são responsáveis por níveis de atenção diversos (primária, secundária e terciária). Esse modelo determina a divisão de responsabilidades entre os municípios, de acordo com o papel ocupado por eles no desenho regional.

Sendo assim, o PDR definiu que todos os municípios são responsáveis pela atenção primária; os municípios-pólo de microrregiões devem oferecer atenção secundária (com alguns procedimentos de alta complexidade mais frequentes); e os municípios-pólo de macrorregiões devem ofertar atenção terciária (com alguns procedimentos de média complexidade, cuja ocorrência seja mais rara).

De acordo com os dirigentes e técnicos da SES-MG, cada nível de atenção (primário, secundário, terciário) possui um grupo de procedimentos, clínicas e serviços denominado elenco³⁸. Esse elenco corresponde a um padrão ideal de referência, sendo desenhado de acordo com as linhas-guia e as modelagens das redes de atenção à saúde. Os elencos esperados por nível de atenção constituem a Carteira de Serviços de um município, microrregião ou macrorregião. Quando um serviço esperado não é oferecido no nível regional devido, tem-se uma área com carências assistenciais (chamadas vazios assistenciais). Tais áreas devem ser alvos do Plano Diretor de Investimentos (PDI), com base nos Planos Micro e Macrorregionais. Segundo os representantes da SES-MG entrevistados, após os investimentos, espera-se que as antigas áreas de vazios assistenciais sejam capazes de reter a população que necessita de atendimento, seja em nível micro ou macrorregional. Essa capacidade de retenção é monitorada pela SES-MG como um indicador da resolubilidade dessas regiões, podendo também servir de parâmetro para avaliação do acesso aos serviços de saúde³⁹.

38 O elenco de procedimentos a ser oferecido por nível de atenção em Minas Gerais foi determinado por meio de estudos conduzidos pela SES-MG. Desta forma, ficou estabelecido que o segundo nível de atenção deveria incluir procedimentos de alta complexidade cuja frequência de uso fosse alta ou que, pela natureza do procedimento, exigisse maior proximidade ao usuário, como por exemplo: tomografia, terapia renal substitutiva e unidade de terapia intensiva neonatal. Seguindo lógica similar, o terceiro nível de atenção deveria incorporar procedimentos de média complexidade cuja frequência de uso fosse baixa, permitindo maior acúmulo de mão-de-obra especializada em determinados centros, visando melhoria da qualidade da atenção. Entre os procedimentos do terceiro nível de atenção estão: ressonância magnética, quimioterapia, radioterapia, litotripsia, cirurgia cardíaca e transplante (Malachias, 2008).

39 Este assunto será melhor abordado na seção 5.3 deste capítulo, que trata do papel da SES-MG na regulação da regionalização do SUS.

Portanto, os achados do estudo evidenciam que o PDR mineiro está pautado em critérios definidos pela SES-MG e consensuados com os gestores municipais, baseia-se na determinação de regiões auto-suficientes para cada nível de complexidade, bem como na separação de papéis entre os entes.

A implantação do PDR é um processo complexo, uma vez que são vários os dilemas federativos e desafios para a atuação do gestor estadual na regionalização⁴⁰. Esse fator condiciona o avanço desse processo e faz com que ele apresente graus variados de implantação no estado. Existem regiões mais preparadas do ponto de vista gerencial e assistencial do que outras, bem como não existem regiões completas segundo a imagem-objetivo estabelecida pelo PDR, conforme informação obtida por meio das entrevistas realizadas com dirigentes e técnicos da SES-MG e COSEMS-MG.

Um dos instrumentos mais potentes para implantação do PDR é o estabelecimento de arranjos intergovernamentais de gestão compartilhada, motivo pelo qual a segunda estratégia para promoção da regionalização é o estímulo e apoio à gestão microrregional. Avanços na capacidade de gestão microrregional estão diretamente relacionados ao fortalecimento das instâncias de mediação e negociação intergestores.

O estado possui três estruturas principais: as GRSs, as CIBs Micro e Macrorregionais⁴¹. No seu âmbito de ação, essas instâncias devem apoiar o processo de regionalização cumprindo atividades relacionadas: ao planejamento e programação das ações e serviços de saúde, tais como identificação de necessidades, definição de prioridades e elaboração de planos locais, micro e macrorregionais, em consonância com os princípios e diretrizes do PDR; e à regulação, oferecendo cooperação e apoio técnico aos municípios, e realizando fiscalização, controle e avaliação dos serviços (e seus prestadores) e do sistema microrregional⁴².

Segundo representantes da SES-MG e do COSEMS-MG, a instituição das CIBs Microrregionais representou inovação e avanço do processo de regionalização. Conforme os mesmos, essa instância constitui um instrumento para enfrentar a intensa fragmentação de poder e interesses advinda do número considerável de municípios do estado, pois permite que todos os municípios se reúnam, microrregionalmente, para negociar e discutir até alcançar o

40 Tais temas foram abordados com maiores detalhes nos capítulos 2 (seção 2.2) e 3 (seção 3.2).

41 Além dessas, outras estruturas podem ser citadas como instrumentos para o fortalecimento da regionalização no estado, embora tenham um papel de menor destaque: 1) Consórcios Intermunicipais de Saúde; 2) Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) Regionais; e 3) Conselhos Microrregionais de Saúde.

42 Embora SES-MG e COSEMS-MG concordem que as GRSs, as CIBs Micro e Macrorregionais devam exercer papéis relativos ao planejamento e regulação micro e macrorregional, não existe um consenso entre os dois órgãos sobre a real capacidade dessas instâncias para o cumprimento efetivo dos mesmos.

consenso. De acordo com alguns entrevistados, as CIBs Micro e Macrorregionais visam aumentar a governabilidade do estado, que possui presença paritária com os municípios nesses espaços, ampliando sua capacidade de conduzir as políticas de saúde. O quadro 9 traz as atribuições de cada uma dessas instâncias, conforme definição da Deliberação CIB-SUS/MG nº 095, de 17 de maio de 2004.

Quadro 9: Atribuições das Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais em Minas Gerais, segundo Deliberação CIB-SUS/MG nº 095, de 17 de maio de 2004.

Atribuições da CIB Microrregional	Atribuições da CIB Macrorregional
Cabe à CIB Microrregional, decidir sobre: 1) Atenção Básica; 2) Média complexidade assistencial; 3) Baixa complexidade da Vigilância Sanitária e Vigilância à Saúde; 4) Outras ações e políticas de saúde microrregionais.	Cabe à CIB Macrorregional, decidir sobre: 1) Alta complexidade; 2) Alta e média complexidade da Vigilância Sanitária e Vigilância à Saúde; 3) Questões relacionadas à Ciência e Tecnologia; 4) Formação e Educação Permanente; 5) Outras ações e políticas de saúde macrorregionais.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Comissão Intergestores Bipartite, 2008a.

As CIBs Micro e Macrorregionais constituem mecanismos importantes para a gestão compartilhada descentralizada. De acordo com os entrevistados, esses espaços possibilitam a apropriação, pelos municípios, da idéia de pertencimento a uma região de atenção à saúde além dos seus limites territoriais, favorecendo a cooperação e complementaridade nas ações e serviços de saúde. Tais espaços são fundamentais para a discussão de problemas comuns relacionados à eficiência, escala e escopo, acessibilidade, gestão horizontal e vertical e à definição de papéis e responsabilidades dos diferentes municípios de uma região, como também do estado.

Em um esforço bipartite, SES-MG e COSEMS-MG promoveram oficinas de capacitação nos âmbitos micro e macrorregionais. A fonte de financiamento dessas atividades foram os incentivos federais aprovados para o estado visando à implantação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)⁴³, como pode ser observado no quadro 10.

43 A Portaria GM/MS nº 376, de fevereiro de 2007, instituiu incentivo financeiro para implantação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Previu R\$ 1.864.873,00 para Minas Gerais, montante a ser repassado em parcela única ao Fundo Estadual de Saúde após envio de um Programa de Trabalho pactuado em CIB. Os recursos necessários ao repasse desse incentivo derivaram do Programa de Aperfeiçoamento, Implementação e Acompanhamento dos Processos de Planejamento e de Avaliação do Ministério da Saúde (Brasil, 2007). A Deliberação CIB-SUS/MG nº 365, de 19 de julho de 2007, aprovou o Programa de Trabalho para repasse desse incentivo, instituindo uma comissão bipartite (formada por quatro membros, dois indicados pela SES-MG e dois pelo COSEMS-MG) para formular os critérios de distribuição dos recursos previstos (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Comissão Intergestores Bipartite, 2008b).

Quadro 10: Programa de Trabalho para repasse do incentivo financeiro para organização do Sistema de Planejamento do SUS em Minas Gerais, segundo Deliberação CIB-SUS/MG nº 365, de 19 de julho de 2007.

Ação	Descrição	Valor
Elaboração dos Planos Microrregionais de Saúde*	Processo de elaboração de 75 Planos Microrregionais de Saúde com a participação dos gestores municipais, técnicos municipais, técnicos estaduais e controle social.	R\$ 700.000,00
Fortalecimento do Planejamento dos Municípios-pólo de Macrorregião	Recurso será disponibilizado a municípios-pólo de Macrorregião, mediante apresentação de plano de trabalho que enfoque o fortalecimento da capacidade de planejamento da SMS, com discriminação da aplicação e produtos esperados.	R\$ 364.873,00
Fortalecimento do Planejamento Estadual	Fortalecimento da capacidade de planejamento do nível estadual contemplando: - Apoio à elaboração do Plano Estadual de Saúde com indicadores de qualidade, estrutura e custos; - Refinamento da sistemática de acompanhamento e avaliação dos resultados de saúde por microrregião; - Apoio à elaboração de Planos Microrregionais de Saúde; - Estruturação de sistemática de acompanhamento e avaliação dos planos microrregionais.	R\$ 800.000,00
Total geral		R\$ 1.864.873,00

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Comissão Intergestores Bipartite, 2008b.

*A SES-MG se responsabiliza por uma contrapartida estadual caso o recurso previsto não seja suficiente para elaboração dos 75 Planos Microrregionais de Saúde.

Para a elaboração dos Planos Microrregionais de Saúde, a SES-MG usou uma estratégia educacional. Em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), realizou um Curso de Gestão Microrregional, cujo produto final foi o Plano Microrregional de Saúde. Colaborando para a implantação do PlanejaSUS no estado, tal plano deveria refletir as necessidades daquela microrregião e expressar a estrutura programática da SES-MG, em consonância com o PMDI, sendo considerado fundamental para a concretização das redes de atenção à saúde pelos entrevistados. Além da capacitação técnica, o curso e a construção do plano pretendiam promover uma maior integração entre os representantes municipais e estaduais nas CIBs Microrregionais. De acordo com técnicos da SES-MG, cada CIB Microrregional também recebeu um montante de recursos para estruturação física e aquisição de equipamentos para funcionamento interno.

O aperfeiçoamento das CIBs Macrorregionais se deu por meio de oficinas conduzidas pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Foram realizadas quatro oficinas presenciais, nas quais se estabeleceu: missão da macrorregião; atores envolvidos; e metodologia de construção do plano (Seminário PlanejaSUS, 2008). Com

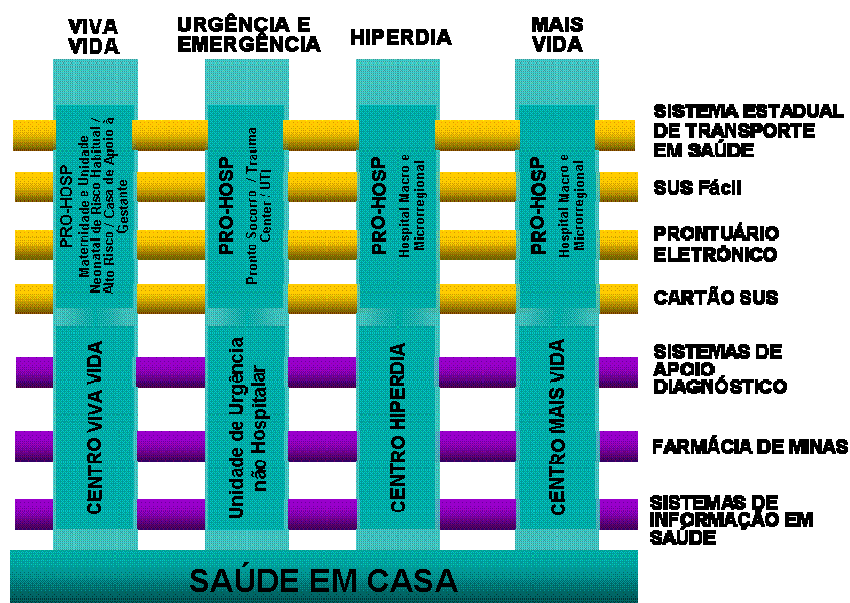
base nos problemas regionais identificados em cada área (atenção primária e assistência farmacêutica; promoção e vigilâncias na atenção à saúde; gestão do trabalho e educação permanente; gestão e atenção especializada), foi elaborado um Plano de Ação Macrorregional, que instituiu diretrizes de ação para cada uma das áreas citadas. Segundo representantes do COSEMS-MG, um dos maiores problemas enfrentados foi a desarticulação técnica, política e administrativa dentro da macrorregião, o que dificultou a congregação de todos os gestores e o levantamento dos problemas regionais.

