Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Marilia Coser Mansur Mesquita

Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do Estado do Espírito Santo, Brasil

Rio de Janeiro
2010

Marilia Coser Mansur Mesquita

Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do Estado do Espírito Santo, Brasil

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M582 Mesquita, Marilia Coser Mansur.
Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do estado do Espírito Santo, Brasil / Marilia Coser Mansur Mesquita. – 2009.
234f.

Orientadora: Sulamis Dain.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Federalismo – Espírito Santo – Teses. 2. Regionalismo – Espírito Santo – Teses. 3. Relações interestaduais – Teses. 4. Finanças públicas – Espírito Santo – Teses. 5. Gestão em saúde. I. Dain, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 342.24:336

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura Data

Marilia Coser Mansur Mesquita

Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do Estado do Espírito Santo, Brasil

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 30 de abril de 2010.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Sulamis Dain (Orientadora)

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Luciana Dias de Lima

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

_____

Prof.ª Dra. Ana Cecília de Sa Campello Faveret

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

_____

Prof. Dr. Roberto Parada

Instituto de Medicina Social - UERJ

_____

Prof. Dr. George E. M. Kornis

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Para Ana Sofia, sapeca, levada da breca, minha boneca.
Com amor

AGRADECIMENTOS

Ao longo dos últimos quatro anos, felizmente encontrei apoio e contribuições valiosas de muitas pessoas e instituições para que esta tese de doutorado fosse desenvolvida e concluída.

Sulamis Dain orientou este trabalho e foi sem dúvida minha referência desde as disciplinas cursadas no IMS para complementar o mestrado que eu realizava na ENSP, em 1999. Aprendi muito com ela sobre a economia política na saúde, sobre federalismo, sobre o financiamento das políticas sociais. Só tenho a agradecer pelo convívio, pelo aprendizado, pelas idéias e pela amizade.

George Kornis, Luciana Dias de Lima e Ana Cecília Faveret deram sugestões importantes para o projeto por ocasião da qualificação e ofereceram importantes contribuições ao trabalho em outros momentos. Kornis, como ledor da tese, teve papel fundamental para a organização final do texto. Junto com Roberto Parada, eles aceitaram fazer parte da banca de defesa do doutorado, pelo que agradeço.

Fátima Scarparo foi minha co-orientadora informal e deu palpites fundamentais ao longo de toda a redação da tese, ensinando muito com sua delicadeza, amizade e atenção. Luísa Guimarães contribuiu com opiniões valiosíssimas sobre o processo de regionalização no SUS.

Na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), consegui o apoio necessário para iniciar o doutorado em 2006 e chegar até aqui. Antonio Ivo de Carvalho, Pedro Barbosa, Vanessa Costa e Silva, Fabius Esteves e Ana Paula Carneiro incentivaram meus estudos e permitiram que eu cumprisse a agenda do doutorado. Isabel Motta, no Serviço de Recursos Humanos, viabilizou e acompanhou meu afastamento, orientando meus passos.

A saudade do ambiente de trabalho foi muito grande no período em que precisei me afastar. Faltava a convivência diária com os colegas da ENSP, com a minha querida equipe do SEPLAN e em especial com o chefe Pedro Barbosa, com quem tanto aprendi. São muitos os amigos que tenho na ENSP torcendo por mim. Merecem meu mais profundo agradecimento.

Rogério Arthmar (UFES) foi o grande parceiro que incentivou e coordenou o projeto de pesquisa que deu origem a esta tese, apostando fichas e acreditando no meu empenho. A pesquisa foi contemplada com auxílio financeiro pelo Edital

PPSUS, realizado em parceria entre o Ministério da Saúde, a Fundação de Apoio à Pesquisa do Espírito Santo e o CNPq. Na Universidade Federal do Espírito Santo pude contar também com o incentivo e as dicas preciosas de Neide Cesar Vargas, Marta Zorzal, Pedro Benevenuto e Fátima Silva. No Espírito Santo, Erivelto Martins foi o grande incentivador deste trabalho.

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo me ofereceu o apoio necessário ao levantamento de grande parte dos documentos e à busca de informações. Anselmo Tozi, secretário, abriu-me portas e permitiu que eu circulasse, investigasse documentos, entrevistasse pessoas e participasse de fóruns, garantindo o êxito deste trabalho. Nos municípios capixabas, encontramos gestores e técnicos da saúde que ofereceram o apoio indispensável à realização das entrevistas e à recuperação de documentos de gestão sobre a esfera municipal e sobre as microrregiões.

Foram muitas as pessoas no estado do Espírito Santo que contribuíram para que este estudo fosse desenvolvido. Penso em Anselmo Tozi, Dr. José Adalberto Dazzi, Bartolomeu Martins, Francisco Dias, Anselmo Dantas, Claudio Tosta, Geraldo Queiroz, Luiza Alvarenga, Erivelto Martins, Dora Mariani, Márcia Portugal, Celeste Pupa, Solange Corradi, Aylton Simoneli, Mauricéia Guzzo, Socorro Fernandes, Cybeli Pandini, Paulo Menezes, Luiz Carlos Reblin, Márcia Andriolo e Ednéia Figueira, dentre muitos outros. Desejo agradecer também imensamente aos entrevistados da pesquisa que, anonimamente, dedicaram tempo e boa vontade para concederem depoimentos sobre a política de saúde no estado, sobre suas experiências de gestão e de trabalho na saúde, fornecendo subsídios importantíssimos à análise realizada.

Diego Brandão e João Volcov, alunos de graduação de Medicina e Enfermagem, respectivamente, fugiram algumas vezes das tarefas do outro projeto de pesquisa que realizávamos juntos para se aventurarem comigo pelo trabalho de campo desta pesquisa. Se envolveram, colaboraram muito. Além disso, as risadas e as trocas de ideias tornaram meu trabalho menos solitário e mais leve.

Na UERJ, Márcia Bezerra, Simone Motta e Ana Silvia, junto aos funcionários do Instituto de Medicina Social, foram meus "anjos" e cuidaram da minha vida de estudante e da minha tese, com dedicação.

As amigas de perto e de longe acompanham meus passos e me incentivam sempre. É uma dádiva poder compartilhar com elas toda a minha história: são quase

irmãs. Cecília, Flávia, Geórgia, Vanessa, Paula e Deise, do Rio; Lílian, Karina, Tati, Renata, Herta, Juli e Elaine, de Vitória, entre outras, fazem de mim uma pessoa melhor.

Na minha família recebi o carinho e o aconchego necessários para equilibrar o trabalho e o estudo do dia a dia. A alegria no rosto, o abraço apertado, a atenção, o cuidado comigo, as ajudas com minha filha, a presença de todos foi fundamental para eu escrever essa tese. Tia Ana, Nelle, Iza, Adolfo, avós, tios e primos, Luana e Hugo e toda a família Mesquita. As ajudas da Mãe Stela 24h no ar, alternando papéis de revisar a tese e brincar com Ana Sofia, dentre tantos outros, não têm preço. Leo compartilhou as tensões do meio do caminho e participa junto a mim de mais essa vitória. Ana Sofia foi o maior presente, que chegou para encher minha vida de amor, afeto e alegria.

Todos fazem parte da minha história e merecem o meu muito obrigada.

Todo capixaba tem
Um pouco de beija-flor no bico
Uma panela de barro no peito
Uma orquídea no gesto
Um cafezinho no jeito
Um trocadilho na brincadeira
Um congo no andar
Um jogo de cintura
Um chá de cidreira
Uma moqueca perfeita
E uma rede no olhar

Elisa Lucinda

RESUMO

MESQUITA, Marilia Coser Mansur. *Federalismo e regionalização do sistema de saúde:* a experiência do estado do Espírito Santo, Brasil. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Este estudo analisa o grau de desenvolvimento das políticas de saúde no Espírito Santo no contexto das experiências de regionalização realizadas desde 1990, buscando avaliar a gestão estadual da saúde e as relações intergovernamentais na organização do sistema de saúde de forma regionalizada. Está apoiado em pesquisa baseada em entrevistas com atores-chave do processo e na análise de documentos de gestão e de relatórios das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite estadual e Colegiados Intergestores Bipartites Microrregionais. O contexto analisado retrata a situação fiscal e financeira do estado, o marco institucional e a capacidade de atuação própria da Secretaria de Estado da Saúde e, finalmente, a experimentação de diferentes modelos de regionalização no período de análise. O estudo conclui que, para que a regionalização seja fortalecida, os processos de divisão do território devem harmonizar a lógica do setor da saúde e a regionalização de outros setores e instituições. Para tanto, são estabelecidos pontos de partida para uma perspectiva e ação mais integrados.

Palavras-chave: Federalismo. Regionalização da saúde. Relações intergovernamentais. Governo estadual. Espírito Santo.

ABSTRACT

This study examines the degree of development of health policies in the state of Espírito Santo, in the context of regionalization experiences conducted since 1990, seeking to assess the state of health management and intergovernmental relations in the organization of the health system on a regional basis. It is supported by research based on interviews with key actors in the process and analysis of management documents and reports of meetings of the state *Comissão Intergestores Bipartite* and *Colegiados Intergestores Bipartites Microrregionais*. The results of the analysis depict the tax situation and financial status of the state, the institutional framework and capacity for action of its own State Department of Health and, finally, the trial of different models of regionalization in the period of analysis. The study concludes that for regionalization to be strengthened, the processes of territorial division should harmonize the logic of the health sector and the regionalization of other sectors and institutions. To this end, there shall be established starting points for a more integrated perspective and action.

Keywords: Federalism. Regionalization of health system. Intergovernmental relations. State government. State of Espirito Santo. Brazil.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE

BANDES – Banco de desenvolvimento do Estado do Espírito Santo

BANESTES – Banco do Estado do Espírito Santo

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CES – Conselho Estadual de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIB – Comissão Intergestores Bipartite ou Colegiado Intergestores Bipartite

CIB Micro – Comissão Intergestores Bipartite Microrregional

CIB-ES – Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo

CIM – Comissão Intergestores Microrregionais

CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS-ES – Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo

DAD – Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde

DATASUS – Departamento de Informações e Informática do SUS

EC – Emenda à Constituição

ES – Estado do Espírito Santo

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIRJAN – Federação das Indústrias do Rio de Janeiro

FMI – Fundo Monetário Internacional

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo do Governo de São Paulo

FUNDAP – Fundo de Subsídio às Atividades Portuárias do Espírito Santo

FUNDEF – Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica

GPAB-A – Gestão Plena da Atenção à Saúde Ampliada

GPSE – Gestão Plena do Sistema Estadual

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação

IESP – Instituto Estadual de Saúde Pública

IFDM – Índice de Desenvolvimento Municipal (FIRJAN)

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei nº 101/2000)

MS – Ministério da Saúde

NESF – Núcleo Estratégico da Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PPA – Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PROES – Programa de Incentivo à Redução da Presença do Estado na Atividade Bancária

PSF – Programa Saúde da Família

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

VAF – Valor Adicionado Fiscal

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	15
1	**FEDERALISMO, RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, O PAPEL DOS ESTADOS, O FINANCIAMENTO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**	29
1.1	**A federação brasileira, as relações intergovernamentais e o lugar dos estados**.....	29
1.2	**A saúde pública na federação brasileira, financiamento e relações intergovernamentais .**.....	39
1.3	**A região, a regionalização no setor saúde, a intersetorialidade e a experiência das redes intergovernamentais**	48
2	**O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: PERFIL GERAL DO ESTADO E DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE**	70
2.1	**Gestão estadual da saúde: dificuldades históricas e processo recente de reestruturação institucional**.....	75
2.2	**Efeitos da Lei nº5.344/1996 (Lei do ICMS) sobre as políticas de saúde no estado do Espírito Santo**.....	89
2.3	**Fatores externos de impacto na implementação do SUS no Espírito Santo**.....	95
2.3.1	Fatores Negativos.....	95
2.3.2	Fatores Positivos.....	97
2.4	**As relações intergovernamentais na saúde: a Secretaria Estadual, o COSEMS-ES e o Ministério da Saúde**.....	98
2.5	**O financiamento da Saúde no Espírito Santo: pontos para reflexão**.....	104
2.6	**A Programação Pactuada e Integrada (PPI)**.....	113
3	**A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**.....	124
3.1	**A pioneira Lei nº 4.317/90**.....	125
3.2	**As concepções de regionalização e de divisão do território presentes na atualidade**.....	128

3.2.1 A Lei nº 5.120/95: criação das Regiões Administrativas do estado..... 131

3.2.2 Os consórcios..... 133

3.2.3 O Plano Diretor de Regionalização – PDR-2003..... 138

3.3 **As arenas regionais intergestores: as CIMS antigas e os CGRs atuais**..... 149

3.3.1 As Comissões Intergestores Microrregionais – CIMs (1997).... 150

3.3.2 As Comissões/Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais – CIB Micros (2004 e 2007)..... 156

3.4 **Aspectos atuais da regionalização e das relações intergestores: Lei nº 317/04, Pacto pela Saúde, redes de atenção**..... 164

3.5 **Características gerais das Regiões de Saúde.**..... 175

3.5.1 Macrorregião de Saúde Centro – Vitória..... 179

3.5.1.1 Microrregião Vitória..... 179

3.5.1.2 Microrregião Serra-Santa Teresa..... 180

3.5.1.3 Microrregião Vila Velha-Venda Nova do Imigrante..... 182

3.5.2 Macrorregião de Saúde Sul – Cachoeiro de Itapemirim..... 183

3.5.2.1 Microrregião Cachoeiro de Itapemirim..... 184

3.5.2.2 Microrregião Guaçuí..... 186

3.5.3 Macrorregião de Saúde Norte – Colatina-Linhares-São Mateus..... 188

3.5.3.1 Microrregião Colatina..... 189

3.5.3.2 Microrregião Linhares..... 191

3.5.3.3 Microrregião São Mateus..... 192

4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 194

REFERÊNCIAS 203

APÊNDICE A – Categorias de análise da pesquisa de campo. 215

APÊNDICE B – Trechos das leis e normas federais sobre a regionalização da saúde..... 217

APÊNDICE C – Sobre os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde de 2006 224

APÊNDICE D – Projeto Construindo o SUS no Espírito Santo..... 226

APÊNDICE E – Quadro de governadores e secretários estaduais de saúde do estado do Espírito Santo – anos 1980, 1990 e 2000..... 229

APÊNDICE F – Consórcios municipais de saúde no ES – 1998..... 230

ANEXO A – Espírito Santo – Pacto de Gestão do SUS – sobre as ações para a organização da alta complexidade, 2008..... 232

ANEXO B – Constituição Estadual do Espírito Santo – artigos sobre regionalização..... 233

INTRODUÇÃO

Tudo isso vem a mim noite e dia e de mim se vai,
Mas não é o meu Eu verdadeiro.
Longe do empurra-empurra e dos solavancos está o meu eu,
Entretido, complacente, compassivo, ocioso, unitário;
Baixa o olhar, ergue a cabeça, apóia-se no braço, descanso impalpável,
Olha de soslaio, curioso a ver o que vai acontecer,
Ao mesmo tempo, no jogo e fora dele, assistindo e pensando no que vê.