A terceira estratégia fundamental à regionalização é a constituição das redes de atenção. Minas Gerais elegeu redes prioritárias de atenção à saúde com base em um estudo sobre carga de doenças realizado em parceria com a ENSP/Fiocruz, conforme informam as entrevistas com dirigentes e técnicos da SES-MG. Por meio do método *DALY*⁴⁴, a SES-MG identificou os maiores problemas de saúde do estado a partir do tempo de vida perdido em função de mortalidade e morbidade, os quais são: mortalidade infantil e materna; causas externas; doenças cardiovasculares e diabetes; e incapacidade funcional dos idosos. Esse estudo foi encaminhado à SEPLAG, servindo de base para elaboração da área de resultados Vida Saudável do PMDI. A análise do PMDI permite afirmar que tais problemas foram destacados como prioritários, pois interferem diretamente no alcance da visão proposta por esse plano (a de que “Minas Gerais seja o melhor estado para se viver até 2023”).

Como abordado anteriormente, o PMDI prevê Projetos estruturadores e Programas associados, considerados imprescindíveis para que os objetivos estratégicos assumidos pela SES-MG sejam alcançados e as redes de saúde funcionem adequadamente. Portanto, com base nos achados desta pesquisa, pode-se afirmar que a secretaria pretende desenvolver redes de atenção à saúde por meio da inter-relação entre Projetos estruturadores e Programas associados, como mostra a figura 4, a partir de territórios e populações previamente definidos.

44 O método *DALY* - *Disability Adjusted Life Years* (cuja tradução é AVAI - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) objetiva medir os anos de vida perdidos em função de mortalidade e morbidade. Para tanto, é composto por duas medidas: 1) Anos de vida perdidos por morte precoce (APVP – Anos potenciais de vida perdidos); e 2) Anos de vida perdidos por incapacidade (AVI).

Figura 4: Estrutura operacional das redes de atenção da SES-MG a partir da interrelação de Projetos estruturadores e Programas Associados.



Fonte: Mendes, 2008.

O projeto Saúde em Casa representa a base das redes de atenção. Inscrito como um Projeto estruturador no PMDI, parte do pressuposto de que a atenção primária é fundamental à estruturação das redes e, portanto, constitui papel do estado atuar nessa área. De acordo com os entrevistados, a SES-MG definiu a estratégia Saúde da Família como porta-de-entrada preferencial, mas não exclusiva. O Saúde em Casa possui duas metas principais: 1) Ampliar a cobertura da população por meio de ampliação do número de equipes de Saúde da Família; e 2) Reduzir as internações sensíveis à atenção ambulatorial (Minas Gerais, 2004). Com isso, ele objetiva universalizar o acesso à atenção primária e aumentar a eficiência alocativa do sistema de saúde. Segundo os representantes da SES-MG, a cobertura da estratégia Saúde da Família no estado hoje é de 64,6%, mas espera-se alcançar 70% de cobertura até 2011.

A primeira ação da SES-MG na atenção primária foi a instituição de um incentivo financeiro mensal em função do número de equipes de Saúde da Família implantadas no município. Visando ser redistributivo e promover a equidade, o valor desse incentivo varia de acordo com um fator de alocação⁴⁵, de modo que os municípios menos desenvolvidos economicamente e com maiores necessidades em saúde sejam discriminados positivamente.

Ainda com a preocupação de promover um adensamento tecnológico à atenção primária, a segunda ação da SES-MG foi lançar um edital para o financiamento da construção/reforma de unidades de atenção primária à saúde. Segundo dirigentes e técnicos da

45 A metodologia de construção desse fator de alocação será abordada na próxima seção.

SES-MG, para agilizar o processo de aprovação dos projetos, a secretaria emitiu uma resolução orientadora com as normas mínimas exigidas. Conforme os mesmos, os municípios foram escolhidos segundo critérios de necessidade, a fim de que os que mais precisassem fossem contemplados primeiro. Os entrevistados ressaltaram que no mínimo 10% do recurso recebido deveria ser gasto na aquisição de equipamentos. As principais características dessas novas unidades são: espaço de 400m²; sala de urgência para estabilização de casos agudos; e serviço de eletrocardiograma (Mendes, 2008).

Entendendo que o adensamento tecnológico também envolve melhorias do ponto de vista da capacitação profissional, a SES-MG utiliza dois instrumentos educacionais visando garantir a implantação e o fortalecimento do Saúde em Casa: Programa de Educação Permanente (PEP) e Plano Diretor da Atenção Primária, os quais serão abordados na seção 5.3 deste capítulo.

Como indica a figura 4, os pontos de atenção secundário e terciário são distribuídos conforme as redes de atenção à saúde prioritárias no estado: 1) Rede Viva Vida, que oferece atenção à mulher e à criança; 2) Rede de Urgência e Emergência, cujo objetivo é reduzir a morbimortalidade por causas externas e agudização de condições crônicas; 3) Rede Hiperdia, destinada a portadores de problemas cardiovasculares e diabetes; e 4) Rede Mais Vida, cujo objetivo é oferecer atenção aos idosos, em coerência com a transição demográfica vivida pelo estado, visando sua independência e autonomia (Minas Gerais, 2004). Os representantes da SES-MG entrevistados destacam o papel do Pro-Hosp (Programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS-MG) para a estruturação dos serviços de atenção terciária em cada rede⁴⁶.

A figura 4 também deixa claro o papel fundamental dos sistemas de apoio da SES-MG: Farmácia de Minas⁴⁷, Sistemas de apoio diagnóstico e de informação em saúde⁴⁸; e dos

46 No PMDI, o Pro-Hosp está alocado dentro do Projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde. Maiores detalhes sobre esse programa serão dados na próxima seção.

47 Farmácia de Minas é um Programa associado previsto no PMDI. Seu objetivo é definir um modelo de assistência farmacêutica no SUS, no qual a farmácia seja reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a população. Para tanto, possui três componentes: Farmácia de Minas: Medicamentos para Atenção Primária à Saúde; Farmácia de Minas: Medicamentos de Alto Custo; e Farmácia de Minas: Medicamentos Estratégicos (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Farmácia de Minas, 2009).

48 Os sistemas de apoio diagnóstico e de informações em saúde ainda estão em fase de implantação. A intenção da SES-MG é fazer com que eles funcionem de maneira mais centralizada, visando garantir a qualidade e a concentração de profissionais capacitados. Pretende-se que o Sistema de Transporte Sanitário garanta o transporte dos cidadãos e do material biológico, sem prejuízos para o acesso aos serviços de apoio diagnóstico. O nível central processará as informações nos âmbitos municipais, micro e macrorregionais e disponibilizará para acesso livre de todos, gestores e cidadãos. Espera-se que essas informações sejam utilizadas pelas CIBs micro e macrorregionais como base para a discussão, mudando-se o perfil de atuação dessas instâncias.

sistemas logísticos da secretaria: Sistema Estadual de Transporte em Saúde⁴⁹, SUS Fácil⁵⁰, Prontuário eletrônico⁵¹ e Cartão SUS, que perpassam todas as redes de atenção.

Várias funções do estado na formulação de políticas e planejamento regional já foram abordadas⁵², cabendo mencionar uma última: apoio ao desenvolvimento científico nas áreas de planejamento regional, constituição de redes de atenção e gestão compartilhada. A Assessoria de Gestão Estratégica da SES-MG abriga a Gerência de Ciência e Tecnologia, responsável pela Política Estadual de Ciência e Tecnologia, em parceria com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Por meio do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), pesquisas são financiadas pelos governos federal e estadual. Segundo os representantes da SES-MG, a estratégia da secretaria será alinhar o PPSUS ao planejamento estadual, de modo a fomentar pesquisas que avaliem a gestão estadual, a implantação dos Projetos estruturadores e Programas associados e o cumprimento dos objetivos estratégicos assumidos no PMDI. Com isso, pretende-se produzir evidências para a qualificação da gestão do SUS.

O Mapa estratégico⁵³ da SES-MG traduz a discussão desenvolvida até o momento. Com base nos compromissos assumidos diante do PMDI, PPAG e LOA, a secretaria traça um plano próprio, com objetivos operacionais específicos. O Mapa estratégico organiza esses objetivos em quatro eixos: 1) Financeiro: objetivos que refletem a melhoria do desempenho econômico no que diz respeito à qualidade do gasto e volume de recursos; 2) Inovação e qualidade em gestão pública: objetivos relacionados ao aprendizado e crescimento institucional; 3) Processos: objetivos ligados às ações da secretaria. Esse eixo explicita todos

49 No PMDI, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde é um programa alocado dentro do Projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde. Objetiva integrar os municípios das diferentes microrregiões do estado, favorecendo o acesso aos serviços e a eficiência das redes prioritárias. Possui três metas principais: “1) Transportar os usuários do SUS a serviços pré-agendados, incluindo o transporte de material biológico e servidores em atividades estratégicas, bem como os resíduos dos serviços de saúde; 2) Implantar o Sistema de Monitoramento, a fim de garantir o rastreamento da frota, com controle do fluxo, da velocidade, da quantidade de pessoas no veículo e da chegada ao destino; 3) Implantar um *software* de Gestão do Transporte em Saúde, para que cada município acompanhe o agendamento das consultas e forneça aos pacientes as passagens no ato da marcação das mesmas” (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Sistema Estadual de Transporte em Saúde, 2009). Esse projeto não está implantado em todo o estado, existem experiências pontuais em algumas regiões. Há uma previsão de implantação até 2010.

50 SUS Fácil é um programa alocado dentro do Projeto estruturador Regionalização da Assistência à Saúde no PMDI. Será abordado com maiores detalhes na seção sobre a o papel do gestor estadual na regulação da regionalização.

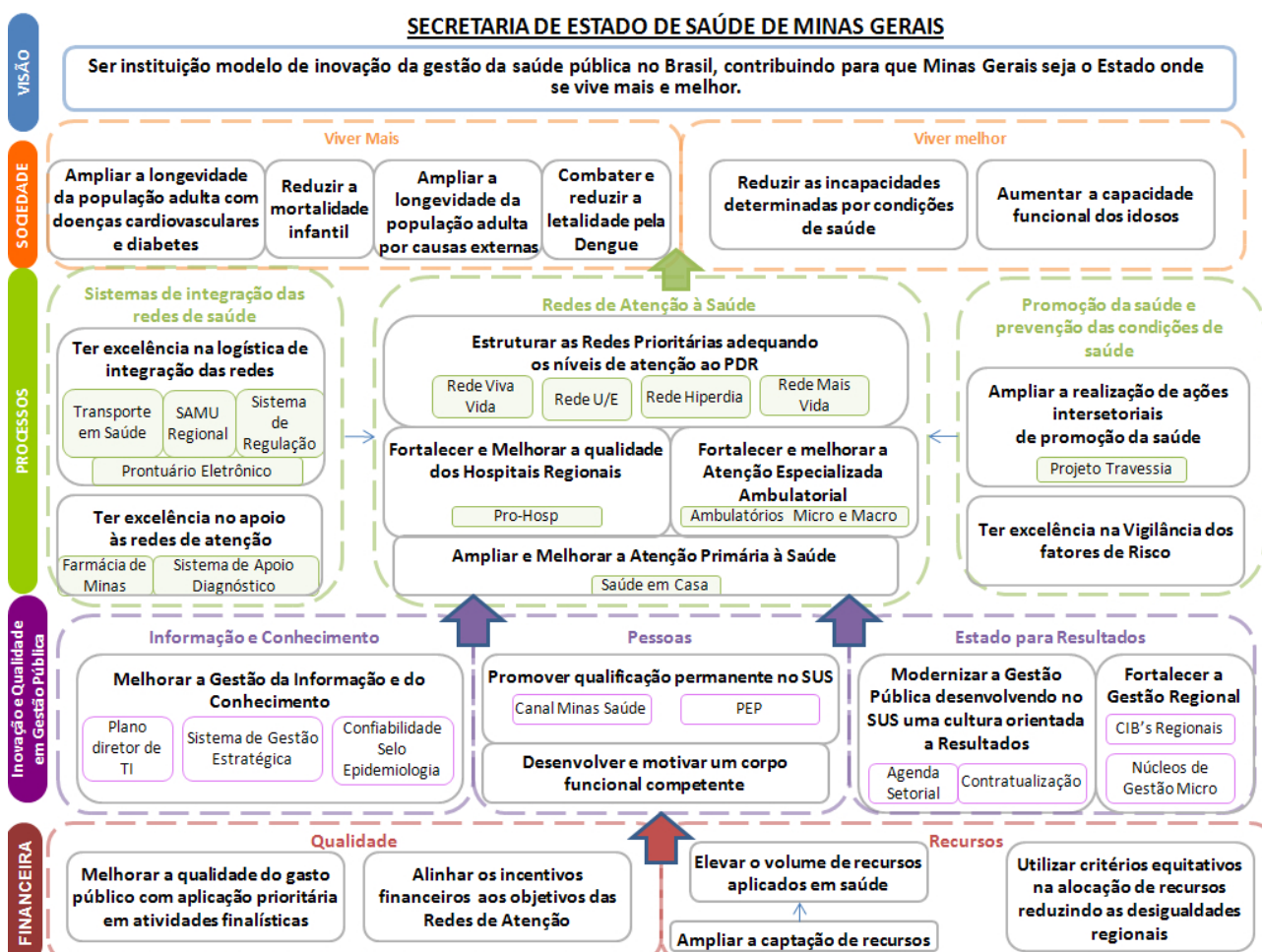
51 O prontuário eletrônico ainda não está implantado, encontra-se em vias de licitação. Todos os gastos com a implantação do projeto serão de responsabilidade da SES-MG, que prevê a instalação de oito a dez computadores em cada unidade primária de atenção à saúde. Cabe aos municípios garantir que isso seja implantado e operar esse recurso em função da integração da rede.