A Canção de Mim Mesmo, Walt Whitman

O olhar curioso, observando o que vai acontecer, ao mesmo tempo no jogo e fora dele, assistindo e pensando no que vê. As palavras de Walt Whitman, no poema "A canção de mim mesmo", em que compara sua condição de ser humano e de escritor, refletem o tom que dá origem a esta tese. Minha progressiva aproximação dos estudos das políticas de saúde e dos dilemas federativos e das relações governamentais que as acompanham e, ao mesmo tempo, a inquietude crescente de querer observar o meu lugar, o local de origem, o Espírito Santo. Trazendo um olhar ora da origem de economista, ora de quem está dentro do jogo da saúde; ora como capixaba vendo o estado por dentro, ora não, busco enxergar como essas questões lá acontecem.

O caminho percorrido na busca de um aprendizado que conjugasse várias áreas do saber permitiu o desenvolvimento desta tese, com o diferencial do olhar sobre o planejamento e as políticas públicas em saúde a partir das duas disciplinas – Economia e Saúde. As experiências com a economia foram a graduação em economia na UFES, nos anos 1990, e as incursões informais pela pós-graduação no Instituto de Economia Industrial da UFRJ, nos anos 2000. O aprendizado sobre saúde foi buscado no mestrado em Políticas Públicas e Saúde na Ensp/Fiocruz e no doutorado em Saúde Coletiva no IMS/UERJ, nos projetos de pesquisa sobre política, planejamento e gestão em saúde de que participei e em algumas oportunidades de atuar no ensino das políticas públicas de saúde e seu financiamento, além da atuação como servidora pública analista de gestão e de planejamento em saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

Este estudo apresenta o ineditismo de colocar no debate da regionalização da saúde a experiência do Espírito Santo, estado que chega ao processo de regionalização proposto pelo Pacto pela Saúde de 2006 tendo passado por outras experiências ricas de regionalização, nos anos 1990 e 2000. O elevado volume de informações levantadas e de documentos analisados foi fundamental para permitir a apresentação da radiografia da política de saúde no estado, das relações intergovernamentais e dos processos de regionalização. Este trabalho aconteceu fruto de um projeto de pesquisa extenso, concretizado pela dedicação integral da autora.

O esforço de pesquisa, de busca a documentos antigos, de conquista dos atores principais do processo para que concedessem entrevista e as viagens pelo interior do estado nos permitiram mergulhar sobre um material riquíssimo e inexplorado. Este é o bônus do ineditismo, tornar pública uma experiência e uma história. Por outro lado, lidamos todo o tempo com o desafio da ausência de análises anteriores e de referências bibliográficas que contribuíssem para a compreensão do tema estudado.

O objetivo da tese é analisar o grau de desenvolvimento das políticas de saúde no estado do Espírito Santo e a regionalização do sistema de saúde, buscando avaliar como se posiciona a gestão estadual da saúde nesses aspectos e como são as relações intergovernamentais que moldam a gestão do sistema estadual de saúde.

Esta tese é produto do projeto de pesquisa intitulado "Descentralização, regionalização e microrregionalização da Saúde no Espírito Santo: financiamento e gestão nos anos 2000", coordenado por Rogério Arthmar (UFES), com participação de Sulamis Dain (UERJ) e Marilia Mansur (FIOCRUZ), aprovado pelo edital MS/CNPq/FAPES n°13/2006, sob o tema "Gestão e Avaliação em Saúde", na linha temática "Impacto da Implementação da Microrregionalização conforme Lei n 317/04"". O edital integra o Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), desenvolvido nos últimos anos entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e os governos estaduais e Secretarias Estaduais de Saúde. Seu desenvolvimento aconteceu entre os anos de 2007 e 2009.

A pesquisa adotou abordagem qualitativa, que se caracteriza por buscar compreensão particular daquilo que estuda; o foco de sua atenção é centrado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004). A adoção dos métodos qualitativos permitiu a abordagem do tema proposto com ênfase no significado (mais que na frequência) do fenômeno. Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas, realizamos observação não-participante em fóruns intergestores, e se analisou todo o material escrito coletado nos órgãos de gestão da saúde no estado do Espírito Santo.

Buscou-se analisar aspectos das relações intergovernamentais que acompanham a condição de gestão estadual e a condição de gestão de seus municípios organizados em microrregiões e em macrorregiões de saúde. O trabalho foi realizado nas seguintes etapas: a) revisão bibliográfica da literatura afim; b) realização de entrevistas e coleta de documentos; c) análise qualitativa de entrevistas e documentos; d) apresentação de dados quantitativos em caráter complementar.

A revisão da literatura sobre políticas de saúde, federalismo, relações intergovernamentais, gestão estadual e municipal da saúde, finanças estaduais e regionalização foi realizada para a compreensão do processo de implementação do sistema de saúde no Espírito Santo e do processo de regionalização das políticas de saúde. Dentre as fontes de dados coletados, uma foi o jornal local, *A Gazeta*, que permitia pesquisas em arquivos de anos anteriores. Encomendamos ao jornal uma pesquisa nos seus arquivos com os termos cruzados "regionalização + saúde", para o período disponível pelo jornal, entre os anos de 2000 e 2009. Outras fontes de dados coletados foram os documentos de gestão, atas e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite Estadual e dos Colegiados Intergestores Microrregionais e da legislação relativos à gestão estadual e às gestões municipais e à tomada de decisão em fóruns microrregionais. Os documentos levantados foram:

- No nível estadual: Planos Estratégicos do Governo Estadual, Planos Estaduais de Saúde, Relatórios de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde, Plano Diretor de Regionalização da Saúde de 2003 (PDR-ES), Plano Diretor de Investimento (PDI), Lei nº 4.317, de 1990; Lei nº 5.120, de 1995; Lei nº 5.341, de 1996; Lei do ICMS nº 5.344, de 1996; e Lei nº 317, de 2004.

- No nível municipal (nos municípios-polo de microrregião ou no município que o substituiu na pesquisa de campo): Plano Municipal de Saúde e Relatórios de Gestão municipais.

- Nos fóruns intergestores: atas da Comissão Intergestores Bipartite Estadual e atas dos Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais. Atas, documentos históricos e anotações de participantes das Comissões Intergestores Microrregionais (CIMs) e Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais (CIBs Micro).

Foram realizadas entrevistas com atores-chave do processo de implementação do SUS no estado do Espírito Santo, abordando os temas descentralização, regionalização, organização do sistema de saúde e relações intergovernamentais e financiamento das ações e serviços de saúde. Os atores-chave selecionados para entrevistas foram: secretários de Saúde dos municípios-polo de cada microrregião (quando havia dois municípios-polo, optou-se pelo de maior população); representantes estaduais atuantes no momento atual ou no passado nas regiões de saúde (Superintendentes Regionais de Saúde atuais ou de períodos anteriores e técnicos do nível estadual); gestores e técnicos atuais do nível estadual ou de períodos anteriores atuantes nas áreas de gestão, planejamento, financiamento, descentralização e regionalização da saúde; secretários-executivos ou representantes da Comissão Intergestores Bipartite e dos Colegiados Intergestores Microrregionais; secretário de estado de Saúde atual e/ou de períodos anteriores.

Em determinada microrregião, o gestor do município-polo indicou que técnico de sua secretaria fosse entrevistado em seu lugar. Em outros dois casos, o gestor municipal indicou que a entrevista fosse feita com o secretário municipal de Saúde de outro município pertencente à mesma microrregião de saúde. Os entrevistados não são identificados, em atendimento às normas de ética em pesquisa no Brasil.

Por se tratar de uma amostra intencional, ou seja, que busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis, no momento da entrevista solicitamos a cada participante que indicasse outro ator importante para a pesquisa. Para que, desse modo, ao final das entrevistas, fosse significativo o conteúdo e o volume de dados, informações e opiniões obtidas, permitindo compreensão sob espectro mais amplo do universo

estudado (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Alguns dos atores sugeridos não puderam ou não se disponibilizaram a participar do estudo. Ao final, foram realizadas 23 entrevistas que, no nosso entender, contemplaram o universo planejado da pesquisa, pois todas as oito microrregiões estão representadas e garantimos a participação de vários atores importantes do nível estadual e vinculados aos fóruns intergestores.

As entrevistas foram identificadas por numeração algébrica, da "ENTREVISTA 01" à "ENTREVISTA 23", e aparecem nas citações constantes no texto da tese como "E01" a "E23". O roteiro de entrevista elaborado inicialmente foi testado com um ator-chave da pesquisa de campo e, após sua aplicação, ajustes e melhorias foram feitas com vistas à obtenção de uma ferramenta mais concisa e eficiente. Após os ajustes, as demais 22 entrevistas foram realizadas.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conduzidas com o uso de um roteiro, porém permitindo-se ao entrevistador acrescentar novas questões, se pertinentes, ampliando a busca por informações, dados, opiniões. As entrevistas permitem a compreensão de diferentes pontos de vista sobre questões e situações afins ao objeto de estudo, podendo oferecer elementos para corroborar evidências obtidas por outras fontes (MARTINS, 2007).

Os contatos com os atores-chave tinham como objetivo apresentar-lhes o projeto e convidá-los a contribuir para este trabalho, assim como solicitar a eles a disponibilização de documentos. Buscamos tanto os documentos previstos no projeto quanto outros que complementassem a análise e que retratassem a realidade da gestão da Saúde no Espírito Santo e dos movimentos de regionalização do sistema de saúde. No 1º contato realizado, também buscamos sugestões de novos atores que eles considerassem importantes para o estudo. Para complementar o conhecimento sobre a realidade das relações intergovernamentais na saúde do estado e conhecer o funcionamento dos fóruns, participamos, como observadores, de algumas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite Estadual, dos Colegiados Intergestores Microrregionais, do COSEMS-ES e do Conselho Estadual de Saúde, além de um Seminário de Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde e um seminário organizado pelo COSEMS-ES, SESA e MS sobre o Pacto de Gestão.

Na etapa seguinte do desenvolvimento do projeto, os dados e informações foram catalogados e organizados por tipo de informação, sistematizados e

analisados com o objetivo de mostrar a proporcionalidade da responsabilidade pela gestão da saúde entre os níveis de governo, além do perfil das pactuações existentes para viabilizar a regionalização da atenção. O material levantado foi o seguinte:

a) documentos de Gestão do Estado do Espírito Santo: Relatórios de Gestão Secretaria Estadual de Saúde, Planos Estaduais de Saúde, Outros Documentos de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde, Documentos Estratégicos Governo Estadual, como o PLANO 2025;
b) documentos de Gestão de um município de cada microrregião (8 municípios), preferencialmente de município-polo;
c) relatório da situação do Pacto pela Saúde em todo o estado;
d) atas CIB Estadual desde 1997;
e) resoluções CIB Estadual desde 2004;
f) atas dos CIBs Microrregionais do ano 2008 de todas as microrregiões;
g) alguns documentos levantados como memória dos fóruns microrregionais criados nos anos 1990 (Comissões Intergestoras Microrregionais – CIMs) e 2000 (Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais – CIBs Micro);
h) notícias de 2000 em diante sobre tema "Gestão+Regionalização da Saúde no ES" (Jornal *A Gazeta*);
i) outros dados ou notícias disponíveis no site da Secretaria de Estado da Saúde
j) Balanços Gerais ES 2007;
k) SIOPS 2007.