52 As funções do estado na formulação de políticas e planejamento regional foram descritas no capítulo 3 - seção 3.2.

53 O Mapa estratégico constitui uma ferramenta de gestão, integrante da metodologia *Balanced Scorecard* (BSC), desenvolvida pelos professores da *Harvard Business School*, Robert Kaplan e David Norton, em 1992.

os projetos e programas da SES-MG divididos conforme seu objetivo-fim, seja ele: integração das redes de atenção, estruturação dessas redes e promoção da saúde; e 4) Sociedade: objetivos que impactam diretamente a população. Cabe destacar a relação existente entre o grupo de objetivos de cada eixo, de modo que o sucesso de um eixo depende dos bons resultados do outro. Por fim, o mapa apresenta a visão da SES-MG.

Figura 5: Mapa estratégico da SES-MG.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Mapa estratégico, 2009.

5.2 Atuação do gestor estadual no financiamento no âmbito da regionalização

O estado de Minas Gerais cumpriu a determinação da Emenda Constitucional 29/00 sobre o percentual de recursos próprios destinados à saúde durante o período deste estudo, como mostra a tabela 11. No entanto, esse resultado foi alcançado devido à inclusão de despesas com saneamento e sistemas fechados de assistência médico-hospitalar aos servidores do estado como gasto próprio em saúde. A secretaria alega que tais atividades devem ser

consideradas ações de saúde, motivo de discussões com o Conselho Estadual de Saúde e o COSEMS-MG. Os representantes do COSEMS-MG entrevistados criticaram esse modo de atuação da secretaria.

Machado e Maia (2007) afirmam que apenas 6,25% do total aplicado em saúde em 2005 (12,33%) correspondiam a gastos com ações e serviços de saúde de acesso universal. Vários fatores contribuem para essa situação e, entre os citados pelos representantes do COSEMS-MG, ressalta-se a situação de endividamento e o conseqüente arrocho fiscal promovido pelo acordo firmado com a União no âmbito do Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira. De qualquer forma, o estado apresentou um leve crescimento na aplicação de recursos próprios em saúde entre 2003 e 2007, como evidencia a tabela 11.

Tabela 11: Participação percentual da receita própria aplicada em saúde no período de 2003 a 2007 em Minas Gerais.

	2003*	2004	2005	2006	2007
Participação % da receita própria aplicada em saúde	10,20	12,16	12,33	13,20	13,30

Fonte: SIOPS, 2009.

*Neste ano, o percentual mínimo de aplicação de recursos próprios em saúde, segundo a EC 29/00, era 10%.

Visando minorar as desigualdades regionais e iniquidades no acesso ao SUS, o estado utiliza uma estratégia redistributiva para efetuar transferências intergovernamentais e alocação regional de recursos próprios. O critério que determina tal estratégia é o fator de alocação⁵⁴. Esse fator foi construído pela associação de dois índices: 1) Índice de Necessidades em Saúde, composto por seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas; e 2) Índice de Porte Econômico, que representa o valor *per capita* do ICMS de cada município a partir de uma expressão logarítmica, expressando a capacidade do município em autofinanciar os cuidados com a saúde da sua população (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005).

A partir do cálculo do fator de alocação de cada um dos 853 municípios do estado, eles foram divididos em quatro grupos, como mostra o quadro 11. Esse quadro traz a aplicação desse fator de alocação para o cálculo do incentivo financeiro para expansão da Saúde da Família, no âmbito do projeto Saúde em Casa. Segundo os representantes da SES-MG, esse incentivo não pode ser usado para pagamento de pessoal, estratégia da secretaria para que os gestores municipais invistam na melhoria de recursos físicos e equipamentos.

54 O estudo que definiu o fator de alocação visando à promoção da equidade no financiamento das políticas públicas em Minas Gerais foi conduzido pela Fundação João Pinheiro em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (CEDEPLAR-UFGM).

Quadro 11: Valor do incentivo financeiro à Saúde da Família a partir da classificação dos municípios segundo fator de alocação em Minas Gerais.

Grupo	Fator de alocação	Valor do incentivo (R\$)
1 (1º quartil)	1,0805 a 1,3364	1.000,00
2 (2º quartil)	1,3364 a 1,4392	1.250,00
3 (3º quartil)	1,4392 a 1,5893	1.750,00
4 (4º quartil)	1,5893 a 2	2.000,00

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

*135 milhões de reais foram repassados pelo estado aos municípios por meio desse incentivo no período de 2005 a 2007.

Os municípios do primeiro grupo são os que possuem maior independência econômica e melhores condições de saúde, portanto, recebem proporcionalmente menos do que os que estão no quarto grupo. De acordo com os dirigentes e técnicos da SES-MG, todos os incentivos financeiros voltados para a indução e fortalecimento da regionalização são determinados a partir do fator de alocação do município, ou seja, de acordo com a classificação do mesmo em um dos grupos mencionados. Segundo esses entrevistados, outro critério utilizado para alocação regional de recursos é a superação dos vazios assistenciais, a fim de que áreas com carências assistenciais tenham prioridade na implantação de políticas e repasse de incentivos.

A segunda estratégia da SES-MG é direcionar seus investimentos em função dos objetivos e resultados finalísticos assumidos junto ao governo por meio do PMDI. Trata-se de uma maneira de atingir as metas acordadas e garantir que os projetos e programas estratégicos sejam implantados e monitorados (uma vez que tais repasses são vinculados a contratos de gestão), efetivando a regionalização e constituição das redes de atenção. Dessa forma, todos os repasses financeiros são realizados por meio dos Projetos estruturadores e Programas associados. Cabe destacar que tais incentivos não podem ser empregados no custeio⁵⁵ das ações e serviços, motivo de queixa por parte dos representantes municipais entrevistados.

Por meio do projeto Viva Vida, a secretaria tem investido na educação dos profissionais da atenção primária com vistas ao aprimoramento do acompanhamento pré-natal e infantil, e na implantação de centros de atenção secundária (chamados Centros Viva Vida) destinados à mulher e à criança. O repasse para implantação de serviços de atenção terciária que compõem essa rede (Maternidade e Unidade Neonatal de Risco Habitual e Alto Risco, e Casa de Apoio à Gestante) são feitos por meio do Pro-Hosp.

⁵⁵ A única exceção se encontra em alguns serviços da atenção secundária, para os quais, por meio de Contratos de Gestão, o estado repassa recursos para custeio.

Seguindo a mesma lógica, os projetos de Urgência e Emergência, Hiperdia e Mais Vida prevêem recursos para implantação de unidades de atenção secundária e ações educativas voltadas para os profissionais. Por meio do Pro-Hosp, a secretaria investe nos pontos de atenção terciária de cada uma dessas redes (Pronto-Socorros, Centros de Trauma e Unidades de Terapia Intensiva no caso da Rede de Urgência e Emergência; Hospitais Macro e Microrregionais nas Redes Hiperdia e Mais Vida).

O Pro-Hosp destina recursos para o fortalecimento e melhoria de hospitais públicos ou filantrópicos que desempenhem funções de hospitais-pólo macro ou microrregionais atendendo a rede SUS. Seus objetivos são: contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, prestar serviços de qualidade, preencher os vazios assistenciais, inserir-se em redes integrais de atenção à saúde e prestar serviços que atendam as necessidades e as demandas da população (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Pro-Hosp, 2009). Segundo a fonte citada, 128 hospitais são contemplados atualmente. A escolha dos hospitais é realizada nas CIBs Micro e Macrorregionais a partir de critérios definidos pela SES-MG. Segundo o relato de um dos entrevistados, tais critérios não privilegiam os hospitais da rede estadual sob gerência da FHEMIG, tanto que em uma dada macrorregião, um hospital filantrópico foi selecionado para receber os recursos do Pro-Hosp em detrimento da unidade estadual instalada ali.

Os recursos são transferidos com base em um instrumento contratual que estabelece pactos e metas, monitorado e avaliado por comissões específicas em âmbito macrorregional e estadual, sendo compostos por uma parte fixa (50%) e uma variável (50%). De acordo com representantes da SES-MG, a transferência do montante fixo depende da avaliação dos relatórios quadrimestrais pelas comissões supracitadas, sendo que tais recursos devem ser aplicados em investimentos (estrutura física e equipamentos) e melhoria da gestão. Conforme os mesmos, a parte variável é livre de vinculações e depende do desempenho do hospital com relação às metas estabelecidas.

Os incentivos financeiros repassados aos municípios no âmbito do projeto Saúde em Casa já foram citados na seção anterior. Conforme sugerem os achados deste estudo, tais incentivos estão direcionados para estratégias educacionais, expansão da estratégia Saúde da Família e do parque de unidades de atenção primária, com o objetivo de promover o adensamento tecnológico desse nível de atenção. Segundo Mendes (2008), entre os anos 2005 e 2006, 89,5 milhões de reais foram investidos, resultando em 569 novas unidades de atenção primária. Entre 2006 e 2007, 512 novas unidades foram construídas, a partir de um

investimento de 86,1 milhões. De acordo com entrevistas realizadas com representantes da SES-MG, dos 853 municípios do estado, 815 já receberam pelo menos uma nova unidade.

Uma terceira estratégia consiste na mobilização de novos recursos para a saúde. Com esse fim, a Assessoria de Gestão Estratégia da SES-MG abriga o Núcleo de Captação de Recursos, cuja função é buscar financiadores internacionais que viabilizem a realização de projetos almejados.

A secretaria não possui um Plano Diretor de Investimentos (PDI) formal, embora as áreas e objetivos de aplicação dos recursos tenham sido pactuados na CIB. Além disso, são alvo de discussão das CIBs Micro e Macrorregionais em função da elaboração dos Planos Micro e Macrorregionais. Como espaço de governança das redes de atenção, tais instâncias são deliberativas, podendo realocar recursos desde que respeitem seus tetos. Com base nos achados deste estudo, pode-se dizer que a discussão bipartite é considerada um instrumento importante para a efetivação da regionalização.

Outro instrumento que merece destaque é a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Trata-se de um instrumento planejado a partir da base territorial e definição de responsabilidades de cada nível regional (município, micro e macrorregião) segundo o PDR e, coordenado pelo estado nas comissões bipartites.

Várias funções do estado na condução da regionalização no tocante ao financiamento já foram citadas⁵⁶, cabendo mencionar outras duas, as quais são: 1) Realização de pagamento dos serviços sob sua gestão; e 2) Avaliação das condições dos municípios para implantação de programas definidos nacionalmente e recebimento de recursos federais.

A SES-MG efetua o pagamento de cerca de 7 mil prestadores, entre filantrópicos, privados e públicos sob gestão estadual (a maioria dos municípios mineiros não tem habilitação para exercer essa função, já que apenas 59 estão em gestão plena), como afirmam dirigentes e técnicos da secretaria. Segundo os mesmos, para realizar o pagamento desses serviços, a SES-MG utiliza um sistema de corte de teto denominado Siscotef. Com base na PPI, o Siscotef informa quando um município ultrapassa o teto transferido pelo governo federal, nesse caso, a SES-MG comunica o município, que deverá pagar os serviços excedentes com recursos do seu tesouro⁵⁷. Esses entrevistados ressaltam que a função da SES-

56 A relação das funções do estado no financiamento no tocante à regionalização foi feita no capítulo 3 - seção 3.2.

57 Segundo os representantes da SES-MG, o estado se responsabiliza pelo pagamento de serviços extrateto no caso de procedimentos de alto custo/complexidade. Esses procedimentos devem ser autorizados por um regulador macrorregional por meio do SUS Fácil. Nos municípios não plenos, o estado realiza o pagamento direto ao prestador; os municípios plenos são ressarcidos pelo estado posteriormente.

MG se restringe ao pagamento dos serviços, uma vez que não se envolve na prestação direta dos mesmos.

A segunda função supracitada é cumprida pelo estado, com maior ênfase, no credenciamento dos serviços de alta complexidade. Para tal, a SES-MG realiza estudos de viabilidade econômica (segundo critérios de escala e escopo) e necessidade micro ou macrorregional (de acordo com a existência de vazios assistenciais), segundo informações obtidas por meio das entrevistas com representantes da SES-MG. Na opinião desses entrevistados, o cumprimento dessa função é prejudicado pelas políticas de adesão promovidas pelo Ministério da Saúde, casos em que a avaliação do estado é inviabilizada.

5.3 Atuação do gestor estadual na regulação do processo de regionalização

A SES-MG entende a regulação como uma macrofunção essencial ao efetivo desenvolvimento do papel do estado na regionalização e condução de políticas sanitárias. Na visão da secretaria, regular significa estabelecer estratégias para garantir o acesso equânime a serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade. A secretaria reconhece que se trata de um processo incipiente, cuja natureza do progresso é lenta, não sendo possível afirmar, ainda, que realiza uma gestão avaliativa da qualidade dos procedimentos. Cabe ressaltar que várias ferramentas de controle foram criadas, de modo que cada política estadual de saúde⁵⁸ possui instrumentos de controle e avaliação.

O destaque dado a essa macrofunção é percebido por meio da estrutura organizacional da SES-MG. Vinculada à Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde, a Superintendência de Regulação hospeda quatro gerências: 1) Programação Assistencial, responsável pela Programação Pactuada e Integrada (PPI); 2) Informação dos Sistemas Assistenciais, que processa as Autorizações para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC), Internações Hospitalares (AIH) e sistema ambulatorial, gerando pagamento para os serviços sob gestão estadual; 3) Auditoria Assistencial; e 4) Regulação Assistencial, que reúne as funções anteriores e coordena um sistema que visa à garantia do acesso à assistência em saúde e à produção de informações⁵⁹ para: controle dos contratos e gestão dos recursos; avaliação de

58 As políticas estaduais de saúde foram construídas a partir dos Projetos estruturadores e Programas associados presentes no PMDI.