Para a análise das entrevistas e dos documentos, adotou-se a metodologia de análise de conteúdo, que nas Ciências Humanas e Sociais tem sido utilizada como uma técnica que permite analisar documentos escritos ou não a partir do agrupamento de significações. A análise de conteúdo busca a essência da substância de um contexto nos detalhes dos dados. (MARTINS, 2006, p. 35). O tratamento dos dados e codificação foi realizado com o auxílio do *software* Logos, desenvolvido pelo professor do Instituto de Medicina Social da UERJ, Kenneth Rochel de Camargo Jr., que permite o gerenciamento de dados textuais e a classificação dos documentos e entrevistas em categorias.

Na análise de conteúdo, em primeiro lugar, definem-se categorias ou tópicos que permitam a classificação e a quantificação, itens gerais (unidades de registro ou unidades de codificação) que serão relacionados com as partes correspondentes do texto, como um meio de organização do conteúdo. Estes tópicos podem se agrupar em categorias de análise. Bardin (2009, p. 41) enumera assim as etapas de análise de conteúdo: a descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa; as inferências de conhecimentos relativos às condições de produção são a segunda; e a interpretação das características é a última etapa. Segundo a autora, "a análise de conteúdo é um método muito empírico, dependente do tipo de „fala" a que se dedica do tipo de interpretação que se pretende como objetivo" (BARDIN, 2009, p. 41).

Para o desenvolvimento desta tese, utilizou-se a análise de conteúdo para a organização da informação e sua análise por temas. O processo de definição dos temas e das categorias de análise foi realizado antes da pesquisa de campo. No entanto, esses códigos e categorias foram revistos e reformulados após uma primeira leitura dos documentos e do conteúdo das entrevistas, buscando aprimorar o foco no objeto de estudo e reduzir a fragmentação presente inicialmente.[1] Na delimitação das unidades de registro, ou unidades de codificação, selecionamos 41 temas. Esses temas foram agrupados em sete categorias de análise, organizadas em três eixos (APÊNDICE 01).

O projeto de pesquisa que deu origem a esta tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o registro CEP-057/08, e aprovado em Reunião Ordinária realizada em 27 de agosto de 2008. Cada um dos atores-chave somente foi entrevistado quando estivesse de acordo e após preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que por sua vez atende às normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS nº 196/96.

Devido à garantia de anonimato indicada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), os atores entrevistados não foram discriminados com relação a nome, atuação profissional, local e, portanto, não tiveram sua identidade revelada.

[1] De acordo com Maria Laura Franco (2008, p. 60), "a criação das categorias de análise é o ponto crucial da análise de conteúdo [...] e, na maioria dos casos, implica indas e vindas à teoria, ao material de análise, e pressupõe a elaboração de várias versões do sistema categórico."

Cada ator envolvido na pesquisa foi informado de que poderia a qualquer momento desistir de participar, sem qualquer ônus de qualquer natureza, e de que teria sua privacidade garantida na análise e divulgação dos dados. Não houve nenhum caso de desistência e, portanto, o conteúdo das vinte e três entrevistas foi utilizado.

A discussão das características da federação brasileira e das peculiaridades do modelo de federalismo adotado no Brasil tem contribuído para o debate sobre a conformação das políticas de saúde no país e sobre como estabelecer competências e responsabilidades entre os entes federados – União, estados e municípios. Ao longo do processo de implementação das políticas de saúde no Brasil, há temas que necessariamente devem estar inseridos na agenda do setor, pois repercutem na sua conformação: as peculiaridades da federação brasileira, o processo de descentralização, suas fragilidades, como se estabelecem as relações intergovernamentais e como tais fatores e desafios contribuem para a construção do sistema de saúde.

Nos anos 2000, a tônica do debate sobre as relações intergovernamentais no Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de descentralização esteve voltada para a questão da regionalização da saúde. Como um dos pressupostos para a organização regionalizada do sistema de saúde, impõe-se a necessidade de fortalecimento da atuação dos estados e do estabelecimento do papel de coordenador destes nas configurações e pactuações regionais. A regionalização da saúde e a atuação do governo estadual é o tema principal desta tese.

Discutir a regionalização no sistema de saúde implica necessariamente estabelecer os elos existentes entre estudos sobre federalismo, sobre relações intergovernamentais e sobre a organização do sistema de saúde no Brasil. A regionalização da saúde, segundo Almeida (2003), tem-se apresentado como tendência em vários países desde antes da experiência brasileira dos anos 2000, e vem sendo defendida como escolha essencial para estimular o fortalecimento da condução coordenada do sistema de saúde.

A abordagem das questões federativas e das relações intergovernamentais para o estudo da implementação e da gestão das políticas públicas na área da saúde no estado do Espírito Santo e sua organização regionalizada foi escolhida a partir de envolvimento profissional com gestão e pesquisas na área da saúde e dos estudos sobre federalismo realizados nas disciplinas cursadas com a professora

Sulamis Dain. Esse interesse se expandiu através das leituras de textos de autores como Fernando Abrucio, Celina Souza, Marta Arretche, Tania Bacelar Araújo, Silvia Gershman e Célia Almeida, entre outros, em especial por suas indagações sobre as relações intergovernamentais no Brasil e a necessidade do estabelecimento de processos de coordenação e cooperação entre os entes federativos para o sucesso da implementação das políticas e sua descentralização.

A coordenação federativa é um aspecto fundamental para o funcionamento da federação e para o sucesso dos processos de descentralização. No Brasil, é um desafio complexo estabelecer tal coordenação quando considerados os desequilíbrios históricos de poder entre os níveis de governo e as desigualdades regionais. Agregam-se a esses fatores a falta de clareza quanto aos papéis da esfera estadual e a visão do municipalismo autárquico estimulando a competição intermunicipal (dentro de um cenário de 70% de municípios com menos de 20.000 habitantes e com fragilidade financeira e máquina administrativa precária).

Abrucio (2006) ressalta que a forma de Estado federal e as características próprias do federalismo geram especificidades e dificuldades para uma possível descentralização. Os argumentos apresentados pelo autor podem ser incorporados a nossa discussão sobre regionalização, dada a necessidade inerente ao federalismo, segundo o autor, de responder à questão da interdependência dos níveis de governo, essencial à regionalização. Muito embora a área da Saúde seja considerada como um dos setores onde houve maior integração e coordenação federativa no Brasil, entendemos que a dificuldade de estabelecer cooperação e parcerias entre os entes tem prejudicado a pactuação em torno de projetos recentes, como a proposta de organização regionalizada do Pacto pela Saúde de 2006. A implementação da organização do sistema de saúde de forma regionalizada depende da superação de dilemas presentes nas estruturas federativas. Nas palavras de Abrucio (2006, p. 93):

> No campo das políticas públicas, o que está em jogo, em termos de coordenação federativa, é o dilema do *shared decision making*, isto é, da necessidade de compartilhar tarefas e objetivos entre os níveis de governo. Por isso, a construção e o funcionamento dos *welfare states* nos países federativos são bem mais complexos, envolvendo jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre os níveis de governo.

A implementação das políticas de saúde depende cada vez mais de uma ampliação da capacidade de coordenação federativa das ações, desafiando os representantes da União, estados e municípios a criarem espaços de discussão e de formulação de políticas conjuntos para a definição das regras para seu funcionamento. Souza (2006, p. 209) reforça esta tese ao defender que um dos problemas do federalismo no Brasil é a fragilidade dos mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, quase inexistentes, e que é necessário promover canais sistemáticos de intermediações de interesses horizontais e verticais entre União, estados e municípios.

O sistema político, tributário e federativo estabelecido no Brasil após a Constituição Federal de 1988 e as mudanças apresentadas nos anos 1990, em especial com relação aos mecanismos de restrição fiscal e financeira apresentados pelo Governo Federal aos estados e municípios, somados ao elevado grau de descentralização proposto, promovem novas configurações e instigam a realização de estudos sobre a importância do papel das esferas estaduais. Uma das provocações que nos impulsionaram a estudar a atuação da esfera estadual na saúde, no estado do Espírito Santo, foi a leitura do livro organizado por Celina Souza e Paulo Dantas Neto, intitulado *Governo, Políticas Públicas e Elites Políticas nos Estados Brasileiros*. Na introdução, os autores constatam que não há muitos estudos sobre as esferas estaduais e sobre "como as instituições estaduais e suas elites políticas estão desempenhando seu papel na democracia, no federalismo e na descentralização e por que os estados apresentam *outputs* tão diversos em cada um desses processos" (SOUZA; DANTAS NETO, 2006, p. 9).

Por outro lado, as mudanças ocorridas nos anos 2000 na economia e no desenvolvimento do estado do Espírito Santo despertaram nosso interesse em realizar um estudo que buscasse correlações entre o quadro econômico e fiscal e a implementação das políticas de saúde e as questões federativas envolvidas, em especial a posição assumida pela gestão estadual. Os indicadores estaduais colocam o estado em posição privilegiada em comparação a outros estados do país, em termos de crescimento do PIB, da qualidade de vida da população, da capacidade de investimento e da superação da crise existente nos anos 1990 (que levou todos os estados a um processo de ajuste fiscal e financeiro rígido).

A configuração das relações federativas do período pós-Constituição de 1988 e pós-Plano Real apresentava desafios para a atuação dos governos estaduais. Os governos estaduais iniciados em 2003 (mandato 2003-2006) compartilhavam a necessidade de promover uma recuperação da estrutura fiscal e financeira própria e de superar o constrangimento político-institucional existente. Nessa abordagem, as perspectivas de autores como Rui Affonso, José Roberto Afonso, Sulamis Dain, Monica Mora e, especificamente sobre os estados, Francisco Lopreato, são apresentadas e analisadas. O livro *Política Fiscal e Desenvolvimento no Brasil*, publicado em 2006, organizado por Márcio P. A. Pinto e Geraldo Biasoto Jr., apresenta um conjunto de trabalhos dos autores referidos acima, dentre outros, com contribuições recentes sobre a questão fiscal no Brasil, incluindo análises sobre os primeiros anos da década de 2000.

O Governo Federal tomou medidas legais, constitucionais e infraconstitucionais, além de administrativas, que buscavam restringir a autonomia estadual, especialmente em relação aos gastos públicos e à falta de coordenação da descentralização (SOUZA, 2005, p. 117-118; ABRUCIO, 2005, p. 51-54; ALMEIDA, 2005). Dois conjuntos de medidas foram fundamentais: a negociação das dívidas dos estados e a Lei de Responsabilidade Fiscal (ALMEIDA, 2005, p. 35-36). A negociação das dívidas estaduais se estendeu de 1989 até setembro de 1997, quando da aprovação da Lei nº 9.496 – o Programa de Reestruturação Fiscal e Financeira dos estados.

O Governo Federal estabeleceu medidas restritivas de gastos e de endividamento ao governo estadual, e tomou para si a responsabilidade sobre as dívidas estaduais, mediante o compromisso de os governos estaduais pagarem amortizações e juros, abaixo dos preços de mercado, aos cofres da União. No ano 2000, surge a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que foi, segundo Almeida (2005, p. 20-21), uma resposta centralizadora "ao desafio de coordenar o comportamento fiscal dos governos em um sistema federativo, evitando o *free-riding*". A LRF tornou-se referência para a avaliação do nível de sanidade fiscal das contas públicas.

No início dos anos 2000, em paralelo às discussões setoriais da saúde voltadas para a superação do modelo municipalista e da normatização exagerada pelo Governo Federal – buscando alternativas como a proposta de regionalização das NOAS 01/01 e NOAS 01/02, que colocava os estados no centro da coordenação

das políticas –, esses mesmos estados se encontravam assolados em gravíssimos problemas fiscais e de falta de credibilidade perante a sociedade. Havia um descompasso entre o quadro real político, econômico e financeiro dos estados e o discurso da política de saúde daquele momento, que colocava a recuperação da atuação dos estados no centro da agenda da implementação do SUS. Além disso, a proposta de regionalização da saúde e a tentativa de construção de todo um aparato de regras e normas para sua instituição têm se dado na política de saúde ao mesmo tempo em que autores dos campos da geografia, da ciência política, da sociologia e do planejamento urbano e regional, tais como Tania Bacelar Araújo, Carlos Vainer, Clelio Campolina Diniz e Iná Elias de Castro, entre outros, debatem o conceito de região e assumem o quão complexa é a questão da definição do conceito de região e da discussão das escalas para a análise das políticas.

Tânia Bacelar Araújo (ARAÚJO, 2006) defende a necessidade de se conceber e implementar uma nova política de desenvolvimento regional, que apresenta como um de seus desafios a necessidade de redescoberta de identidades regionais e da promoção da integração de áreas antes deixadas à margem dos polos dinâmicos. Para a autora, é necessário articular múltiplas escalas de atuação e de atores dos três níveis de governo, além de ser buscada a abordagem de uma visão real do território brasileiro, com toda a sua desigualdade regional, superando a tradição da concepção de políticas a partir somente da escala macrorregional.