59 O SUS Fácil produz indicadores para: “1) Atividade regulatória: Percentual de internações reguladas; Percentual de internações de referência reguladas; Percentual de internações de referência reguladas com transferência intermunicipal; e Tempo médio de reserva de leito para transferência intermunicipal; 2) Acompanhamento da programação: Percentual de internação de referência sem programação por destino ou origem (na PPI); e 3) Atividade hospitalar: Total de internações de referência; Permanência média; Taxa de

projetos e programas com identificação de áreas de carência assistencial; e realização de auditorias no tempo oportuno.

A SES-MG reconhece a existência de dilemas federativos a serem superados pela regulação do sistema regionalizado, entre eles, a baixa capacidade institucional de alguns municípios, bem como a fragmentação e desarticulação das ações e serviços de saúde, e dificuldades para se implantar um sistema de controle mútuo entre os entes.

O diagnóstico da secretaria reconhece uma fragilidade na história de implantação dos serviços de saúde no estado. Tal história evidencia a ausência de critérios racionais de distribuição de equipamentos; predominância de unidades hospitalares em municípios de baixo porte (população abaixo de 20 mil habitantes), com pouca resolubilidade e reduzida capacidade tecnológica; e presença de um modelo de regulação dos serviços de saúde com foco predominante no controle do faturamento. As consequências foram iniquidades no acesso entre as diferentes regiões e a construção de um sistema assistencial desarticulado e pouco resolutivo.

Segundo Coelho e Rausch (2008, p. 2), a superação desses problemas implica na “redefinição de diretrizes estruturais para construção de modelos inovadores de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema, bem como num amplo processo de desenvolvimento das capacidades de gerência e gestão, na busca da qualidade da assistência”. Para isso, a SES-MG usou duas estratégias principais: 1) Implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUS Fácil); e 2) Promoção de ações educacionais.

Os objetivos centrais do SUS Fácil, nas palavras de Coelho e Rausch (2008, p. 3), são:

“1) Organizar de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, garantindo a alternativa assistencial adequada aos usuários do SUS; 2) Fortalecer a cooperação entre os gestores e prestadores de serviços; 3) Padronizar e manter protocolos operacionais e assistenciais; 4) Instrumentalizar os fluxos e os processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação da assistência; 5) Permitir o acompanhamento e avaliação da execução dos serviços, por meio de relatórios, planilhas e gráficos; 6) Identificar as desproporções entre oferta e demanda de serviços de saúde; 7) Subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos Termos de Garantia de Acesso” (Coelho; Rausch, 2008, p. 3).

O SUS Fácil prevê a implantação de três instrumentos principais: 1) Centrais de Regulação Macrorregionais; 2) Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento; e 3) *Software* SUS Fácil.

De acordo com o desenho regional proposto pelo PDR, 13 Centrais de Regulação Macrorregionais foram implantadas no período de janeiro de 2006 a junho de 2007, em regime de funcionamento ininterrupto. Segundo os achados desta pesquisa, em cada central, nove médicos reguladores⁶⁰ exercem autoridade sanitária, delegada por lei pelo gestor estadual, sendo, um deles, o coordenador, portanto, vinculado ao Núcleo Estadual; além deles, existem técnicos de nível médio que operam o *software* (no mínimo, cinco no turno diurno e dois no noturno).

Esses operadores recebem as solicitações de leitos e/ou outros recursos; quando esses não existem ou não estão disponíveis naquela macrorregião, o médico regulador realiza uma busca nas outras macrorregiões do estado, contatando os coordenadores de cada uma delas, conforme informam dirigentes e técnicos da SES-MG entrevistados. Segundo os mesmos, se não houver disponibilidade no estado todo, o médico regulador entrará em contato com o Núcleo Central, por meio do qual comprará a vaga no mercado privado. O médico regulador também exerce sua autoridade sanitária na ocasião de necessidade de extrapolação da meta física e teto financeiro do município (com base na PPI), diante de demanda real. Os entrevistados afirmam que o médico regulador autorizará a execução do procedimento pelo prestador (seja ele público, privado ou filantrópico) por meio do *software*; e esse pagamento extrateto será realizado pelo estado por meio da Câmara de Compensação (ainda que municípios habilitados em gestão plena do sistema realizem o pagamento ao prestador no primeiro momento, serão ressarcidos pelo estado mais tarde). Trata-se de um mecanismo importante para a manutenção de uma boa relação entre estado e municípios plenos. A atividade regulatória é baseada em um protocolo operacional previsto no sistema.

As informações obtidas por meio das entrevistas com representantes da SES-MG e do COSEMS-MG evidenciam dificuldades para implantação do *software* estadual (SUS Fácil) em alguns municípios plenos que já possuíam *softwares* para regulação dos fluxos assistenciais. Hoje, a SES-MG lida com duas situações: 1) Alguns municípios plenos adotaram o SUS Fácil, de tal modo que realizam co-gestão com estado; e 2) Outros municípios plenos optaram por manter *softwares* próprios, nesses casos, a SES-MG trabalha em interface com eles. A diferença fundamental entre esses dois modelos é que, na co-gestão, o estado recebe e processa todas as solicitações por meio da Central de Regulação Macrorregional implantada naquele município pleno (e pólo da macrorregião); na interface, o

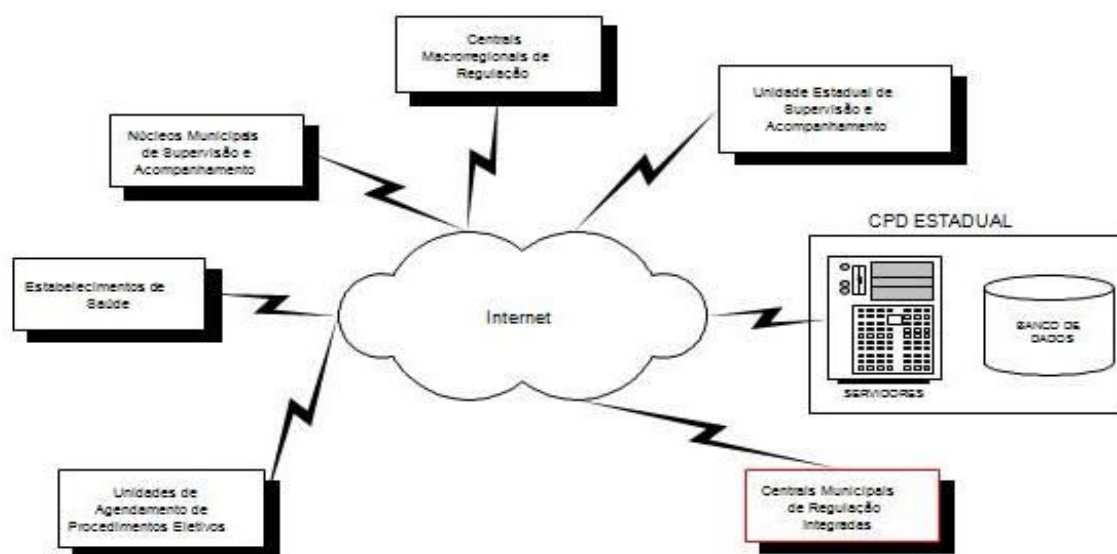
60 Esses médicos reguladores estão vinculados tecnicamente à SES-MG e, administrativamente às GRSs. A vinculação técnica se justifica porque a secretaria é responsável pela capacitação dos mesmos, realizada por meio de reuniões mensais para discussão de casos clínicos. Tais reuniões são feitas por videoconferência.

município recebe todas as solicitações e encaminha ao estado aquelas que não são dos seus municípes. Ou seja, municípios plenos que mantiveram seus *softwares* regulam a assistência dos seus municípes, deixando a cargo do estado apenas a regulação das transferências intermunicipais. Cabe destacar que, para honrar os compromissos assumidos na PPI, todos os municípios plenos devem disponibilizar suas vagas para transferência intermunicipal no SUS Fácil.

O Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento é formado por três reguladores estaduais, sendo, um deles, o coordenador. Além de configurar um apoio ao exercício dos reguladores macrorregionais, tal núcleo é responsável por monitorar o sistema, produzindo informações importantes e relatórios estatísticos.

O *software* SUS Fácil pretende integrar a rede de atenção por meio da interligação entre Núcleo Estadual, Centrais de Regulação Macrorregionais e serviços de saúde presentes nos municípios. A princípio, apenas a regulação das internações hospitalares é feita pelo Sistema Estadual de Regulação, portanto, os pontos de conexão com esse sistema, nos municípios, são os hospitais. Em municípios de pequeno porte, nos quais não existem hospitais, os pontos de conexão foram estabelecidos nas Secretarias Municipais de Saúde (SMSs). A figura 6 apresenta o modelo tecnológico do *software* SUS Fácil.

Figura 6: Modelo tecnológico do SUS Fácil: *software* para regulação assistencial do SUS em Minas Gerais.



Fonte: Mendes, 2008.

Para que haja uma efetiva integração do sistema, pontos de conexão devem ser instalados em toda a rede. Segundo dirigentes e técnicos da SES-MG, em médio prazo, a secretaria objetiva incorporar a regulação ambulatorial e instalar pontos de conexão com o SUS Fácil em cada unidade de atenção primária (usando a estrutura tecnológica instalada nessas unidades para implantação do prontuário eletrônico⁶¹, ainda em desenvolvimento).

O processo de implantação do SUS Fácil se deu por meio de cinco etapas, como mostra o quadro 12. Cabe destacar que a integração das redes de atenção depende da relação entre esse sistema e o Sistema Estadual de Transporte em Saúde⁶². Tal interrelação, fundamental para a garantia do acesso equânime, ainda é um desafio para a SES-MG, pois o Sistema de Transporte não está implantado em todo o estado - existem experiências pontuais em algumas regiões.

Quadro 12: Processo de implantação do SUS Fácil em Minas Gerais.

<i>Processo de implantação do Sistema Estadual de Regulação (SUS Fácil) em Minas Gerais</i>	
<i>Etapas</i>	<i>Ações desenvolvidas</i>
Etapa 1: Sensibilização dos atores envolvidos (SMSs e prestadores)	Seminários para demonstrar o funcionamento do sistema: interação entre seus instrumentos (Núcleo Estadual, Centrais Macrorregionais e pontos de conexão municipais) e operação do <i>software</i> .
Etapa 2: Mapeamento das unidades operacionais	Levantamentos, nos municípios, acerca de: centrais de regulação existentes; capacidade instalada de serviços ambulatoriais e hospitalares; recursos tecnológicos disponíveis; e condições de conectividade.
Etapa 3: Treinamento da equipe da Central de Regulação Macrorregional	Apresentação do funcionamento da central; Treinamento da equipe sobre: Regulação de Acesso de Urgência, Regulação de Internações Eletivas e Agendamento de Atendimentos Ambulatoriais Eletivos.
Etapa 4: Treinamento operacional dos serviços de saúde e SMSs	Treinamento sobre: Solicitação de Internação/Transferência e Agendamento de Atendimentos Ambulatoriais Eletivos.
Etapa 5: Acompanhamento operacional	Suporte remoto para resolução de problemas de sistema e esclarecimentos operacionais aos operadores.

Fonte: Coelho; Rausch, 2008.

Por meio da condução da regionalização, bem como da coordenação da PPI e do processo de implantação das redes de atenção, o gestor estadual planeja as referências intermunicipais, pretendendo promover a integração do sistema. A partir do SUS Fácil, a SES-MG pode regular esses fluxos intermunicipais, visando à garantia do cumprimento da

61 Para maiores detalhes, ver nota de rodapé 49 - seção 5.1.

62 Para maiores detalhes, ver nota de rodapé 47 - seção 5.1.

programação e pactuação feitas pelos gestores. Segundo os entrevistados, o SUS Fácil objetiva efetivar a integração das redes de atenção, conferindo transparência a esse processo.

A segunda grande estratégia da SES-MG para realizar a regulação são as ações educacionais. A implantação de todos os Projetos estruturadores e Programas associados citados neste capítulo se deu por meio da realização de oficinas de capacitação em nível assistencial e/ou gerencial. A SES-MG acredita que essa forma de ação é mais eficaz do que a emissão de leis ou norma. Os instrumentos normativos mais usados para a regulação da regionalização no estado são as Deliberações da CIB, uma vez que todas as políticas de saúde são consensuadas nessa instância. Cabe destacar que, em 2006, a SES-MG emitiu um Código de Saúde Estadual, que traz as competências do estado e municípios na gestão do sistema, regulação da assistência, vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) e diversas outras políticas⁶³.

Com base nos achados deste estudo, pode-se afirmar que a oferta de apoio técnico aos municípios e órgãos de gestão regionalizada (GRSs, CIBs Micro e Macrorregionais), seja por meio da realização de capacitações ou disponibilização de tecnologias, é uma das funções mais importantes da secretaria no âmbito da regulação. Alguns dos principais instrumentos desse processo são: Curso de Gestão Microrregional⁶⁴; Programa de Educação Permanente (PEP) à distância; Programa de Telemedicina; PEP; Oficinas de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária; e Curso de especialização em Gestão Hospitalar. Além do apoio técnico, a SES-MG também tem mantido apoio financeiro para implantação dos seus projetos, como já tratou a seção anterior.