Concordamos com a autora, quando ela ressalta que tem havido movimentos iniciais de cooperação sub-regional muito positivas recentemente no Brasil, embora não haja uma política regional explícita apresentada pelo Governo Federal. Ela cita como exemplo as mudanças institucionais produzidas em alguns governos estaduais. No nível municipal, ela comenta que a fragmentação gerada pela criação dos 1.300 novos municípios pós-1988 tem sido contornada pelas inúmeras "experiências de pactos, fóruns, consórcios, agências e outras formas de ação coordenada ou de cooperação [que] sinalizam um momento novo, que também deve ser valorizado na formulação de uma nova política de desenvolvimento regional" (ARAÚJO, 2006, p. 392).

Embora esta tese focalize o campo da saúde, buscamos incorporar na discussão conceitual inicial, no capítulo 1, questões que têm sido abordadas recentemente pelos estudos da Geografia e do Planejamento Regional sobre a

temática da regionalização. Um ponto central – de grande pertinência para este trabalho – trata da complexidade da definição e da interpretação do conceito de "região". No livro *Brasil: questões atuais da reorganização do território*, lançado em 2008 e organizado por Iná Elias de Castro, Paulo César C. Gomes e Roberto L. Correa, são tratadas as novas dinâmicas que atuam na reestruturação do território no Brasil, e é enfatizada a sua publicação como parte de um movimento recente de pensar questões contemporâneas colocadas à Geografia. Em *Geografia e Política: território, escalas de ação e instituições*, de Iná Elias de Castro, publicado em 2009, discute-se como as escalas devem ser consideradas para o estabelecimento de espaços políticos, onde há convivência entre diferentes, com conflito, mas também com negociação, cooperação e acordos.

O trabalho se dedica a estudar o estado do Espírito Santo e a desvendar as experiências de regionalização e de articulação entre os entes federativos para a implementação das políticas de saúde em seu território, incorporando ao debate os aspectos apresentados acima. São desafios à organização regionalizada do sistema de saúde e à promoção de cooperação entre os entes federados e à coordenação federativa.

Há um distanciamento entre o estudo empírico realizado inicialmente buscando explorar e desvendar as experiências de regionalização do sistema de saúde existentes no estado do Espírito Santo e a apresentação de uma conceituação de região e de regionalização abordados junto com a discussão sobre relações federativas e relações intergovernamentais no capítulo 1. Objetivamos apresentar novos autores e introduzir novos tópicos que permitam no futuro a ampliação da discussão de regionalização do sistema de saúde, que reduza a visão puramente setorial e adote uma lógica voltada à intersetorialidade.

O trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro, são apresentados os elementos conceituais e históricos que permeiam o estudo sobre a regionalização da saúde: a estrutura da federação brasileira e as questões federativas que moldam as relações entre as esferas federal, estadual e municipal na condução das políticas públicas; o panorama da situação dos estados dentro do processo de restrições fiscais e financeiras dos anos 1990 e início dos anos 2000; aspectos gerais das relações intergovernamentais no Sistema Único de Saúde (SUS) e, por último, a discussão do tema da regionalização. Importante ressaltar que o aprofundamento do

estudo sobre a regionalização que se reproduz no texto do item 1.3 foi realizado após a finalização do estudo empírico, buscando apresentar novas abordagens e sugestões e desafios para os gestores e analistas das políticas de saúde. Apresenta-se nesse item 1.3 questões como a intersetorialidade e a integração da discussão de redes com a questão regional, não abordados diretamente no estudo empírico, porém identificados, quando da análise do estudo empírico, com uma das fragilidades da regionalização adotada pelas políticas de saúde, no Brasil.

No segundo capítulo, são apresentadas as características do estado do Espírito Santo enquanto ente federativo e como as questões conceituais abordadas no capítulo anterior nele se verificam: aspectos da sua estrutura econômica e fiscal são abordados, o grau de desenvolvimento e crescimento econômico recente, assim como as características da gestão estadual da saúde e do financiamento. A experiência da gestão estadual da saúde no acompanhamento da política nacional de saúde e sua normatização ao longo dos anos 1990 e 2000 são discutidas. Também são exploradas as relações da Secretaria de Estado da Saúde com as esferas federal e municipal. Apresenta a particularidade desse estado que o diferencia dos demais estados da federação, relacionada à legislação e incentivos fiscais criados para a promoção da habilitação de percentual significativo de seus municípios na modalidade avançada de gestão da saúde, segundo a NOB 01/96.

O capítulo terceiro traz a análise dos processos de regionalização experimentados no estado, buscando o resgate histórico dos modelos anteriores de criação de microrregiões e de espaços de articulação regionais, comparando-os com o modelo atual, com o intuito de enxergar principalmente como acontecem a coordenação e a cooperação entre as esferas de governo na construção do SUS. São discutidas as formas de conformação regional existentes atualmente, que desafiam gestores e dificultam a coordenação das ações, prejudicando o fortalecimento das relações intergovernamentais e a ampliação da cooperação entre os entes federados. Por fim, no capítulo quatro, das considerações finais, são retomados pontos e destacados os principais achados do estudo, e também são levantados as limitações encontradas, os desafios colocados e as possibilidades de estudos complementares para investigar questões que não foram aqui tratadas.

1 FEDERALISMO, RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS, O PAPEL DOS ESTADOS, O FINANCIAMENTO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Para a apresentação do estudo da regionalização da saúde no estado do Espírito Santo, buscamos elementos conceituais, históricos e teóricos em alguns temas e seus principais autores, para nortear a compreensão do conjunto de fatores que caracterizam essa questão. Nos tópicos abaixo apresentamos a discussão sobre a estrutura da federação brasileira e as questões federativas que moldam as relações entre as esferas federal, estadual e municipal na condução das políticas públicas; o panorama da situação dos estados dentro do processo de restrições fiscais e financeiras dos anos 1990 e início dos anos 2000; as políticas de saúde do Brasil das duas últimas décadas e as relações intergovernamentais envolvidas; e, por fim, a questão da regionalização da saúde e da discussão do termo "região".

Os elementos conceituais apresentados neste capítulo, relativos às questões federativas no Brasil, às relações intergovernamentais, ao papel da esfera estadual e à discussão de região destoam da análise realizada no estudo empírico apresentado nos capítulos 2 e 3 porque a proposta é de oferecer aqui uma abordagem mais ampla do que tem sido adotada para a implementação de políticas voltadas à regionalização do sistema de saúde até o presente momento. Apresentamos elementos que contribuam para ao desenvolvimento futuro de políticas de regionalização do sistema de saúde e para a própria conceituação de região.

1.1 A federação brasileira, as relações intergovernamentais e o lugar dos estados

Para a adequada apreciação da política de saúde do Espírito Santo, o desenvolvimento deste estudo requer a análise da inserção do estado na peculiar federação brasileira. Para tanto, este capítulo aborda as relações intergovernamentais e os aspectos do modelo de descentralização e da partilha de

responsabilidades nos três níveis de governo (União, estados e municípios) que caracterizam o federalismo no Brasil, com ênfase no lugar que os estados ocupam nessa configuração.

Almeida (2005, p. 1) afirma que:

> do ponto de vista das relações intergovernamentais, a federação brasileira é um arranjo complexo em que convivem tendências centralizadoras e descentralizadoras, impulsionadas por diferentes forças, com motivações diversas, produzindo resultados variados.

Na verdade, as relações federativas intergovernamentais ainda estão sendo construídas no Brasil. Segundo Afonso (2004), o Brasil é um país de dimensão continental organizado em uma federação democrática de direito e de fato. O modelo "à brasileira" caracteriza-se por um peculiar e quase singular federalismo tripartite, a partir da transformação do município em ente federado pela Constituição de 1988, com os mesmos direitos e deveres dos estados. A transformação do município em ente federado representa a longa tradição de autonomia municipal no Brasil e mostra o baixo controle dos estados sobre seus municípios (SOUZA, 2004).[2]

Para Afonso (2004. p. 19), nos anos 1990,

> razões políticas e argumentos de eficácia, baseados na ideia de que passar por cima dos estados aceleraria o processo de propiciar aos municípios os recursos necessários para atender melhor às necessidades da comunidade local, deram um grande impulso às transferências da União para os governos municipais, em detrimento do papel dos estados membros da federação brasileira.

Uma série de fatores contribui para tornar a federação brasileira tão complexa. Apesar de o município não ser o foco principal deste trabalho, acreditamos que o *boom* de emancipação de municípios no Brasil nos anos 1990 e sua heterogeneidade, marcada principalmente pelo elevado percentual de municípios pequenos, é um grande fator de distorção do modelo de federação do

[2] Segundo Dallari (1995, p. 36), a autonomia municipal brasileira estava presente já na primeira Constituição republicana, a Constituição de 1891, reflexo do pensamento republicano da época, que defendia o progresso local das municipalidades em oposição à defesa de centralização da monarquia. E para Reali, "se a autonomia municipal não é da essência do federalismo, em geral, tornou-se todavia, um elemento essencial ao federalismo brasileiro". (REALI, s.d. apud DALLARI, 1995, p. 37).

Brasil das duas últimas décadas. O suposto argumento de maior eficácia para a gestão pública e atenção às demandas da sociedade, citado por Afonso e por muitos outros autores, se confunde, na verdade, com a herança de patrimonialismo local.[3] A elevada complexidade da federação brasileira também se deve à peculiaridade de ela apresentar um grande número de competências conjuntas dos três níveis de governo, sem definição clara das atribuições de cada um (KUGELMAS; SOLA, 2003).

Ao fazer um balanço do Estado brasileiro nos últimos 20 anos, Abrucio (2007) aponta especificidades do federalismo brasileiro e confirma fatores já comentados aqui, tais como: a multiplicação exagerada dos municípios; os poucos incentivos à cooperação intergovernamental; a baixa importância dada à questão das regiões metropolitanas; e a manutenção do histórico de patrimonialismo no nível local, prejudicando o processo de descentralização das políticas entre os entes federativos. O autor denomina o federalismo brasileiro de "federalismo compartimentalizado", aquele "em que há mais uma atuação autarquizada dos níveis de governo do que o estabelecimento de laços entre eles." Para ele, "como a descentralização em um país tão desigual como o Brasil depende da articulação entre os entes federativos, a compartimentalização afeta diretamente (e de forma negativa) os resultados das políticas públicas" (ABRUCIO, 2007, p. 70).

No Brasil, embora haja alguma rigidez decorrente das regras estabelecidas pela Constituição, o comportamento dos estados enquanto nível intermediário na composição do Estado federativo tem variado ao longo dos anos, dependendo da política e da legislação vigentes. Tem oscilado de acordo com o processo de controle fiscal e financeiro estabelecido pelo nível federal, acompanhando as nuanças das relações inter e intraestaduais, foi afetado pela conjuntura econômica e, ainda, tem variado de acordo com uma evolução ou involução dos canais de

3 Em 1996, a "farra do boi" da expansão dos municípios foi limitada pela aprovação da Emenda à Constituição n°15, que alterou o texto constitucional, definindo que "a criação, a incorporação, a fusão e o desmembramento de Municípios, far-se-ão por lei estadual, dentro do período determinado por lei complementar federal, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações dos Municípios envolvidos, após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei." Antes da Emenda à Constituição n°15/1996, a decisão sobre a emancipação de municípios cabia à esfera estadual e destaca-se que somente no período entre 1990 e 1997 houve um crescimento de 22,62% no quantitativo de municípios no Brasil, passando de 4.491 em 1990 para 5.507 em 1997. A EC 15 dificultou o processo de criação de novos municípios e em 2007, dez anos depois, somente 25 novos processos de emancipação haviam sido aprovados no período, de acordo com o IBGE.

relacionamento dos estados com o nível federal (LOPREATO, 2002; MORA, 2002; KUGELMAS; SOLA, 2003).

Outra peculiaridade do Brasil é que, quanto ao aspecto fiscal das relações federativas, é importante lembrar que no país o maior dos tributos é o ICMS, imposto estadual, situado fora da competência federal (AFONSO; ARAÚJO, 2006, p. 290). Entretanto, se considerado isoladamente, este fator não empodera os estados e nem reproduz no Brasil a força dos níveis subnacionais sobre o nível central, sobretudo em seus poderes de veto a formulações de políticas do Governo Federal, como sugerem os autores Lipjhart (1984), Tsebelis (1997), Stepan (1999) e outros autores da literatura internacional e nacional sobre o tema, citados por Arretche (2002). Ao contrário da previsão daqueles autores que enfatizam o poder de veto dos governos subnacionais no federalismo brasileiro, em pesquisa realizada e divulgada por esta autora, a mesma concluiu que, na verdade, a implementação da agenda de reformas do Governo Federal nas políticas estudadas por ela não foi inviabilizada pelos demais níveis de governo (ARRETCHE, 2002).

A União tem conseguido manter o controle sobre a formulação de políticas dos principais projetos de cunho nacional. E os estados tiveram sua capacidade de formular e executar políticas voltadas para sua realidade local dificultadas pelos preceitos constitucionais de manutenção da unidade nacional. A confusão entre as responsabilidades de cada ente federativo também contribui para a limitada atuação dos estados. Por outro lado, para Souza (2004), desde a Constituição de 1988, tornou-se complicado definir a federação brasileira como sendo centralizada ou descentralizada, já que combina ações e momentos que a conduzem mais para um ou para outro lado.