A SES-MG elaborou linhas-guia⁶⁵ para nortear a constituição das redes de atenção. A implantação das mesmas está sendo feita por meio do PEP à distância. De acordo com dirigentes e técnicos da SES-MG, para implantação desse programa, a secretaria criou um canal corporativo chamado Minas Saúde e distribuiu televisores e antenas por vários pontos da rede de atenção à saúde - unidades de atenção primária, centros de atenção secundária (Centro Viva Vida) e GRSs. Semanalmente, uma aula de 60 minutos é transmitida. A dinâmica do programa envolve também momentos de realização de atividades, nos quais os profissionais discutem como implantarão o conteúdo da linha-guia na sua esfera de ação.

63 O Código de Saúde trata das políticas de saúde do trabalhador; alimentação e nutrição; e sangue e hemoderivados.

64 Foi abordado na seção 5.1 deste capítulo. É importante para o fortalecimento institucional das CIBs microrregionais, uma vez que são responsáveis pela governança das redes de atenção.

65 O estado também conta com protocolos clínicos, elaborados e implantados no âmbito da FHEMIG.

Existem 2770 unidades de atenção primária com PEP à distância hoje, a meta da secretaria é que sejam 4 mil unidades até 2011 (Mendes, 2008).

A Telemedicina é uma iniciativa que visa promover apoio tecnológico aos serviços de saúde localizados em municípios de pequeno e médio porte (existem cerca de 200 municípios envolvidos). Conforme representantes da SES-MG, atualmente, está funcionando para apoio na cardiologia, mas outras 20 especialidades devem ser inseridas. O funcionamento desse programa, no âmbito da cardiologia, baseia-se em: 1) Disponibilização de aparelhos de eletrocardiograma aos serviços; 2) Transmissão dos traçados eletrocardiográficos, captados por meio deles, via fax para um especialista (em geral, membro de uma universidade regional); e 3) Emissão do laudo, novamente por fax. Na opinião desses entrevistados, essa tecnologia pode evitar transferências intermunicipais desnecessárias.

Outro instrumento relevante é o PEP, que neste momento, está voltado para os médicos de família. Na visão da SES-MG, trata-se de um mecanismo para o fortalecimento do Saúde em Casa e adensamento tecnológico da atenção primária. Existem 460 médicos matriculados, em um programa que se baseia na andragogia, aulas quinzenais e método tutorial. A meta da SES-MG é alcançar 4 mil médicos até 2011 (Mendes, 2008).

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é considerado uma estratégia de implantação do Saúde em Casa. Esse plano está sendo desenvolvido por meio da realização de oficinas norteadas por 10 módulos, os quais são: “1) Redes de atenção; 2) Análise da atenção primária à saúde; 3) Diagnóstico local; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Programação local e municipal; 6) Organização da atenção à urgência; 7) O prontuário da família; 8) Abordagem familiar; 9) Monitoramento; e 10) Contrato de gestão” (Mendes, 2008). Cada módulo possui 16 horas. Ao final, espera-se que equipes de Saúde da Família e profissionais do nível gerencial do município estejam mais capacitados, de modo que se integrem efetivamente à rede e realizem a programação dos serviços a partir da realidade local.

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde está ocorrendo em 9 macrorregiões, o que representa 45 microrregiões, 512 municípios e 1960 equipes de Saúde da Família (Mendes, 2008). Existem três universidades envolvidas na consecução desse processo: Universidade Federal de Uberlândia, responsável pelas macrorregiões Triângulo do Norte, Noroeste e Oeste; Unimontes, acompanhando as macrorregiões Jequitinhonha, Nordeste e Norte de Minas; e a Universidade Federal de Juiz de Fora, responsável pelas macrorregiões Centro Sul, Sudeste e Leste do Sul.

Em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), a SES-MG está promovendo um Curso de especialização em Gestão Hospitalar destinado ao corpo

administrativo dos hospitais beneficiados pelo Pro-Hosp. O produto desse curso será o Plano Diretor do hospital. Seguindo o Plano de Gestão da Qualidade, a secretaria pretende estimular os hospitais a realizarem um diagnóstico organizacional usando a metodologia da acreditação. Segundo dirigentes e técnicos da SES-MG, a meta é que 70 hospitais desenvolvam diagnósticos até 2010. O objetivo do diagnóstico organizacional é possibilitar aos hospitais o direcionamento de suas ações, com vistas à gestão de qualidade e acreditação hospitalar.

Os achados deste estudo mostram que mecanismos de contratualização foram previstos em cada uma das redes de atenção (Viva Vida, Urgência e Emergência, Hiperdia e Mais Vida), bem como no Saúde em Casa. No Saúde em Casa, as equipes de Saúde da Família, ao concluírem as oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária, devem assinar um Contrato de Gestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no qual devem ser firmadas algumas metas. O objetivo da SES-MG é minimizar a precariedade dos vínculos dos profissionais de Saúde da Família, já que minimamente assinarão um contrato administrativo. A SMS também deve assinar um Contrato de Gestão com a SES-MG, no qual pactuam algumas metas. Segundo os entrevistados, as metas estabelecidas em ambos os contratos devem estar alinhadas com o PMDI. Em nível secundário de atenção, os Contratos de Gestão devem ser firmados entre o município-pólo da microrregião e a SES-MG. Contratos firmados entre SMSs e SES-MG configuram Termos de Compromisso entre os entes.

No nível terciário, os Contratos de Gestão devem ser estabelecidos entre os prestadores e a SES-MG no âmbito do Pro-Hosp. Entre as metas acordadas no contrato estão: qualificação profissional, melhoria da gestão, melhoria dos indicadores de qualidade e produção, cumprimento das determinações da vigilância sanitária e humanização da assistência (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Pro-Hosp, 2009).

Com o objetivo de padronizar o formato jurídico e o modo de relacionamento com os municípios, a SES-MG reuniu os contratos no Núcleo de Convênio e Contratos, subordinado à Superintendência de Políticas e Ações em Saúde. Segundo representantes da SES-MG, além do componente jurídico, todo contrato deverá apresentar um plano operativo, o qual descreverá as ações e metas que o município ou prestador deve cumprir para o recebimento dos recursos. Tais contratos estimulam uma mudança na lógica do financiamento das ações e serviços de saúde, saindo do pagamento por faturamento para um orçamento global (com base em estudos sobre necessidades de custeio).

A função controle e avaliação é desenvolvida por meio do acompanhamento e monitoramento desses contratos, bem como a partir dos dados produzidos pelo SUS Fácil. A regulação estadual da regionalização (seja por meio da regulação do acesso, fluxos

intermunicipais e metas que expressam melhorias nas condições de saúde da população ou no desempenho gerencial) é um processo novo, no qual a SES-MG tem desempenhado, de forma mais preponderante, o controle do que a avaliação. A SES-MG reconhece que também precisa avançar no que diz respeito à auditoria dos sistemas e serviços. Essa função ainda é bastante reativa, o que a secretaria pretende mudar a partir dos relatórios emitidos pelo SUS Fácil.

Como dito anteriormente, os Projetos estruturadores são aqueles considerados fundamentais para o alcance das metas do plano de governo (PMDI). Para garantir que essas metas sejam atingidas, o governo do estado usa dois instrumentos: 1) Gerência profissional na direção de alguns desses projetos: o governo realizou um concurso público para captar profissionais qualificados na gerência de projetos, prevendo remuneração de mercado, e vinculou-os à vice-governadoria; 2) Sistema de controle das metas e avaliação dos projetos, coordenado diretamente pelo vice-governador, em reuniões periódicas com os gerentes responsáveis.

Ainda no esforço de atingir as metas acordadas no PMDI, a SES-MG utiliza como estratégia o endomarketing, ou seja, a disseminação dos planos e ações da secretaria por toda a estrutura organizacional, de modo a promover um alinhamento conceitual e superar a fragmentação interna. Para obter o comprometimento de todos os setores com o alcance de tais metas, o secretário estadual estabeleceu um Acordo de Resultados com cada superintendência. De acordo com representantes da SES-MG, esse acordo prevê acréscimo de até 40% no salário dos funcionários estaduais mediante o cumprimento de determinadas metas e ações. Segundo os mesmos, a SES-MG também pretende estabelecer Acordos de Resultados com as GRSs, com o mesmo objetivo.

A SES-MG está desenvolvendo um Sistema de monitoramento estratégico para acompanhar e avaliar 62 indicadores selecionados a partir das metas e objetivos do seu plano estratégico, conforme indicam os achados do estudo. Trata-se de um sistema gerencial, cujo *software* está em desenvolvimento. Espera-se que ele sirva como base para a atuação das CIBs Micro e Macrorregionais no exercício do planejamento e regulação das redes de atenção (monitoramento, controle e avaliação das metas pactuadas e dos serviços, no seu âmbito). Um dos indicadores desse sistema é a capacidade de retenção dos usuários do SUS nas micro e macrorregiões, como forma de medir a resolubilidade desses sistemas micro e macrorregionais. Esse indicador reflete uma meta dos Planos Micro e Macrorregionais de Saúde, uma vez que é um objetivo da implantação do PDR, já monitorado pela Gerência de Regionalização e Informações em Saúde.

Estabelecendo um balanço sobre as funções do estado na regulação, pode-se afirmar que, no âmbito da regionalização: a regulação de sistemas e prestadores são preponderantes sobre as demais; a regulação sanitária recebe menor ênfase; e a regulação de mercados é compreendida como função da União, havendo pequena participação do estado.

5.4 Atuação do gestor estadual na prestação de serviços de saúde segundo a lógica regional

A SES-MG optou pela administração indireta para atuar na prestação de serviços à população. A rede própria hospitalar do estado está sob a responsabilidade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Além disso, a SES-MG é gestora de unidades hospitalares presentes em municípios não habilitados para tal função.

Os achados desta pesquisa mostram que a relação entre a SES-MG e a FHEMIG se caracteriza por uma interação gestor e prestador, com a diferença de que a secretaria tem o poder de nomear o presidente e a direção da fundação. A FHEMIG presta serviços por meio de contratos (chamados Termos de Cooperação entre entes públicos) estabelecidos com municípios plenos ou com o estado (nos municípios não-plenos). Esses contratos são compostos por um plano operativo e metas, que devem ser cumpridos pela FHEMIG como condição para o recebimento dos recursos financeiros. Segundo os entrevistados, a fundação assume toda a responsabilidade pela contratação e manutenção de funcionários próprios ou terceirizados, bem como processos relativos à compra, armazenamento e distribuição de materiais e insumos.

A FHEMIG realiza a gerência de 20 unidades hospitalares (estando 11 situadas na capital e nove no interior) e do programa de transplantes do estado (MG Transplantes). Tais instituições hospitalares estão distribuídas em cinco complexos assistenciais de acordo com os serviços prestados, são: 1) Urgência e Emergência: três unidades na capital e uma no interior; 2) Especialidades: três unidades na capital; 3) Saúde Mental: quatro unidades na capital e uma no interior; 4) Hospitais Gerais: um na capital e três no interior; e 5) Recuperação e Cuidado ao Idoso: quatro unidades no interior, nas antigas instituições destinadas ao cuidado da hanseníase.

A missão da FHEMIG é: “Prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual, participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais” (FHEMIG. Relatório de Gestão, 2007). Para tanto, realiza atendimentos ambulatoriais e internações, posicionando-se como referência regional e/ou estadual em alguns casos.

Algumas de suas unidades estão mais integradas aos sistemas regionais do que outras, de modo que merecem destaque os hospitais de urgência e emergência e de especialidades localizados na capital mineira, e os hospitais gerais situados em três macrorregiões do estado. Além disso, a fundação também possui a função de prestar serviços em áreas estratégicas (setores que não interessam aos prestadores filantrópicos ou privados), como é o caso das instituições de longa permanência, destinadas aos cuidados de pacientes considerados fora de possibilidade terapêutica e reabilitação de idosos e deficientes.

O critério utilizado pela SES-MG para estabelecer as unidades hospitalares de referência regional e/ou estadual não guarda relação com o fato de ela ser pública, segundo entrevistas com representantes da SES-MG. Os hospitais gerenciados pela FHEMIG não são eleitos automaticamente como pontos de referência nas redes de atenção prioritárias do estado. As unidades beneficiadas pelo Pro-Hosp são escolhidas pelos municípios no âmbito das CIBs Micro e Macrorregionais, responsáveis pela governança dessas redes de atenção.

A tabela 12 apresenta a evolução das internações hospitalares na rede pública estadual por especialidade no período do estudo, diante do total de internações do estado. Nota-se que o número total de internações hospitalares em Minas Gerais se mantém praticamente constante ao longo de todo o período 2003-2007, havendo um aumento importante no número de internações nos hospitais estaduais – que passa de 29.167, em 2003, para 81.083, em 2007. Contudo, cabe destacar que, mesmo em 2007, as internações estaduais representam menos de 10% do total de internações hospitalares de Minas Gerais.

Segundo a tabela 12, a especialidade responsável pelo maior número de internações na rede pública estadual é a clínica cirúrgica; em segundo lugar, encontra-se a clínica médica; seguida, em terceiro lugar, pela obstetrícia. Pediatria e psiquiatria também representam um alto volume de internações ao longo de todo o período analisado. Chama a atenção, a ausência de internações para reabilitação a partir de 2004; assim como o aumento crescente de internações para cuidado prolongado (crônicos), confirmando a importância do papel da rede estadual nesse setor. As internações em fisiologia e hospital-dia representam o menor volume de internações, mas mostram tendência constante ao longo do tempo observado.

Aplicando a tecnologia da gestão da clínica, a FHEMIG possui 24 protocolos clínicos em implantação/monitoramento na maior parte das suas unidades. É considerada um dos maiores centros formadores de recursos humanos do estado, sendo a maior mantenedora de Residências Médicas (FHEMIG. Relatório de Gestão, 2007).

Tabela 12: Evolução das internações hospitalares na rede pública estadual por especialidade no período de 2003 a 2007 em Minas Gerais, diante do total de internações do estado.

Especialidades	2003		2004		2005		2006		2007	
	Estadual	Total	Estadual	Total	Estadual	Total	Estadual	Total	Estadual	Total
Clínica médica	7.925	502.611	12.277	460.491	18.112	446.232	17.747	440.594	21.065	427.193
Clínica cirúrgica	7.215	321.529	18.359	326.699	26.185	329.628	24.878	329.252	30.471	336.450
Obstetrícia	4.682	261.660	6.335	250.681	10.763	254.332	12.709	243.551	12.866	233.127
Pediatria	5.204	128.959	6.366	129.721	9.733	129.062	9.093	131.091	9.402	118.337
Psiquiatria	2.481	24.230	3.263	21.823	4.524	22.482	5.447	24.503	5.173	22.886
Reabilitação	974	128.959	-	3.778	-	4.559	-	4.111	-	3.330
Cuidados crônicos	143	707	162	894	88	726	1.491	2.368	1.313	2.255
Tisiologia	543	1.033	636	1.032	888	1.046	801	969	667	849
Hospital-dia	-	350	147	570	112	523	122	426	126	425
Total	29.167	1.245.422	47.545	1.195.689	70.405	1.188.590	72.288	1.176.865	81.083	1.144.852

Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“It is useful to explore the role of regions within the governance of health care and the extent to which the developing role of regions might lead in future to reinforcing the meso level of government” (Maino *et al.*, 2007, p. 121).

A citação acima expressa uma das motivações desta dissertação, que pretende entender as potencialidades e limites para a construção de sistemas regionais de saúde sob condução do gestor estadual, tendo em vista os dilemas federativos no Brasil. A partir das experiências internacionais na construção de sistemas nacionais de saúde, admite-se, como pressuposto deste estudo, a importância da esfera estadual na condução da regionalização do SUS. Diante disso, cabe retomar uma questão central: em que medida os estados são capazes de lidar com o contexto adverso advindo dos dilemas federativos e da forma como se deu a descentralização do SUS, com ênfase para os municípios sem a face da regionalização. Questiona-se o quanto a atuação do gestor estadual é possível diante da complexidade do federalismo brasileiro, das restrições impostas aos estados pelo quadro de endividamento sofrido nos anos 1990 e das indefinições de sua função nas primeiras normativas que regulamentaram o SUS.

O estudo do caso de Minas Gerais objetiva discutir, com base em uma experiência concreta, o modo como o estado lida com esses dilemas institucionais na prática da gestão e quais as potencialidades e limites da condução estadual da regionalização na saúde.

No plano federativo, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) precisa lidar com um grande número de municípios, a maioria de pequeno porte e baixa capacidade institucional, o que pode favorecer a fragmentação do sistema; com uma multipolarização de poder e interesses políticos, a qual pode dificultar a compreensão e adesão a projetos e ações interdependentes, reduzindo a governabilidade do estado; com acentuadas diferenças interregionais, as quais pedem olhares específicos e planos redistributivos; e com as consequências do programa de ajuste fiscal e financeiro estabelecido com a União, que impõe restrições aos gastos em políticas públicas e sociais.

No contexto da configuração do SUS no estado, a SES-MG precisa enfrentar uma rede de serviços de saúde cuja implantação se deu, historicamente, de maneira descoordenada e fragmentada, havendo predominância de unidades hospitalares em municípios de baixo porte (população abaixo de 20 mil habitantes), com pouca resolubilidade e reduzida capacidade tecnológica; e importantes diferenças interregionais na distribuição de equipamentos.

Os achados deste estudo permitem afirmar que as estratégias e instrumentos usados pela SES-MG na condução da regionalização podem atenuar os efeitos de processos mais amplos, tanto os de ordem macro quanto meso. Portanto, se as características institucionais do federalismo e as lacunas da política nacional constroem a atuação do estado, elas não são impeditivas para a formulação de alternativas. Ao que parece, variáveis relacionadas ao processo político e a própria gestão estadual podem melhor explicar os rumos e resultados de políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde.

As principais estratégias no âmbito da formulação de políticas e planejamento estão relacionadas aos processos de elaboração, implantação e avaliação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); estímulo e apoio técnico à gestão microrregional; e constituição das redes de atenção. No financiamento, destacam-se as estratégias de alocação regional de recursos próprios segundo critério redistributivo; e direcionamento dos investimentos em função das metas acordadas com o governo do estado. Na regulação, a implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUS Fácil); e a promoção de ações educacionais merecem destaque. Na prestação de serviços, a SES-MG optou pela administração indireta via Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Traçando-se um balanço do papel da SES-MG na regionalização, pode-se identificar potencialidades e limites desse processo. As potencialidades do caso mineiro estão relacionadas ao modo como este enfrentou, por meio das estratégias e instrumentos formulados, dois desafios importantes para consolidação do papel dos estados na regionalização da saúde. Em primeiro lugar, a decisão de assumir a condução da regionalização e cumprir funções específicas para seu avanço e, em segundo, a recuperação da prática do planejamento estratégico.

A decisão política da SES-MG em assumir a condução da regionalização está associada a um compromisso assumido junto à direção do governo, uma vez que a regionalização da assistência à saúde está prevista no PMDI como estratégia fundamental para o alcance de melhorias nas condições de saúde da população e avanços do SUS no estado. Essa decisão pode ser interpretada como o primeiro passo em direção ao fortalecimento do papel do nível estadual na construção de sistemas regionais. O cumprimento de funções específicas em cada uma das macrofunções do Estado na saúde é condição essencial para o avanço da regionalização. Com base nas estratégias e instrumentos desenvolvidos em Minas Gerais, pode-se afirmar que a secretaria tem se esforçado nesse sentido, assumindo novas responsabilidades em função da regionalização.

A busca pela superação de um planejamento cartorial, sem base territorial e afastado da realidade locorregional, conforma outro potente modo de atuação. Ao recuperar o planejamento estratégico, a SES-MG fortalece o processo de regionalização e aumenta seu potencial de efetividade, pois valoriza o contexto de organização dos serviços, o histórico de fluxos intermunicipais e a participação dos atores imbricados (gestores e técnicos municipais, membros do controle social e representantes dos órgãos de gestão estadual descentralizada). A partir de um diagnóstico situacional, a secretaria traçou um plano de ação, o qual define o modelo de atenção à saúde do estado e direciona os investimentos setoriais. Percebe-se uma preocupação da SES-MG em planejar a construção de redes assistenciais com base na definição dos papéis de cada ente segundo níveis regionais e de complexidade crescentes. Também nota-se a preocupação com a ampliação da cobertura do primeiro nível de atenção. Ao fim, pode-se dizer que a macrofunção formulação de políticas e planejamento é uma das mais desenvolvidas e robustas no estado.

Outros desafios também se colocam para a condução estadual da regionalização. Trata-se da superação da fragmentação interna, bem como das carências institucionais da secretaria estadual; e da promoção de uma efetiva articulação intergestores. No entanto, diferentemente dos dois primeiros, evidenciam-se dificuldades da atuação da SES-MG nesses processos.

A SES-MG tem procurado promover sua articulação interna por meio da disseminação de seus planos por toda a estrutura organizacional (endomarketig) e implantação de incentivos gerenciais (Acordo de Resultados) para estimular o envolvimento de todos os funcionários no cumprimento das metas institucionais. No entanto, as informações obtidas por meio das entrevistas realizadas com representantes da SES-MG e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG) sugerem lacunas no âmbito das Gerências Regionais de Saúde (GRSs), apesar das iniciativas da SES-MG no campo das ações educacionais. Os entrevistados apontam fragilidades no alinhamento conceitual dessa instância com a SES-MG, bem como na capacidade técnica para exercício do seu papel enquanto órgão representante do nível estadual nas regiões. Reconhecendo esse déficit, dirigentes e técnicos da SES-MG comentaram medidas para superá-lo – contudo, elas ainda não foram implementadas.

Em relação à articulação intergestores, o material empírico deste estudo evidencia esforços da esfera estadual nessa direção, manifestados por meio da instituição das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) Micro e Macrorregionais, inclusive, em um período anterior à prerrogativa nacional; além disso, mostra que a SES-MG tem investido no fortalecimento da

gestão microrregional por meio de oficinas que visam ampliar a capacidade técnica dessas instâncias. No entanto, não houve consenso entre os entrevistados sobre a real capacidade das CIBs Micro e Macrorregionais em não apenas congregarem gestores em torno da negociação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), mas articular gestores e técnicos municipais e estaduais na discussão de questões ligadas ao planejamento e regulação regional. Alguns dos entrevistados afirmam que, apesar das iniciativas da secretaria, essas instâncias não estão prontas para cumprir atividades tais, como identificação de necessidades, definição de prioridades e elaboração de planos locais, micro e macrorregionais, em consonância com os princípios e diretrizes do PDR; oferecer cooperação e apoio técnico aos municípios, e realizar fiscalização, controle e avaliação dos serviços (e seus prestadores) e do sistema microrregional.

O maior limite à condução estadual da regionalização refere-se às dificuldades de superação da fragmentação do sistema de saúde no estado, gerada pela forma como o processo de descentralização foi conduzido no Brasil. A SES-MG tem buscado superar essa fragmentação por meio de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento. Exemplo disso é o estímulo e apoio técnico à gestão microrregional, implantação do SUS Fácil e criação de incentivos financeiros para superar os vazios assistenciais. Contudo, o maior esforço nesse sentido está relacionado à constituição das redes de atenção prioritárias do estado. As redes prevêem pontos de atenção bem definidos em cada nível de complexidade, e o suporte de sistemas de apoio (como o sistema de informação integrado) e logísticos (como o Sistema Estadual de Transporte em Saúde, SUS Fácil e Prontuário eletrônico) para garantir a integração das ações e serviços. No entanto, a implantação dessas redes é um processo em curso, sendo que muitos desses projetos (sistemas de apoio e logísticos) ainda estão em fase de formulação ou implantação incipiente.

Outros problemas à atuação da SES-MG na condução da regionalização, segundo os entrevistados, estão relacionados à: 1) Baixa capacidade institucional dos municípios, uma vez que grande parte dos gestores municipais não possui habilidades técnicas para o exercício da gestão e, a alta rotatividade do cargo impede que gestores capacitados pelo estado se mantenham durante períodos mais longos; 2) Ausência de institucionalidade legal das CIBs (Estadual, Micro e Macrorregional), pois não sendo entes jurídicos não podem expandir suas funções na regionalização, por exemplo, realizando a contratação de serviços necessários àquela região adscrita; 3) Permanência da visão local *versus* a visão regional, fator que restringe a compreensão dos municípios acerca dos objetivos da regionalização do sistema de saúde, impedindo que eles se enxerguem como parte de um processo coordenado e

cooperativo, e mantenham modos de ação próprios do municipalismo autárquico; 4) Descontinuidade administrativa na gestão municipal; e 5) Ampla extensão do território e acentuadas diferenças interregionais, que exigem uma postura estadual na formulação e implementação de políticas que facilitem o acesso e minimize a iniquidade.

Alguns desses problemas exigem um enfrentamento de natureza política. São exemplos, as dificuldades em se realizar a correspondência entre a divisão administrativa (28 GRSs) e assistencial (13 macrorregiões e 75 microrregiões) do estado; e ainda os desafios inerentes à aplicação de critérios técnicos para definição dos pólos de referência das macro e microrregiões, em função da força das questões político-locais que falam pela permanência de regiões multipolares. Nesses casos, faz-se necessário que o estado interfira em interesses políticos já acomodados, o que implica em grandes dificuldades em decorrência do arranjo federativo brasileiro, que consolidou a força do poder local no pós-1988.

Como todo estudo de caso, a impossibilidade de fazer generalizações para outras realidades faz parte das limitações desta pesquisa. Contudo, a construção teórica realizada e a análise da experiência de Minas Gerais permitem inferir que a superação dos desafios relacionados ao processo de regionalização no SUS depende muito mais da capacidade e vontade política do estado em assumir seu papel na condução da regionalização, desenvolvendo mecanismos para enfrentar a municipalização autárquica e fragmentação do sistema, e as carências na capacidade institucional e fragmentação interna da secretaria, recuperando a prática do planejamento estratégico, promovendo uma efetiva articulação intergestores e assumindo funções específicas para o avanço da regionalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F. L. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998. 253 p.
- ABRUCIO, F. L.; COSTA, V. M. F. *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. Cadernos de Pesquisas n. 12. São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung e V., 1998.
- ABRUCIO, F. L. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHE, F.; VANNUCHI, P. (Orgs.). *Reforma política e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-265.
- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.77-125.
- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.
- ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados – Rev. de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H. F. W.; SALTMAN, R. B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 22-43.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm >. Acesso em: 10 de fevereiro de 2008.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. *Norma Operacional Básica 01/91*. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. *Norma Operacional Básica 01/92*. Brasília: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

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

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso*. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes*

Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 76 p.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 376, de 16 de fevereiro de 2007. Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 21 fev. 2007, p. 48.

CALDEIRA, S. M. M. de A. Programa de Reestruturação e Ajuste Fiscal do estado de Minas Gerais. In: CEDEPLAR (CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL). *XIII Seminário sobre a Economia Mineira: Economia, história, demografia e políticas públicas* (Trabalhos apresentados). Diamantina (MG), 26 a 29 de agosto de 2008.