Se, por um lado, a federação brasileira tem sido marcada por políticas centralizadas e restrições à liberdade de legislar e limitados poderes constitucionais de estados e municípios, por outro, estados e municípios gozam de certa autonomia administrativa, assumem a responsabilidade pela implementação de políticas e detêm parcela significativa dos recursos públicos. Abrucio (2006, p. 99) aponta que, após a Constituição de 1988, a indefinição com relação às competências dos estados e quanto à forma de eles se relacionarem com os outros entes gerou um "vazio institucional" que favoreceu "uma posição „flexível" dos governos estaduais: quando as políticas tinham financiamento da União, procuravam participar; quando

não tinham, eximiam-se de atuar ou repassavam as atribuições aos governos locais."

Vainer (2007) descreve outro fenômeno "perturbador" das relações federativas: o estímulo ao desenvolvimento local, ao empreendedorismo territorial, à atração de capitais e ao *marketing* urbano, como se estes fossem os principais instrumentos de planejamento estratégico, o que acaba por promover "a submissão da nação fragmentada a uma globalização que se projeta sobre os lugares." Para Vainer, a fragmentação do território e a fragilidade da coordenação federativa acontecem porque consultores internacionais ou de agências multilaterais elaboram e difundem a retórica do planejamento competitivo e das estratégias territoriais empreendedoristas junto a estados e municípios.

Como a Constituição de 1988 visava principalmente a estabelecer a democracia, alguns assuntos como a definição de políticas econômicas de combate à inflação, de controle fiscal e orçamentário foram abordados nos anos seguintes, ao longo da década de 1990, aprovados em emendas à Constituição. Diferentemente de outros países, como nos Estados Unidos, no Brasil as emendas à Constituição Federal não precisam de aprovação nos estados (SOUZA, 2004). A partir de 1994, com o contexto político de implementação bem-sucedida do Plano Real na economia brasileira, fortalecendo o Governo Federal, este encontra espaço para induzir os estados a realizarem o ajuste fiscal como solução para a crise financeira em que se encontravam e contribuírem para o sucesso da economia brasileira como um todo.

As restrições à atuação dos estados também são encontradas nas características das constituições estaduais elaboradas após a Constituição Federal de 1988. Em 1989, todos os estados elaboraram e aprovaram suas Cartas, e o conteúdo delas demonstra o baixo grau de autonomia federativa e o elevado consentimento das políticas, regras e normas estabelecidas no documento federal. (FELICÍSSIMO, 1989) De acordo com o Art. 19, III, da Constituição Estadual do Espírito Santo, compete ao estado, respeitados os princípios estabelecidos na Constituição Federal, dentre outros, "exercer todos os poderes que, explícita ou implicitamente, não lhe sejam vedados pela Constituição Federal".

No que diz respeito ao direito à saúde, quase todos os estados brasileiros, incluindo-se aí o Espírito Santo, mantiveram os dispositivos da Constituição Federal fazendo adaptações no texto. Sobre a definição da descentralização e da divisão de

responsabilidades sobre o sistema de saúde, vários estados citam a regionalização no texto constitucional, uns mantendo o poder em suas as mãos, outros citam a municipalização, onde sugerem a transferência da decisão política para os municípios.

Para Dallari (1995), seja municipalização ou regionalização o termo empregado pelos estados, regionalização baseada em critérios epidemiológicos ou respeitando a equidade urbano-rural, ou ainda definindo a criação de distritos sanitários, o que importa é que cabe aos estados, por meio de seu sistema de saúde, estabelecer as normas de atuação de seus gestores e do Poder Judiciário, desde que não confrontem a Constituição Federal. Em alguns casos, quando o tema não é abordado na legislação federal, pode ser definido por lei ou constituição estadual, e o estado o faz avaliando o ônus político.[4]

Souza (2004) comenta o caráter limitado da atuação dos estados, como apontado acima por Dallari (1995), e analisa o funcionamento do federalismo brasileiro. Para Souza, o Brasil adotou um modelo de federalismo simétrico, estabelecendo na Constituição Federal igual poder para os entes, quando no entanto a federação brasileira apresenta características socioeconômicas assimétricas. A simetria é estimulada por dois fatores: a) pelo texto detalhado da Constituição Federal contendo regras de atuação dos entes subnacionais, detalhes sobre os poderes e responsabilidades dos entes subnacionais e sobre suas receitas; b) pelo perfil do Supremo Tribunal Federal, que historicamente tem atuado de maneira a reforçar que as leis e constituições estaduais devem acompanhar a Constituição Federal, confirmando claramente a hierarquia. Os interesses loco-regionais têm que se submeter à racionalidade definida para o espaço nacional, seguindo padrões homogêneos, ditados pela Constituição, tratando estados e regiões características próprias como se fossem iguais. (SOUZA, 2004, p. 3).

Nos anos 80, estados e municípios buscaram fortalecer-se política e financeiramente, com vistas a reformular a estrutura fiscal centralizada existente no país e promover a descentralização, dentro de um cenário de campanha pela redemocratização (GERSCHMAN; VIANA, 2005). Estados e, sobretudo, municípios

[4] Para maior aprofundamento do teor das constituições estaduais com relação ao direito à saúde, ver Sueli Dallari (1995), que escreve em detalhes sobre os estados brasileiros e o direito à saúde, comentando as constituições estaduais e suas peculiaridades.

conduziram o processo de descentralização através de seus representantes no legislativo federal (Congresso Nacional), gerando um processo marcado por falta de coordenação, distorções e conflitos, já que não havia um plano nacional para a descentralização. Os principais atores foram os municípios, traduzindo a tendência municipalista e o papel secundário dos governos estaduais. (GIAMBIAGI; ALÉM, 2000).

Almeida (2005, p. 29) explica que, nos anos 1980, com a agenda da democratização,

> supunha-se que o fortalecimento das instâncias subnacionais, em especial dos municípios, permitiria aos cidadãos influenciar as decisões e exercer controle sobre os governos locais, reduzindo a burocracia excessiva, o clientelismo e a corrupção.

O arranjo federativo que se conformou na Constituição de 1988, voltado para a ampliação das responsabilidades dos municípios, tinha como fatores negativos a pulverização dos municípios com enorme percentual de municípios pequenos, sem "a escala mínima necessária à satisfatória configuração local de grande parte das tarefas típicas de governo." (DAIN, 2003, p. 373). A elevada diversidade de perfis dos municípios na federação brasileira também impactou fortemente o formato das relações intergovernamentais e o grau de responsabilidade para o nível estadual.

Embora com a Constituição de 1988 os municípios tenham conquistado a autonomia política, administrativa e financeira, temos no Brasil um percentual de 40% dos 5.564 municípios com menos de 10.000 habitantes, sendo que mais da metade destes não tem arrecadação tributária suficiente nem para as despesas do Executivo e do Legislativo locais. São cerca de 4.000 municípios considerados de pequeno porte, com menos de 20.000 habitantes. E há mais de 2.000 municípios onde não há arrecadação de tributos federais, por uma série de motivos, dentre eles o fato de não existir, em alguns casos, o fato gerador (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007; MENDES, 1998).

O conjunto de fatores que fragiliza o poder da esfera estadual e sua atuação no modelo de federalismo brasileiro prejudica também sua capacidade de coordenação sobre os municípios, entes de tamanhos populacionais e complexidades diversas. Nos anos 1990, uma série de medidas tomadas pelo

Governo Federal promoveu a limitação da atuação dos estados e promoveu alterações no perfil de descentralização fiscal e financeira estabelecida na Constituição de 1988, garantindo ao Governo Federal o êxito das políticas econômicas adotadas para a estabilização monetária e para o ajuste macroeconômico. Houve incentivo à privatização de empresas públicas; saneamento e privatização de bancos estaduais; e acordos de ajuste fiscal com os estados. Segundo Araújo (2006a), nos regimes federativos, especialmente, é fundamental o papel dos governos subnacionais para o alcance de metas de programas de reformas fiscais, sendo o ajuste fiscal dos estados importante para o sucesso das políticas macroeconômicas do Governo Federal.

Vários movimentos pós-Constituição de 1988 também reconfiguraram a distribuição de recursos financeiros nos três níveis de governo, contribuindo para o redesenho das relações intergovernamentais no Brasil. Como movimento centralizador, foram aprovados no Congresso Nacional fundos de desvinculação de recursos da arrecadação tributária, possibilitando algum grau de liberdade ao Governo Federal, revertendo em parte o impacto da elevada descentralização fiscal aprovada em 1988. O Fundo Social de Emergência foi criado em 1994 e o Fundo de Estabilização Fiscal, em 1996. Além disso, a Emenda à Constituição nº 27/2000 criou a Desvinculação de Receitas da União (DRU), dando continuidade à lógica de desvinculação de recursos fiscais. A DRU está em vigor até 2011.

Outro fator de tensão federativa nos anos 1990 foi a criação da Lei Complementar Federal n° 87/1996, ou Lei Kandir, isentando de cobrança de ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços Estadual) todos os produtos destinados à exportação. Com isso, há perda de arrecadação dos estados e o mecanismo de compensação de receita da União para eles tem sido alvo de amplo debate e insatisfações pela esfera estadual.

Para Giambiagi e Além (2000, p. 326), a falta de um processo organizado de transferência de encargos da União para estados e municípios "forçou" o aumento de gastos dessas duas esferas, em especial nos serviços de saúde e educação, gerando importantes distorções no atendimento, seja a falta dele ou a superposição de funções e responsabilidades entre os níveis de governo. Os autores ressaltam que a acomodação do processo de descentralização recaiu especialmente sobre os extremos, municípios e União, ofuscando os estados. Acrescentam que "a falta de

planejamento quanto à transferência de responsabilidades de gastos é especialmente destacada no que diz respeito aos estados, que não tiveram uma especificação de atribuições".

Houve um desmonte das relações intergovernamentais prévias devido ao fortalecimento do Governo Federal no período. Para Vargas (2006, p. 168):

> O fortalecimento do governo central, conferido pelos resultados efetivos obtidos no gerenciamento macroeconômico, contraposto ao quadro de inviabilidade de solução endógena da crise fiscal e financeira dos Estados, investiu-o de poder suficiente para um desmonte das relações inter e intragovernamentais prévias junto a esses entes. Sob a ameaça da ingovernabilidade, os Estados sofreram sensível perda de poder político no plano nacional, o que se traduziu, em última instância, numa correlação de forças bastante desfavorável frente à União.

A política econômica do Plano Real gerou, em curto prazo, a estabilidade de preços almejada, objetivo principal. O Plano baseava-se no ajuste fiscal, na abertura comercial, na desregulamentação econômica e financeira e na reforma do aparelho de Estado. Sua implantação provocou mudanças significativas nos agregados macroeconômicos do país, houve valorização do câmbio e liberação das importações, gerando elevado déficit na balança comercial e, por consequência, déficit das transações correntes e a necessidade de financiamento do setor externo.

O déficit público expandiu-se consideravelmente, devido à elevação dos encargos financeiros da dívida interna do país e também pela necessidade de ajuste das contas dos estados e municípios e dos bancos fragilizados com a nova conjuntura de baixa inflação. A situação das reservas deteriorava-se. A economia brasileira tornou-se muito mais dependente de fluxos externos de capital e também mais vulnerável a especulações externas e crises internacionais. As finanças públicas brasileiras foram sofrendo desgaste com as necessidades de o Banco Central elevar a taxa de juros para proteger o país das crises externas do fim dos anos 1990.

O Governo Federal adotou mecanismos para incrementar as normas e controles das finanças públicas, principalmente pautados na reestruturação das contas estaduais – por meio do refinanciamento de suas dívidas (através da Lei Ordinária nº 9.496/97), e no auxílio financeiro aos estados, em especial com vistas ao saneamento ou à extinção dos bancos estaduais. Foi estabelecido o Programa

de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados, promovendo o refinanciamento das dívidas estaduais existentes. Em 1998, foi criado o Programa de Estabilidade Fiscal pelo Governo Federal, com o intuito de reduzir a fragilidade fiscal brasileira do período e adequar a economia do país dentro das metas de superávit primário estabelecidas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI).

O processo de renegociação das dívidas estaduais gerou nova tensão nas relações intergovernamentais no fim dos anos 1990. Os novos governadores eleitos em 1998 e empossados em 1999 questionaram os arranjos firmados e as dívidas a pagar gerados anteriormente. A maioria dos estados havia renegociado com a União suas dívidas mobiliárias, que foram assumidas pela União com a contrapartida de que os estados iriam amortecer a dívida ao longo dos 30 anos seguintes. Mesmo negociadas a taxas inferiores às taxas de juros de mercado, em alguns casos o volume de recursos envolvido era tão elevado que o impacto do pagamento da prestação mensal onerava muito os cofres estaduais (GIAMBIAGI; ALÉM, 2000).

Em 2000, novo conflito intergovernamental foi estabelecido, com a criação da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000 ou Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Esta estabeleceu normas de finanças públicas para a responsabilidade na gestão fiscal, objetivando criar disciplina fiscal nos três níveis de governo e coordenar o comportamento fiscal dos governos. O fato é que, na prática, ela tem restringido significativamente a autonomia de estados e municípios na alocação de suas receitas (ALMEIDA, 2005). A LRF transformou-se em importante instrumento de controle, uma vez que impõe limites máximos para as dívidas públicas e despesas com pessoal e aplica sanções aos responsáveis por desvios, além de exigir a formulação de metas trienais para as três esferas de governo. Para os níveis subnacionais de governo, a principal sanção para o descumprimento das regras é a suspensão do recebimento de repasses de transferências voluntárias e de contratação de empréstimos.

Desde 2003, quando foram adotadas algumas mudanças que marcaram o início de um processo de "reforma tributária", tramita no Congresso um projeto do governo propondo a simplificação do complexo sistema tributário brasileiro, com a unificação de quatro impostos para a criação do imposto sobre o valor adicionado. Além disso, propõe a unificação das legislações estaduais sobre o ICMS e limita o poder dos governos estaduais de criar incentivos fiscais em seus estados, com o

objetivo de atrair investimentos. Os estados temem a redução da receita estadual, e tem sido difícil a votação e aprovação da matéria no Congresso. A promessa da reforma tributária continua.

Rezende e Oliveira (2003, p. 15) entendem que a lógica de ajuste fiscal estabelecida, somada à questão da descentralização impressa na Constituição Federal, gerou um sistema tributário sem princípios e marcado por um federalismo fiscal limitado por um distorcido sistema de repartição de receitas entre as esferas da federação. Para eles, as regras de cooperação intergovernamental não estão negociadas e articuladas e, mesmo quando são estabelecidas, aparecem fragmentadas e setorializadas, como nos casos do Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), em 1997, e da Emenda Constitucional nº 29, vinculando recursos financeiros para a saúde, em 2000.

Para os autores, esse ponto inviabiliza o atendimento às necessidades e demandas da população por serviços públicos essenciais. Além disso, atua como elemento contrário à formulação de mecanismos de cooperação que permitam ao setor público financiar investimentos vitais para sustentar um novo ciclo de desenvolvimento econômico, garantindo a implementação de políticas públicas nos campos da saúde, educação, segurança pública e outros.

1.2 A saúde pública na federação brasileira, financiamento e relações intergovernamentais

> O desenvolvimento da sociedade, nessa era da informação e de novas tecnologias, causará impactos imensos nas questões sanitárias.
>
> *Santos e Andrade (2007)*

O setor saúde conta com uma das principais políticas nacionais que retratam o sistema federativo e o pacto federativo existente entre os três níveis de governo – União, estados e municípios. Com o processo de descentralização, a política de saúde tem enfrentado o desafio de estabelecer a gestão e o financiamento das ações de saúde em nível local, articulando as competências e atribuições dos três entes, buscando a ampliação do papel dos estados e municípios e, além disso, almejando a constituição de regiões de saúde. Na área da saúde, o pacto federativo

brasileiro apresenta peculiaridades e uma atuação dos estados ora mais forte, ora menos presente.

A Constituição de 1988 propõe um processo de descentralização e de regionalização das ações e serviços de saúde ofertadas à população, cuja implementação tem avançado ao longo da construção do SUS, através de leis e portarias ministeriais, algumas delas trazendo consigo normas operacionais. Este "modelo" de descentralizar a saúde é complexo porque as normas são dispositivos infraconstitucionais, editados pelo Governo Federal, que definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização e de relações entre as esferas de governo (ARRETCHE, 2002).

Para Trevisan e Junqueira (2007, p. 896):

> como o sistema é operado por NOBs "federais", o conceito de descentralização cai em uma espécie de "vácuo decisório" plenamente preenchido pela instância federal porque, enfim, o recurso financeiro, ou melhor, a liberação dele, é sempre um ato "de Brasília".

E para conquistar o objetivo da regionalização prevista na Lei nº 8.080/90, a construção do planejamento e das regras de implementação do Sistema Único de Saúde precisa ser fruto de uma articulação entre os três entes, em um processo de pactuação de forças e vontades. A proposta de regionalização do SUS começou a sair do papel com a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/02 –, embora ainda dentro do modelo de portaria federal, e em 2006 foi reafirmada com a criação do Pacto pela Saúde.[5]

Ao longo de todo o processo de implementação do SUS, tem havido conflitos federativos em meio às tentativas de aplicação das competências concorrentes dos três níveis de governo presentes no texto constitucional. No processo de mobilização de atores envolvidos no chamado "movimento sanitário", nas décadas de 1970 e 1980, nos discursos e nos projetos, houve uma tentativa de associar o esforço da redemocratização na área da saúde ao desenvolvimento da cidadania. Sergio Arouca e outros líderes e participantes do movimento associavam o alargamento do

[5] O Pacto pela Saúde é composto pelas determinações das seguintes Portarias do Gabinete do Ministro da Saúde: Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 598, de 23 de março de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; e Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.

conceito de cidadania e do projeto de saúde, com o intuito de gerar elementos para uma grande reforma social.[6]

Essa proposta de política de saúde associada a um projeto maior de cidadania, de participação popular e valorização do movimento comunitário, apresentava-se em conjunto com a ideia da importância da ponta do sistema; da necessidade de envolvimento e fortalecimento do nível local – onde a população está –, tendo sido provavelmente a base do discurso da municipalização que acompanhou todo o processo de desenho, legitimação e implementação do SUS.

Nos anos 1980, foram criados nas esferas estadual municipal, o Conselho Nacional de Secretários [Estaduais] de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), para fortalecer a legitimidade das políticas de saúde e permitir a discussão tripartite, envolvendo estados e municípios junto à União na tomada de decisão e formulação de políticas no setor.[7]

O início da implementação do SUS não foi fácil, do ponto de vista das relações entre os três níveis de governo – União, estados e municípios. Surgiram impasses entre os estados e o Governo Federal quanto ao repasse de verbas e à transferência de patrimônio e de pessoal, inclusive pela resistência do próprio funcionalismo, que sairia do âmbito federal para estados e municípios. Havia disputa por verbas entre os Ministérios da Saúde, da Previdência, da Fazenda; entre os secretários estaduais de Saúde; entre estes e o Ministro da Saúde; entre Ministério da Saúde, os governos estaduais e municipais. No período do Governo Collor, houve tentativa de desmantelamento das conquistas da saúde na Constituição e recentralização da política de saúde no nível federal. Em contrapartida, no ano de 1990 o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), complementada em seguida pela Lei nº 8.142/90. Embora alguns artigos das duas leis tenham sido vetados, ambas marcaram o avanço para a saúde.

Em 1993, no Governo Itamar Franco, houve a extinção do INAMPS e a transferência das ações de saúde para estados e municípios, descentralizando-se seus funcionários. Esse movimento abriu espaço para a municipalização do sistema

[6] O livro *A Construção do SUS*: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo (BRASIL, 2006) traz, por meio de entrevistas com atores importantes do movimento sanitário e da formulação do projeto político da saúde, informações preciosas e em detalhes sobre todo o processo de criação das bases do Sistema Único de Saúde e, no momento pós-Constituição de 1988, da sua implementação ao longo dos anos 1990.

de saúde. Ao longo dos anos 1990, foram editadas as Normas Operacionais de 1991, de 1993 e de 1996, estabelecendo regras de organização do SUS nos três níveis de governo. Quando a NOB 01/91 foi criada, passou a ser implementado um modelo de repasse de recursos aos estados e municípios de acordo com a produção de serviços.

A NOB 01/93 introduziu formas de gestão como critério de classificação dos estados e municípios. A pactuação entre as esferas de governo seria feita através das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Intergestores Bipartite (CIB). Os estados e municípios tiveram que se habilitar a uma das três formas de gestão – incipiente, parcial ou semiplena – e os estados, em gestão estadual parcial e semiplena. Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Os municípios e estados habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei nº 8.080/90 (COSEMS-RJ, 1999; OLIVEIRA, 2000; LEVCOVITZ, 1997).

A NOB 01/96 apresentou novos mecanismos de transferências governamentais e determinou que existisse sempre a contrapartida dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido. Foram criadas duas novas formas de gestão municipal: a "gestão plena da atenção básica" e a "gestão plena do sistema municipal". A partir daí, ficou mais evidente a preocupação da saúde com a atenção básica, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB). Nos anos 2000, as regras para a organização do SUS trouxeram como prioridade a proposta de regionalização dos serviços de saúde. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), publicada por meio da Portaria MS/GM nº 95, de janeiro de 2001, definiu como estratégica a necessidade de regionalização da atenção à saúde como um avanço do processo de descentralização em curso nos últimos anos no setor.

Este deslocamento da descentralização para fora do município definiu para os estados um papel fundamental de organização e de gestão das regionais de saúde. Em 2002, foi aprovada a NOAS-SUS 01/02, mantendo as diretrizes da NOAS anterior, porém aumentando o número de procedimentos do PAB e criando o PAB-

[7] O CONASS foi criado em 1982; o CONASEMS, em 1988.

Ampliado, definindo as características das regiões de saúde estaduais e estabelecendo os mecanismos de financiamento para procedimentos de maior complexidade e custo (BRASIL, 2002, p. 15).

Desde 2006 vem sendo implementado no Brasil o Pacto pela Saúde 2006, criado com o intuito de fortalecer os instrumentos de gestão, pactuação e cooperação entre os três níveis de governo, eliminando a habilitação em modelo de gestão existente até então e criando um termo de compromisso de gestão para estados e municípios. As diretrizes operacionais do Pacto são integradas e articuladas em três pactos distintos: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Propõe que os três níveis de governo passem a assumir responsabilidade plena pela gestão do SUS e que haja o fortalecimento dos espaços de pactuação intergestores, incumbindo às Comissões Intergestores Bipartite, na pactuação entre estado e municípios, definir o modelo organizacional do SUS a ser implantado de acordo com as peculiaridades daquela região ou estado. Com isso, seriam respeitadas as diferenças regionais no Brasil e a gestão do SUS estaria mais voltada para cada realidade. As CIBs estaduais e regionais passariam a desempenhar papel relevante na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema.

O Pacto também propõe a criação do Colegiado de Gestão Regional, espaço permanente de pactuação do SUS nas regiões do estado. No modelo proposto, as relações intergovernamentais devem ser muito fortalecidas, e na esfera estadual o papel de coordenar a construção de redes assistenciais regionalizadas, com vistas a solucionar o problema dos vazios assistenciais existentes, tem sido um grande desafio.

Embora o Pacto tenha sido gerado com vistas a superar os atropelos das normas operacionais que pautaram a organização anterior do SUS, a adesão tem sido muito lenta e vários pontos têm sido criticados. Para Santos e Andrade (2007, p. 87), apesar dos avanços da gestão do SUS consensuada, o Pacto "traz em seu bojo um tanto do DNA das normas operacionais anteriores, uma vez que mantém todas as modalidades de transferências de recursos da União para os demais entes, vinculadas ao atendimento de determinados programas".

Para complicar o já complexo processo de implementação do SUS, várias das normas operacionais editadas não foram revogadas no texto da portaria de publicação de uma nova norma, gerando uma sobreposição de regras e instrumentos de conduta para a operacionalização do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2007). Os autores avaliam que, passados mais de 20 anos da criação do SUS, ainda há vários desafios a cumprir nas relações intergovernamentais na saúde, que contornem problemas.

Um deles é o fato de o Ministério da Saúde ter assumido, por muitos anos, a indução de políticas de saúde nacionais através do financiamento, embora tenha sido apresentada a importância da busca de consenso e do papel dos órgãos colegiados. Para os autores, é importante investir em um planejamento ascendente; apostar no colegiado interfederativo como meio de obtenção de consenso e investir em redes interfederativas, para que seja construída uma nova lógica no processo de formulação de políticas.

Como uma síntese das questões abordadas acima, Noronha, Lima e Machado (2008) apresentam avanços e dificuldades na implementação do SUS, para as relações intergestores, dentre os quais destacamos (quadro 1):

AVANÇOS	DIFICULDADES
▪ Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios; ▪ Estabelecimento das comissões intergestores (tripartite e bipartites) como instâncias efetivas de negociação e decisão; ▪ Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios; ▪ Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde; ▪ Aumento progressivo das transferências automáticas ("fundo a fundo") de recursos federais para estados e municípios;	▪ Imprecisão e pouca clareza na definição do papel gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema; ▪ Conflitos acentuados e competitividade nas relações ente gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal, municipal-municipal); ▪ Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios; ▪ Dificuldades na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional da saúde (EC 29); ▪ Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento; ▪ Baixa participação dos investimentos no gasto total com saúde ▪ Pouca adoção de mecanismos de transferências interestaduais e intermunicipais de recursos para o SUS.

QUADRO 1 – As relações entre gestores dos níveis federal, estadual e municipal na implementação do SUS

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008, p. 467).

Dentre os desafios recentes para a implementação do SUS do ponto de vista das relações interfederativas e do processo de descentralização, destaca-se que é necessário fortalecer a capacidade administrativa e institucional dos governos locais, regionais e central, não necessariamente alcançados pelo próprio processo de descentralização em curso. Para Noronha, Lima e Machado (2008, p. 469),

> o fortalecimento institucional dos três níveis de governo depende de mudanças mais amplas do Estado, que transcendem o espaço da política setorial, sendo a concretização do SUS influenciada por outros aspectos ainda não equacionados como o adequado aporte de recursos financeiros (incluindo os investimentos), a provisão e a regulação adequada de insumos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a superação dos padrões de iniquidade do sistema e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

O financiamento da saúde é considerado um dos principais nós críticos do SUS desde os debates anteriores à Constituição de 1988. Nos primeiros anos da década de 90, o equilíbrio do orçamento foi dificultado pela inflação elevada, a instabilidade das políticas e as perdas reais no repasse das dotações orçamentárias. O processo inflacionário gerava efeito corrosivo sobre o orçamento público. O contingenciamento, o atraso nos repasses de recursos e a realocação de verbas dificultavam a produção de dados quantitativos sobre o financiamento público. Na disputa por recursos entre os setores da Saúde e a Previdência Social, a Saúde saiu perdendo. A crise fiscal inviabilizou a lógica de Seguridade Social prevista na Constituição de 1988.