CARVALHO, J. M. Federalismo y Centralización en el Imperio Brasileño: historia y argumento. In.: CARMAGNANI, M. (Ed.). *Federalismos Latinoamericanos: México/Brasil/Argentina*. México: El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica, 1995.

COELHO, M. A.; RAUSCH, M. do C. P. *Regulação assistencial: SUS Fácil*. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais [mimeo], 2008.

CONGRESSO NACIONAL. *Projeto de Lei Complementar nº 306/2008*. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (texto aprovado pelo Senado Federal). Brasília, DF, 06 de maio de 2008.

DER-MG (DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTRADAS E RODAGENS-MINAS GERAIS). Dados sobre Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.der.mg.gov.br>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2009.

DULCI, O. S. Guerra fiscal, desenvolvimento desigual e relações federativas no Brasil. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 18, p. 95-107, jun. 2002.

ELAZAR, D. J. *Exploring Federalism*. Tuscaloosa, AL: The University of Alabama Press, 1987. 335 p.

FAVERET, A. C. S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FHEMIG (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS). *Relatório de Gestão*. Belo Horizonte: FHEMIG, 2007. 95 p.

FJP (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO). Minas Gerais em números: PIB. Disponível em: <<http://www.datagerais.mg.gov.br>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

GOVERNO DE MINAS GERAIS; MACROPLAN. *Cenários exploratórios de Minas Gerais 2007-2023*. Belo Horizonte: Governo de Minas Gerais, 2007. 234 p.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Contas Regionais do Brasil 2003-2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1264&id_pagina=1>. Acesso em: 19 de janeiro de 2009b.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Estados@: Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2009a.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Soc.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, out. 1999.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde - 1974/1996. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

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

LIJPHART, A. *Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 389 p.

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 352 p.

LIMA, L. D. *et al.* O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In.: UGÁ, M. A. *et al.* (Orgs.). *Política de saúde no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (no prelo).

LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. *Revista Economia e Sociedade*, Campinas, v. 15, p. 117-158, dez. 2000.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007. 504 p.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In.: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. C. *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MACHADO, E. N. da M.; MAIA, A. C. A saúde no estado de Minas Gerais. In.: FERREIRA, A. H. B. (Org.). *O estado do estado*. Belo Horizonte: Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais (SEPLAG), 2007.

MAINO, F. *et al.* Effects of decentralization and recentralization on political dimensions of health systems. In: SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 120-140.

MALACHIAS, I. *Metodologia e base conceitual do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais*. Apresentação em *power point* realizada no âmbito do Projeto de Cooperação ENSP/SESDEC-RJ. Rio de Janeiro (RJ), 07 de agosto de 2008.

MARQUES, E. Notas Críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, São Paulo, n. 43, p. 67-102, 1997.

MENDES, E. V. *O plano estratégico da saúde em Minas Gerais*. Apresentação em *power point* realizada no âmbito do Projeto de Cooperação ENSP/SESDEC-RJ. Rio de Janeiro (RJ), 06 de agosto de 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Superintendência Central de Planejamento. *Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2004-2007*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, 2004. 469 p.

MINAS GERAIS. Decreto 43.241, de 27 de março de 2003. Regulamenta a Lei Delegada n. 64, de 29 de janeiro de 2003, que dispõe sobre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 28 mar. 2003, p. 25.

MINAS GERAIS. Decreto 44.155, de 21 de novembro de 2005. Altera o Decreto n. 43.241, de 27 de março de 2003, que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 22 nov. 2005, p. 03.

MINAS GERAIS. Decreto 44.479, de 09 de março de 2007. Estabelece a estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Saúde e da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 10 mar. 2007, p. 01.

MINAS GERAIS. Decreto 44.510, de 04 de maio de 2007. Acrescenta o inciso X ao art. 1º do Decreto 44.479, de 09 de março de 2007, definindo as Gerências Regionais de Saúde como parte integrante da estrutura da Secretaria de Estado de Saúde. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 05 maio 2007, p. 01.

MINAS GERAIS. Decreto 44.932, de 30 de outubro de 2008. Dispõe sobre a organização da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 31 out. 2008, p. 01.

MINAS GERAIS. Lei Delegada n. 64, de 29 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a Secretaria de Estado de Saúde e dá outras providências. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 30 jan. 2003, p. 12.

MINAS GERAIS. Lei Delegada n. 127, de 25 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a estrutura orgânica básica da Secretaria de Estado de Saúde - SES. *Diário do Executivo [MG]*, Belo Horizonte, 26 jan. 2007, p. 13.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado do Planejamento e Gestão (Coord). *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2007-2023*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado do Planejamento e Gestão, 2007. 52 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80 p.

PIANCASTELLI, M.; PEROBELLI, F. *ICMS: evolução recente e guerra fiscal*. Texto para discussão n. 402. Brasília: Ipea, fev. 1996.

PIANCASTELLI, M.; MIRANDA, R. B.; VASCONCELOS, J. R. *Esforço fiscal dos estados brasileiros*. Texto para discussão n. 1045. Brasília: Ipea, set. 2004.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (Orgs.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 25-38.

RICE, N.; SMITH, P. C. Strategic resource allocation and funding decisions. In.: *Funding health care: options for Europe*. London: Oxford, 2005. p. 250-271.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBÆK, K. (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. 298 p.

SANTOS, F. B. T. dos. A construção econômica recente. In: BDMG (BANCO DE DESENVOLVIMENTO DE MINAS GERAIS). *Minas Gerais do século XXI: O ponto de partida*. Belo Horizonte: Rona Editora, 2002. p. 9-56.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Programa Saúde em Casa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005. 28 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Deliberação CIB-SUS/MG nº 095, de 17 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2004/del95.doc>. Acesso em: 05 de maio de 2008a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Deliberação CIB-SUS/MG nº 365, de 19 de julho de 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/365_PLANEJASUS.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2008b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS/GERÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO E INFORMAÇÕES EM SAÚDE. Plano Diretor de Regionalização. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/arquivos-pdr/Apresentacao%20PDR%20para%20Internet%20com%2044%20slides%20em%20PDF.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Farmácia de Minas. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-mina/>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. FHEMIG. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/fhemig/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. FUNED. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/funed/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. HEMOMINAS. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/hemominas/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Mapa estratégico. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/objetivo-operacional-e-competencias-legais/mapa_estrategico.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Organograma da SES-MG. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/organograma_pt>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Pro-Hosp. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/pro-hosp>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Sistema Estadual de Transporte em Saúde. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/sistema-estadual-de-transporte-sanitario>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

SEMINÁRIO PLANEJASUS. *A macrorregião caminhando junto com o desenvolvimento das políticas de saúde no estado de Minas Gerais*. Apresentação em power point realizada no Seminário COSEMS-MG em ação 2008 e a implementação do Pacto pela Saúde. Belo Horizonte (MG), 22 de agosto de 2008.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

SIOPS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em 20 de março de 2009.

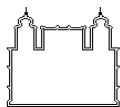
UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 139-151, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais”, desenvolvida por Adelyne Maria Mendes Pereira, sob orientação da Prof. Dra. Luciana Dias de Lima. A pesquisa dará origem a uma dissertação que será apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

O(a) Sr(a) foi selecionado pelo conhecimento acumulado e/ou função relevante que exerce no contexto do processo de regionalização em Minas Gerais e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Esse trabalho pretende analisar a influência do contexto mais geral do Estado federativo e do campo normativo da saúde para a atuação do gestor estadual do SUS na condução do processo de regionalização. A escolha da SES – MG está relacionada ao reconhecimento da capacidade institucional acumulada por essa secretaria, principalmente no tocante à regionalização, além de todas as características federativas que o estado reúne (importância histórica para a federação, grande número de municípios e diversidade geopolítica).

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a condução do processo de regionalização pela esfera estadual no estado, bem como fornecer informações referentes aos programas, projetos e ações relacionadas ao processo de regionalização em saúde no estado, por meio de documentos oficiais (exs: textos, relatórios, material de apoio) produzidos e disponíveis na Secretaria de Estado de Saúde, além da regulamentação estadual específica sobre o tema (leis, decretos, portarias). Essa entrevista será gravada, visando facilitar o processo de análise. A fita ficará sobre posse exclusiva da pesquisadora, e será utilizada somente para fins desse estudo, sendo destruída após o período de cinco anos, conforme a Resolução n.196/96.

O nome do(a) Sr(a) não será divulgado para evitar a sua identificação, embora esta possa ser realizada em função da importância de sua trajetória e/ou cargo público que ocupa. As informações provenientes das entrevistas serão cotejadas com outras fontes de pesquisa, sendo sua interpretação e análise de responsabilidade da pesquisadora. Na eventualidade da citação da fala de um entrevistado, os dados de identificação não serão expostos, podendo ser feita alguma referência mais genérica ao grupo a que pertence o entrevistado (por exemplo: representante da SES ou do COSEMS). Caso haja interesse, a pesquisadora se compromete a devolver os resultados do estudo aos entrevistados, por meio de apresentação oral aos grupos e/ou envio do trabalho final redigido.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, (CEP/ENSP) podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

 Adelyne Maria Mendes Pereira
 Pesquisadora

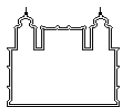
 Dra. Luciana Dias de Lima
 Pesquisadora-Orientadora

DAPS - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – 7º. Andar. Tel.: (21) 2598-2849
 CEP/ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480, sala 314. Tel.: (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

 Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 Programa de Mestrado em Saúde Pública



Roteiro semi-estruturado de entrevista*

(Modelo para representantes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/SES-MG)

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Identificação do entrevistado

Nome:

Cargo/função ocupada na SES-MG (dar ênfase às atribuições desta estrutura):

Tempo de ocupação do cargo/função na SES-MG:

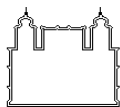
Trajetória anterior - cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo:

- 1) O que o sr (sr^a) entende por regionalização da saúde?
- 2) Em sua opinião, qual o papel da instância estadual na condução da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)?
- 3) O que a SES-MG definiu como atribuições próprias no processo de regionalização do SUS? (Atribuições no tocante ao planejamento, regulação, prestação de serviços e financiamento).
- 4) O que a SES-MG definiu como atribuições dos diferentes municípios no processo de regionalização do SUS?
- 5) Quais foram os critérios utilizados para a divisão de responsabilidades entre a secretaria estadual e as secretarias municipais no processo de regionalização? Quais foram os critérios utilizados para a divisão de responsabilidades entre os municípios na região de saúde?
- 7) Que mecanismos (estratégias e instrumentos) a SES-MG usou para articular os municípios em diferentes regiões de saúde? Como foi essa negociação, que atores estiveram envolvidos (gestores, conselheiros)?
- 8) Como a SES-MG enfrenta os constrangimentos impostos ao financiamento da saúde no estado? Foram implantados incentivos financeiros diretos ou investimentos na rede para estimular a regionalização da saúde no estado?

- 9) Quais os instrumentos usados para permitir a integração das ações e serviços de saúde situados em diferentes municípios? Quais os instrumentos utilizados para o controle e avaliação dos acordos estabelecidos?
- 10) Que mecanismos (estratégias e instrumentos) a SES-MG utiliza para assegurar a negociação e decisão intergovernamental no processo de regionalização?
- 11) Que mecanismos (estratégias e instrumentos) a SES-MG utiliza para assegurar a regionalização (ou a implantação do plano regional de saúde) no estado? (Mecanismos de financiamento, regulação, controle e avaliação, prestação direta de serviços).
- 12) Que aspectos relativos ao estado de Minas Gerais, o sr (sr^a) considera que interferem no processo de regionalização da saúde? (Entendam-se como aspectos os dilemas federativos.)
- 13) Em sua opinião, existem interesses divergentes (objetivos e visões diferentes por parte dos diversos atores) em relação ao processo de regionalização da saúde no estado? Se existem, como a SES-MG buscou conciliá-los?
- 14) Em sua opinião, de que forma o plano regional de saúde desenvolvido no estado informa a atuação da secretaria estadual de saúde e/ou do seu setor de atuação.
- 15) Como o processo de planejamento regional em saúde se articula com o planejamento mais geral do estado? (Relação entre a regionalização da saúde e o desenvolvimento regional do estado.)
- 16) Em sua opinião, quais as dificuldades para o avanço da regionalização no estado? Quais as razões dessas dificuldades?
- 17) Para o sr (sr^a), quais são os avanços do processo de regionalização da saúde no estado? O que o sr (sr^a) identifica como razões desses avanços?
- 18) O sr (sr^a) quer destacar algum material bibliográfico desenvolvido sobre a regionalização da saúde no estado?
- 19) Considerações finais do entrevistado.

*Obs.: Este roteiro sofreu pequenas adaptações de acordo com o setor de atuação do entrevistado na SES-MG.

APÊNDICE C



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Programa de Mestrado em Saúde Pública



Roteiro semi-estruturado de entrevista

(Modelo para representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais/COSEMS-MG)

Data da entrevista:

Local:

Identificação do entrevistado

Nome:

Município que representa:

Tempo de ocupação do cargo de secretário municipal:

Cargo/função ocupada no COSEMS-MG:

Tempo de ocupação do cargo no COSEMS-MG:

Trajatória anterior - cargos/funções relevantes desempenhadas na saúde ou outros setores do governo:

- 1) O que o sr (sr^a) entende por regionalização da saúde?
- 2) Em sua opinião, qual o papel da instância estadual na condução da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)? E qual o papel das secretarias municipais no processo de regionalização do SUS?
- 3) O que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) definiu como atribuições próprias no processo de regionalização do SUS?
- 4) O que a SES-MG definiu como atribuições dos diferentes municípios no processo de regionalização do SUS?
- 5) Quais foram os critérios utilizados para a divisão de responsabilidades entre a secretaria estadual e as secretarias municipais no processo de regionalização? Quais foram os critérios utilizados para a divisão de responsabilidades entre os municípios na região de saúde?
- 6) Quais os instrumentos usados para permitir a integração das ações e serviços de saúde situados em diferentes municípios? Quais os instrumentos utilizados para o controle e avaliação dos acordos estabelecidos?