Na implementação do SUS, regras foram sendo formuladas ao longo dos anos, para definir formas de financiamento, de descentralização de recursos e de gestão dos mesmos. Tais regras estão definidas em milhares de portarias ministeriais lançadas pelo nível central, incluindo aquelas que apresentam as normas operacionais. As regras definidas pelo Governo Federal, alteradas a todo o tempo nas portarias, foram criando mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços, constituindo a principal base de regulação da descentralização do sistema

pelo poder central (LIMA, 2006; MACHADO, 2002). Dentre as alterações, destacam-se:

> - contenção e retardamento dos mecanismos de caráter automático por meio de transferências "fundo a fundo", associado a um tipo de descentralização fortemente controlada pelo MS;
>
> - mudança da ideia original de repasses globais não fragmentados (tipo "block grants") para mecanismos distintos de transferências, segundo nível da atenção à saúde, tipo de serviço ou programa (tipo "project grants");
>
> - a inclusão de novos critérios e condicionantes para o recebimento e aplicação dos recursos; e
>
> - a manutenção das formas de remuneração direta do MS por serviços prestados, em unidades privadas credenciadas ao SUS ou administradas pelos governos municipais e estaduais. (LIMA, 2006, p. 117).

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, chamada de Emenda da Saúde, que definiu a vinculação de recursos da União, dos estados e dos municípios para financiar as políticas de saúde no Brasil. Para Dain (2007, p. 1.853), "A EC 29 deveria promover a blindagem do sistema, em termos da sustentabilidade e suficiência de recursos, avançando também na solidariedade federativa, através da definição de parâmetros para o estabelecimento de relações fiscais intergovernamentais no SUS." A Emenda estabelecia que Lei Complementar a ser instituída deveria ser "reavaliada pelo menos a cada cinco anos" e que na Lei estariam definidos os critérios de rateio de recursos para a saúde provenientes da União, e aqueles provenientes dos estados destinados aos municípios, "objetivando a progressiva redução das disparidades regionais".

O Projeto de Lei Complementar n° 121/2007 foi aprovado em 9 de abril de 2008 no Senado Federal (definindo a vinculação de no mínimo 10% da arrecadação bruta da União para a Saúde) e encaminhado para votação na Câmara dos Deputados, onde sofreu alterações. Desde 2008 tramita no Congresso o Projeto de Lei Complementar nº 306/2008, substituto do anterior, atribuindo a destinação de 10% da arrecadação bruta da União para a Saúde, definindo a criação de uma contribuição social para a Saúde e estabelecendo o conceito de ações de saúde para limitar a destinação de recursos para o setor. Este projeto ainda não foi votado.

Há casos de descumprimento da Emenda n° 29, tanto pela União quanto por alguns estados e municípios que não alcançaram o percentual mínimo de recursos

vinculados à saúde – 12% para estados e 15% para municípios. De acordo com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), vários estados têm descumprido a Emenda, sendo os casos do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais os mais notáveis. O Espírito Santo tem a peculiaridade do fundo de subsídio às atividades portuárias – o FUNDAP –, que subtrai tal percentual da receita total do estado e compromete a receita da Saúde (pela forma de cálculo do SIOPS, gerando um percentual para a saúde aquém dos 12%). Outra questão a ser resolvida no financiamento da Saúde é seu modelo, baseado em pagamentos de procedimentos e serviços de acordo com tabela de valores criada pelo Ministério da Saúde. Esta é considerada defasada há tempos, gera sobrecarga nas contas municipais e estaduais quando os gestores compram serviços por valores superiores à tabela SUS e, com isso, têm que complementar os recursos federais com seus recursos próprios.

Além disso, enquanto a Emenda nº 29 não é regulamentada, o volume de recursos do Governo Federal destinado ao Ministério da Saúde não tem sua estabilidade garantida. Na verdade, o país presenciou as diversas tentativas de realização de reforma tributária nos anos 1990, elemento crítico para alterar o padrão e o volume de arrecadação de recursos da União, estados e municípios, e, por consequência, o montante destinado à Saúde.

O grau de comprometimento de cada ente federativo no financiamento das ações de saúde é acompanhado e sistematizado a partir do SIOPS, implantado pelo Ministério da Saúde a partir de 1998, com o objetivo de coletar e sistematizar as informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. Os dados de origem são transmitidos por municípios e estados pela internet (dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira). São depois sistematizados pelo Ministério da Saúde e disponibilizados pela internet, na forma de planilhas e de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, facilitando o acompanhamento e o controle social sobre o financiamento do SUS.[8] No entanto, a acuidade dos valores dos balanços estaduais enviados ao Ministério da Saúde para disponibilização no SIOPS tem sido

questionada, gerando divergência entre o que eles apresentam e o que a equipe de técnicos do Ministério da Saúde avalia.

No âmbito das políticas de saúde, o financiamento foi alterado nos últimos anos pelo Pacto pela Saúde de 2006, que criou seis grandes blocos de financiamento para transferir recursos da União para estados e municípios: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos. A proposta visava a organizar melhor as transferências e o financiamento de cada um dos blocos, porém de fato o modelo não se distanciou muito da lógica anterior de alocação de recursos.

1.3 A região, a regionalização no setor saúde, a intersetorialidade e a experiência das redes intergovernamentais

> A vida está tecida em conjunto; não é possível separá-la.
>
> *Edgar Morin*

> O território, visto como unidade e diversidade, é uma questão central da história humana e de cada país e constitui o pano de fundo do estudo das suas diversas etapas e do momento atual.
>
> *Milton Santos e Maria Laura Silveira*

A constituição de regiões como meio de contribuir com o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas por administrações públicas tem sido defendida no nível mais amplo, de caráter nacional, com discussões sobre a divisão do espaço territorial brasileiro. Tem também acompanhado as políticas de alguns estados como alternativa à adoção da escala municipal x escala estadual para o desenvolvimento das ações de interesse da sociedade. Com isso, muitos governos estaduais têm adotado algum grau de regionalização administrativa, e o Espírito Santo é um deles.

Segundo Bandeira (2007), os resultados alcançados pelos estados nesse sentido têm sido variados, já que em alguns a experiência da regionalização administrativa não sobreviveu à gestão em que foi tentada sua implementação. Dentre os casos bem-sucedidos, o autor destaca Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Felicíssimo (1991) já discutia, no início dos anos 1990, questões que permeiam

[8] Disponível em http://siops.datasus.gov.br/siops.php

os estudos sobre regionalização até os dias atuais. Havia o grande desafio, no período imediato que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988, de fazer valer as propostas de descentralização e de regionalização das políticas trazidas na Carta, com a descentralização sendo entendida como uma das possibilidades mais privilegiadas de conjugação de modernização e democratização.

Os limites já discutidos para aquele momento são ainda hoje grandes entraves para a regionalização das políticas de saúde:

> O principal desafio para os movimentos regionais ou urbano-municipais consiste em poderem transformar-se em agentes de um estado que se moderniza, ao mesmo tempo em que se descentraliza. Os limites, neste caso, estão dados pelo espaço e pela capacidade de produzir ações políticas negociadas e de recriar os marcos institucionais, ajustando-os para que incidam nos processos de desenvolvimento. (FELICÍSSIMO, 1991, p. 61).

Para contribuir com o debate e a tomada de decisão sobre a regionalização do sistema de saúde, no Brasil, buscaremos explicitar como os termos "região", "regionalização", "questão regional" apresentado alguns autores de destaque sobre essa temática. O tema da regionalização da saúde no Brasil deve ser tratado com a explicitação da conceituação do termo, que vem sendo amplamente utilizado e estudado na literatura econômica, na economia regional, no planejamento urbano e regional, na ciência política e na sociologia, na geopolítica internacional, na geografia e em outras áreas (HAESBAERT, 1999).

Diversos autores de destaque têm escrito sobre a "região" e sobre "regionalização" no Brasil em período recente. Entre eles, Tania Bacelar Araújo (1995; 1997; 2006b) tem-se dedicado a analisar o dinamismo econômico no desenvolvimento regional, no planejamento regional e outras questões relacionadas ao desenvolvimento regional.[9] Para a autora, as dificuldades para o Brasil tornar-se um país regional e socialmente menos desigual passa, necessariamente, pela adoção de um movimento de descentralização coordenada, diferente do modelo atomizado que gera fragmentação (ARAÚJO, 2006b, p. 374-375).

[9] Os economistas Wilson Cano e Francisco Oliveira também escreveram diversos trabalhos nos anos 70, 80 e 90, sobre a questão do desenvolvimento econômico no Brasil e nas suas regiões. Podemos citar como referências sobre o tema: CANO, W. *Raízes da concentração industrial em São Paulo*. São Paulo: Difel, 1977. E OLIVEIRA, Francisco de. A Questão Regional: a hegemonia inacabada. *Revista Estudos Avançados da USP*, v. 7, n. 18, p. 43-63, 1993. Outro exemplo é o economista Theotonio dos Santos, que em seu livro *Globalização e*

Com vasta produção científica sobre economia regional, economia e território, desenvolvimento regional e planejamento regional, Clelio Campolina Diniz (2007, p. 2; 15) entende que é necessário – e ao mesmo tempo complexo – trabalhar com múltiplas escalas territoriais e adotar fundamentos teóricos e metodológicos para a regionalização do território, tanto para efeitos de planejamento quanto para implementação de políticas públicas. Uma nova política nacional de desenvolvimento regional deve considerar a definição de uma nova regionalização, para fins de planejamento, considerando múltiplas escalas.

Carlos Vainer (1995, p. 450) reforça a tese de que "as regiões" são resultado de um complexo processo histórico de construção social em que intervêm, sincrônica e diacronicamente, relações econômicas, políticas e simbólicas. Além disso, as regiões devem combinar elementos de ordem econômica, política, social, cultural, tornando-se um espaço sentido e vivido por seus habitantes, formado mais pela consciência coletiva dessas pessoas, pelo seu sentimento de pertencimento, do que pela uniformidade do espaço que a define (FRÉMONT, 1976, apud GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006, p. 40).

Nos estudos brasileiros de geografia, há muitos autores que escrevem sobre a "região" seguindo diferentes correntes de pensamento, porém é difundida na sociedade a divisão regional brasileira adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ela assume a divisão do território brasileiro em cinco macrorregiões geográficas, todas limitadas pelas fronteiras político-administrativas dos estados federativos. A marca da divisão regional histórica proposta pelo IBGE em cinco macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste), nos últimos anos, foi influenciada por correntes da geografia que acreditam "ser possível organizar o espaço de maneira mais harmoniosa e equilibrada, por meio do planejamento regional [...], ressaltando o sentido de uma geografia da ação, concebendo a região como objeto de intervenção" (GUIMARÃES, 2005, p. 1.020). Nos anos 2000, o próprio IBGE passou a adotar uma divisão microrregional para a realização dos censos populacionais, e a visão de "região" colocada é a de "uma unidade espacial de intervenção e ação do Estado, cabendo ao planejador reconhecê-la, descrevê-la, tornar claros seus limites" (idem, p. 1.021).

Regionalização, publicado em 2004, discute a economia e geopolítica global e a formação dos blocos regionais, dividindo o mundo em regiões.

Milton Santos tem vasta produção bibliográfica sobre regionalização e a conceituação de "região", tema desafiador e alvo de calorosos debates dentro da geografia nas últimas décadas por diferentes correntes metodológicas, sendo um desafio a compreensão da realidade e a análise regional a partir de diferentes escalas (CASTRO, 2002). Muitos autores têm discutido, nos últimos anos, a necessidade de revisão da divisão territorial brasileira determinada pelo IBGE e utilizada como suporte ao planejamento governamental e à formulação de políticas públicas. Destaca-se a proposta de Santos e Silveira (2001), que defende a existência de quatro macrorregiões no país: Concentrada (formada por Sul e Sudeste), Nordeste, Centro-Oeste e Amazônia.

No estado do Espírito Santo, a questão da regionalização está expressa na Constituição Estadual do Espírito Santo de 1989, em seus artigos 150, art. 162, art. 164, art. 211, art. 212, art. 213, art. 215, art. 216, art. 217, art. 218. A regionalização da saúde implementada atualmente no estado do Espírito Santo, verificada no estudo empírico realizado, é resultado das propostas de regionalização dos anos 1990, que eram defendidas para a administração pública como um todo. De acordo com Felicíssimo (1991, p. 62),

> um processo de descentralização apoiado e impulsionado por atores territoriais, que promova um espaço público negociado sociopoliticamente com o objetivo de implementar o desenvolvimento local, com certeza incidiria positivamente no controle social dos setores estatais e privados, nas diferentes instâncias territoriais.