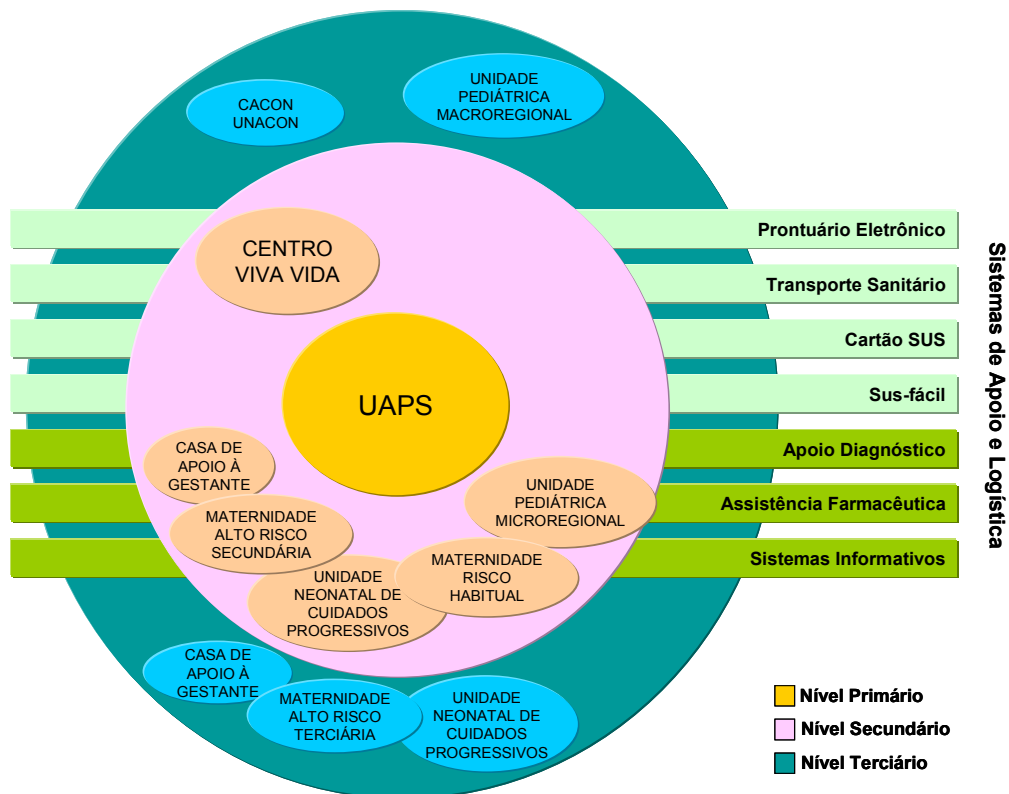
- 7) Que mecanismos (estratégias e instrumentos) a SES-MG usou para articular os municípios em diferentes regiões de saúde?
- 8) Como foi essa negociação, que atores estiveram envolvidos (gestores, conselheiros)?
- 9) Como a SES-MG enfrenta os constrangimentos impostos ao financiamento da saúde no estado?
- 10) Foram implantados incentivos financeiros diretos ou investimentos na rede para estimular a regionalização da saúde no estado?
- 11) Que aspectos relativos ao estado de Minas Gerais, o sr (sr^a) considera que interferem no processo de regionalização da saúde?
- 12) Em sua opinião, existem interesses divergentes em relação ao processo de regionalização da saúde no estado? Se existem, como a SES-MG buscou conciliá-los?
- 13) Em sua opinião, quais as dificuldades para o avanço da regionalização no estado? Quais as razões dessas dificuldades?
- 14) Para o sr (sr^a), quais são os avanços do processo de regionalização da saúde no estado? O que o sr (sr^a) identifica como razões desses avanços?
- 15) O sr (sr^a) quer destacar algum material bibliográfico desenvolvido sobre a regionalização da saúde no estado?
- 16) Considerações finais do entrevistado.

ANEXO

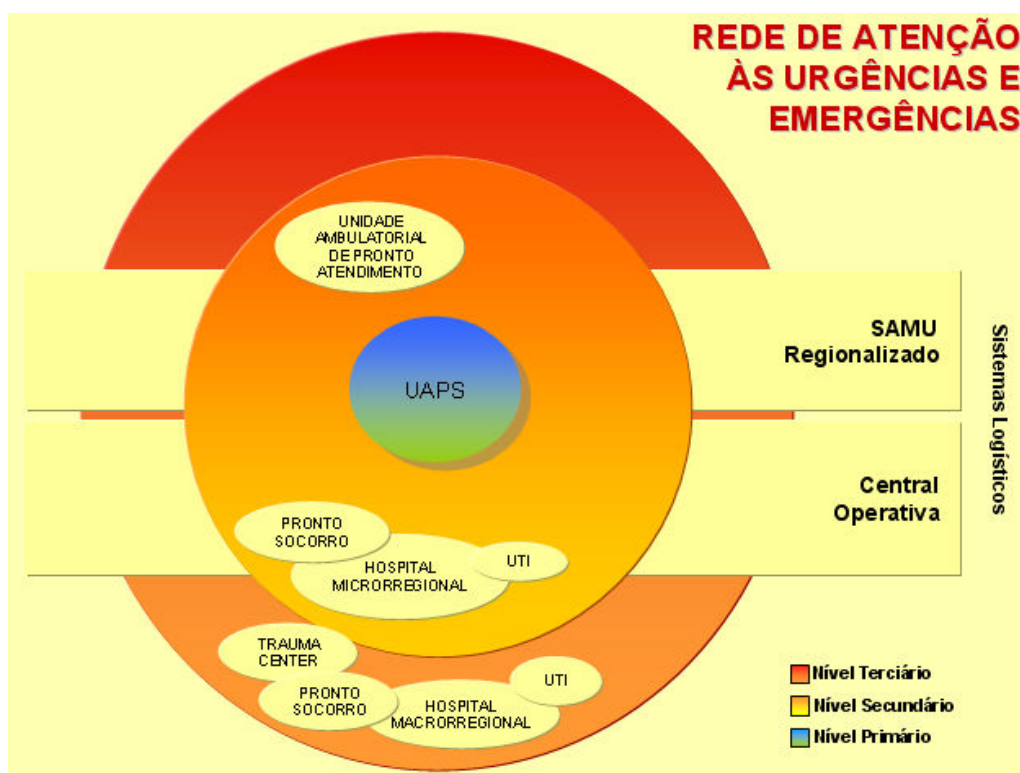
ANEXO A

Estrutura operacional das redes de atenção à saúde prioritárias em Minas Gerais

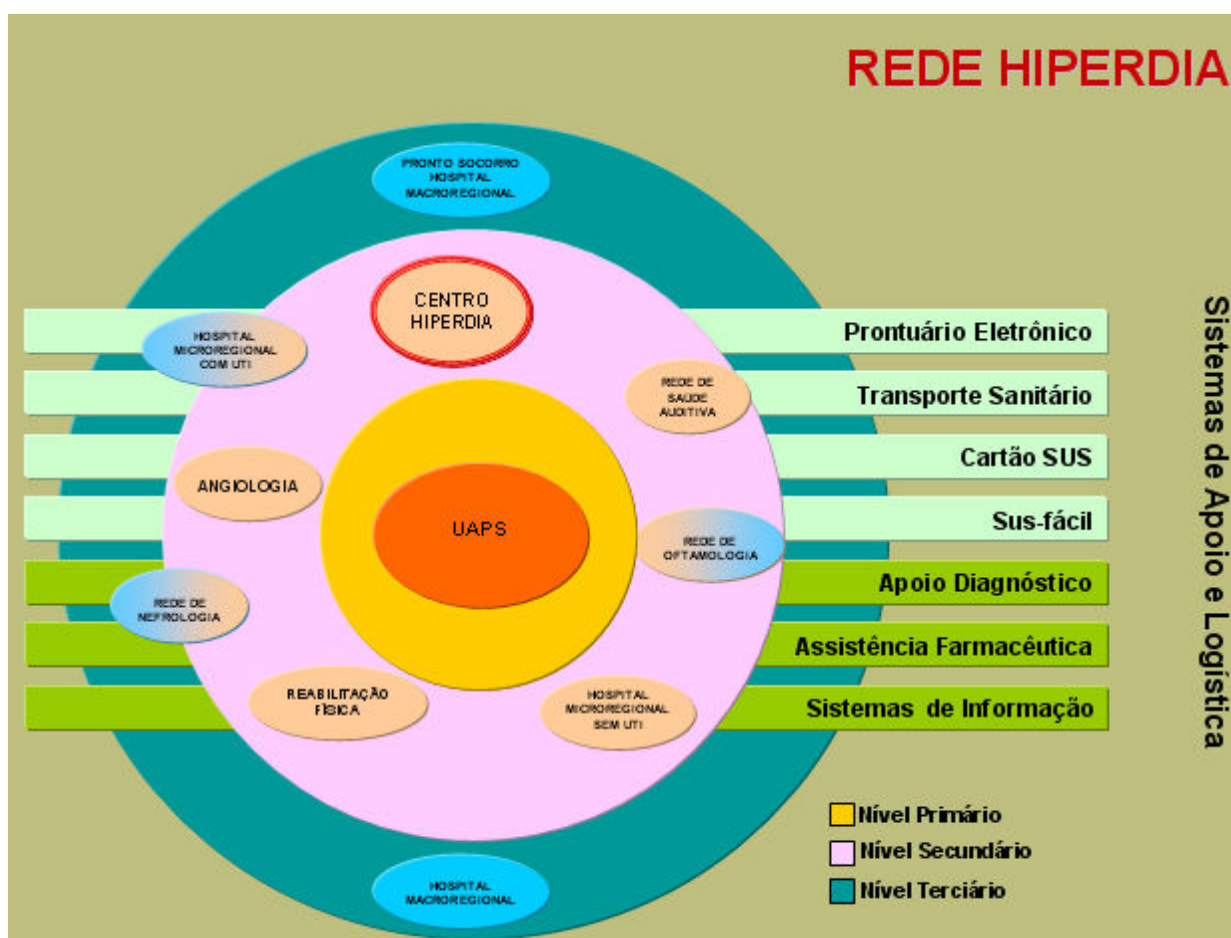
Estrutura operacional da Rede Viva Vida em Minas Gerais.



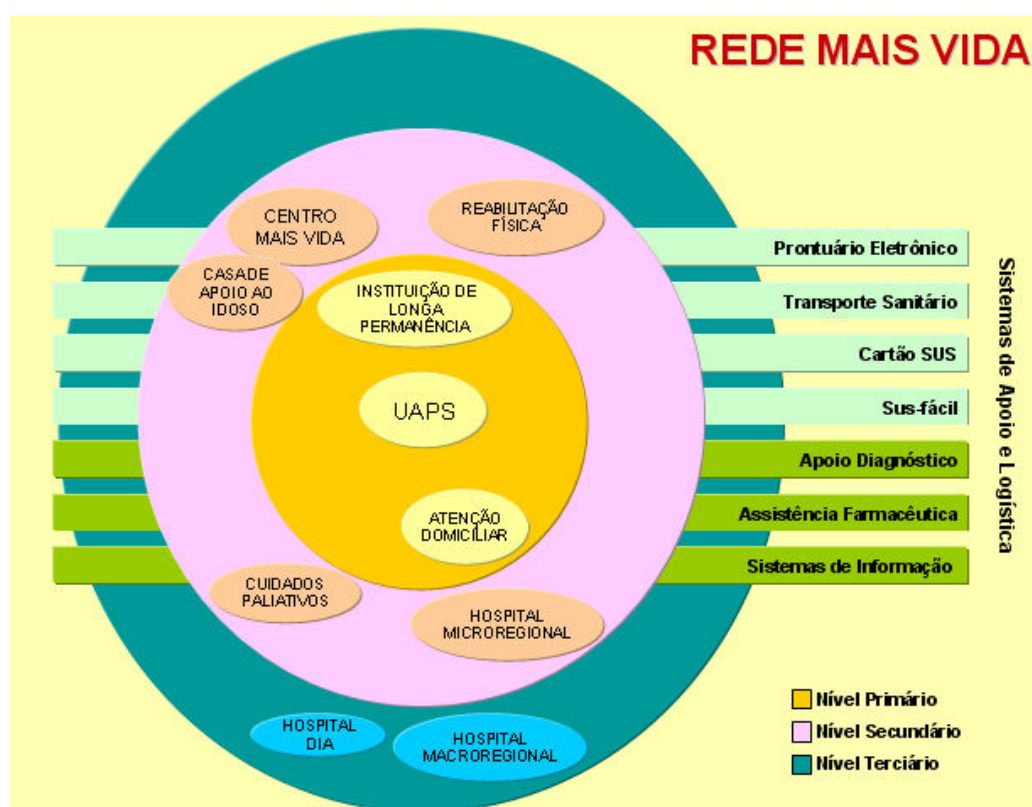
Estrutura operacional da Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais.



Estrutura operacional da Rede Hiperdia em Minas Gerais.



Estrutura operacional da Rede Mais Vida em Minas Gerais.



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)