No Brasil, o fato de existir uma diversidade de lógicas de divisão regional, ligadas ou não a programas setoriais ou a ações específicas, por vezes incompatíveis entre si, dificulta a construção da identidade regional. Para Bandeira (2007, p. 2), "além de impedir uma melhor articulação entre as ações dos diferentes órgãos, essa variedade de regionalizações impede o surgimento de uma forma comum de „ver" o território, necessária para a formação de identidades regionais". Além disso, o tema da regionalização se torna deveras complexo quando introduzida a necessidade de institucionalização das regiões. O autor explica que "a tarefa de institucionalizar uma nova escala, intermediária entre o estado e o município, é dificultada pela quase total inexistência de identidades territoriais consolidadas nesse nível." (idem, p. 2).

A institucionalização da região seria a última etapa de seu processo de criação/construção, e para acontecer, devem ser alcançados quatro pontos, não necessariamente nessa ordem: a) definição da forma ou abrangência territorial; b) formação de uma imagem conceitual ou simbólica; c) desenvolvimento de instituições regionais e a incorporação da existência da região às práticas e formas de organização da sociedade; e d) estabelecimento da região como parte de um sistema de regiões, com papel administrativo definido, associada à consciência regional da comunidade. (PAASI, apud BANDEIRA, 2007). Essa definição territorial da região deve buscar a integração dos atores sociais, políticos e econômicos, fundamental para que "a região se torne social e politicamente relevante, não sendo apenas objeto passivo para ações concebidas e implementadas „de fora para dentro" e „de cima para baixo". (BANDEIRA, 2007)

Quando se trata da regionalização da saúde no Brasil, a construção das regiões tem seguido diferentes abordagens, e a aplicação do verbo "regionalizar" nem tem incorporado elementos de identidade territorial, mesmo sem contiguidade geográfica, nem foi realizada de modo a criar regiões administrativas autônomas incorporando um novo ente à federação brasileira. Não há no Brasil representação político-institucional pública e autônoma no nível regional; não há gestão regional própria, autônoma.

Os itens (c) e (d) propostos por Paasi não se concretizaram na experiência brasileira. Na Saúde, a gestão do SUS continua sendo capitaneada por decisões de gestores dos três níveis de governo. No entanto, com a finalidade maior de aproximar os serviços da população e garantir a atenção à saúde a toda a sociedade, defende-se a pactuação entre gestores estadual e municipais em espaços regionais, gerando-se mecanismos que possibilitem a constituição de redes de atenção à saúde em sistemas locais/regionais.

Para alcançar este objetivo, ou seja, para este entendimento de "regionalização", a Saúde é territorializada e deve integrar o sistema local de gestão; a organização se dá por meio da pactuação em torno de um conjunto de municípios, constituindo subsistemas de saúde. Mais uma vez, enfatizando, a região não é um ente e nem existe formalmente implementada do ponto de vista administrativo, político e jurídico. Neste sentido, fóruns de articulação e pactuação, com representação de todas as partes, devem ser criados e fortalecidos. Além disso,

instrumentos formais de organização, gestão, planejamento e financiamento das regiões têm que ser definidos e precisam ser adotados e cumpridos pelos entes.

Na legislação brasileira e na normatização do SUS, desde a sua criação, foram apresentadas diferentes propostas de regionalização que impactariam na implementação das políticas de saúde no Brasil, como organizados em quadro apresentado no Apêndice 02. O tema é tratado na Constituição de 1988, no capítulo da saúde, como "rede regionalizada" onde não aparece o termo "regionalização". É explicitado no Art. 198 que

> as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

Na Lei nº 8.080/90, a regionalização é integrada ao princípio da "descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo", junto ao objetivo da "ênfase na descentralização dos serviços para os municípios". A organização hierarquizada e regionalizada das ações e serviços de saúde deve acontecer em níveis de complexidade crescentes. (Art. 7 e 8).

A NOB 01/91 não trata da regionalização, porém introduz a possibilidade de formação de consórcios entre os municípios para a realização de ações e serviços de saúde. Na portaria que introduz a NOB 01/93, aparece a ideia de que a regionalização é um dos pressupostos da descentralização que acompanha a construção do SUS, e é conceituada como

> uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

A NOB 01/96 trouxe como elemento principal a constituição dos sistemas municipais de saúde; visava à municipalização, sem criar mecanismos para regionalizar, embora em seu texto constasse que

> A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, **organizados em rede regionalizada e hierarquizada**, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município — o SUS-Municipal — voltado ao atendimento integral de sua própria

> população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. [...] A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, **permitem a construção de redes regionais** que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo.

Apesar de conquistas como a ênfase na atenção primária e na saúde da família, a inovação na modalidade de financiamento federal do SUS para estados e municípios por meio de transferências *per capita* (Piso da Atenção Básica) e o estímulo à ampliação das negociações tripartites e bipartites, a NOB 01/96 não conseguiu alterar o quadro de desigualdades regionais e intrarregionais na Saúde (VIANA et al., 2008). O período de implementação da NOB 01/96 coincidiu com o período de crise nas relações federativas e de medidas austeras do Governo Federal com relação às finanças dos entes subnacionais. Além disso, havia competição horizontal entre os entes, principalmente entre estados, devido à chamada guerra fiscal. Consequentemente, na Saúde, o pacto nacional a favor do SUS foi enfraquecido e a política de saúde setorializada não acompanhou as mudanças na dinâmica territorial brasileira e na concepção de região (VIANA et al., 2008).

A NOAS 01/02 apresentou o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. No texto da NOAS, a região de saúde é conceituada como:

> base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

Pela proposta da NOAS, a regionalização poderia ser alcançada com a criação de escalas de macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde, pelo estado, e a menor escala escolhida seria a base do módulo assistencial. O modelo não funcionou e foi muito criticado. Permanecia a lógica da habilitação, coibindo a garantia de autonomia das esferas de poder estadual e municipal. Guimarães (2005)

mostrou como a proposta da NOAS era limitada e se assemelhava à tradição do IBGE de ver a região como um espaço de intervenção e controle do estado, e seguindo políticas territoriais tradicionais do Brasil que trabalhavam com uma concepção hierárquica e geométrica da região.

O Pacto da Saúde apresentado em 2006 era formado pelo Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. No Pacto de Gestão, a regionalização é eixo estruturante, orientador da descentralização das ações e serviços de saúde e dos processos de negociação e pactuação entre os gestores. No Pacto de Gestão, foram apresentados diferentes tipos de regiões de saúde possíveis, flexibilizando a questão da contiguidade geográfica e das fronteiras. Foi proposta a revisão dos documentos já exigidos na NOAS: Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano Diretor de Investimento (PDI); Programação Pactuada e Integrada (PPI), além dos documentos de gestão de cada esfera, os planos de saúde.

O processo de adesão ao Pacto da Saúde tem sido lento, e alguns problemas têm justificado o percentual reduzido de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) prontos nos municípios de vários estados brasileiros até o fim do ano de 2009. Dados do CONASS (2009) de julho de 2009 apontavam que 53,4% dos municípios (2.969 municípios) haviam aderido ao Pacto pela Saúde até aquele momento. Em cinco estados ainda não havia adesão de nenhum município e em outros cinco estados havia uma adesão inferior a 20% do total dos municípios. Do lado positivo, sete estados já contavam com a adesão de mais de 90% dos municípios.

Quanto aos estados, apenas o Amazonas ainda não havia feito a adesão ao Pacto. Em mais da metade dos estados brasileiros, o percentual de municípios que haviam enviado o Relatório Anual de Gestão de 2008 aos Conselhos de Saúde era de menos de 30%. Além disso, até aquele momento, somente seis estados atualizaram o Plano Diretor de Regionalização e dois atualizaram o Plano Diretor de Investimento após 2006, sendo que muitos não informaram ou não concluíram esses documentos.

Na busca de alternativas para ajustar o processo de implementação do Pacto e fortalecer a política de saúde por ele proposta, CONASEMS e CONASS promoveram, em junho de 2009, uma oficina envolvendo as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), levando em seguida o assunto à reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em agosto de 2009. Dentre os problemas levantados,

destacam-se a fragilidade do processo de planejamento do SUS, da constituição dos instrumentos de planejamento por estados e municípios, e sobretudo a falta de sintonia entre a lógica do planejamento e as regras e os prazos do processo de implementação do Pacto da Saúde. Nos municípios, as maiores dificuldades têm sido: a) insuficiência, precarização e falta de qualificação da força de trabalho para elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão; b) falta de estrutura dos COSEMS para cumprir seu papel de articuladores junto aos municípios; c) grande rotatividade dos gestores; d) ausência da cultura de monitoramento e avaliação; d) sistemas de informação que não se comunicam entre si; e por fim, e) fragmentação das ações realizadas nos estados e municípios.

Os principais pontos na agenda de fortalecimento do pacto, pautados em especial nas necessidades de articular o cronograma do Pacto ao cronograma e às demandas do processo de planejamento do SUS e de promover a cooperação entre os entes, são: a) compatibilização dos prazos do TCG com o Plano de Saúde; b) integração do PDR e PDI em um único documento, integrando-o ao Plano Estadual de Saúde; c) revisão do TCG para permitir que seja um instrumento de explicitação dos pactos firmados, com o acompanhamento permanente; d) regulamentação do TCEP (Termos de Cooperação entre Entes Públicos); dentre outros (CONASEMS, 2009, p. 15; BRASIL, 2009; CONASS, 2009).

No estado do Espírito Santo, observamos que houve a criação das Regiões de Planejamento (macrorregiões) e das Regiões Administrativas (microrregiões) a partir da Lei nº 5.120/1995. No entanto, tal modelo de regionalização poderia ser traduzido como uma desconcentração da estrutura estadual para as regiões (quando foram criadas Superintendências Regionais setoriais em cada macrorregião), estimulando o desenvolvimento político, econômico e social das regiões, com maior presença do nível estadual ali e a criação de políticas públicas levando em consideração as peculiaridades de cada local.

Na verdade, esta configuração mostra uma suposta regionalização que não descentraliza para o município, pois a princípio cria estruturas administrativas estaduais nas regiões, e o poder permanece concentrado. Neste caso, ao invés de a regionalização ser um complemento do processo de descentralização entre os entes federativos, levando mais poder para os municípios, aparece como uma contradição.

A Lei nº 5.120/95 previa também a criação de conselhos regionais, envolvendo os municípios, e a definição de planejamento regional por gestores representantes dos dois níveis de governo naquelas regiões, criando uma responsabilidade bipartite, gerando de fato uma descentralização regionalizada com o fortalecimento das relações intergovernamentais, de difícil implementação. A tomada de decisão estadual permaneceu muito concentrada na estrutura central do governo.

A regionalização político-administrativa apresentada nos anos 1990 como um viés fundamental dos movimentos descentralizantes não teve grande êxito no sentido de criar tomada de decisão pactuada entre os níveis estadual e municipal para a conformação de políticas de fortalecimento regional, no estado do Espírito Santo. Este processo incluía o setor saúde e, assim, era possível conciliar a implementação de políticas da saúde no estado com decisões de outros setores, garantindo o diálogo entre diferentes políticas e programas. Mendes (2001, p. 44), discutindo a necessidade de a regionalização ser o ponto central da organização dos serviços de saúde, defende que as regiões já existem e que é nesses "espaços microrregionalizados de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social".

Estudar a regionalização específica da saúde no Brasil, e no caso desta tese, analisar a regionalização da saúde no Espírito Santo, torna ainda mais complexa a questão, porque nos anos 2000, a partir da NOAS 01/2001, quando foi resgatada a proposta de regionalização na política de saúde nacional, propôs-se a configuração dos serviços de saúde em espaços regionais próprios para o setor. Este foi então descolado dos demais setores da administração pública, criando uma lógica própria de pensar a oferta de serviços e a constituição de sistemas locais de saúde em agrupamentos de municípios dentro de cada estado, chamados regiões de saúde.

No modelo de regionalização político-administrativa, os agrupamentos de municípios foram conformados a partir de municípios-polo do ponto de vista político e econômico, juntando a eles os municípios menores de seu entorno, com histórico de dependência desses com relação àqueles. Já na regionalização da saúde proposta pela NOAS 01/02, a conformação das regiões de saúde deveria acontecer levando-se em conta escala e escopo dos serviços de saúde e critérios epidemiológicos.

Viana et al (2008) atentam para o fato de a regionalização da saúde ainda estar muito vinculada à organização do sistema de saúde, ao acesso, à infraestrutura, ao financiamento, aos programas, presa a características setoriais, como o perfil epidemiológico e de assistência. Sugerem a adoção de outra perspectiva de regionalização, avançando para uma articulação de políticas, indo além do ambiente setorial da saúde e buscando um planejamento territorial e nacional entre entes federados. Para os autores, "a regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas, sim, de acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território" (VIANA, 2008, p. 98).

No título do livro de Fleury e Ouverney, *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*, publicado em 2007, o termo "regionalização" aparece como a "regionalização da política de saúde". Além disso, os autores avançam na discussão e introduzem o tema da relação entre regionalização e gestão em redes. Eles comentam o papel da NOB 01/96 de tentar buscar a regulamentação do fortalecimento das relações de interdependência dos sistemas municipais, retomando a ideia de organização em rede preconizado na Constituição de 1988, que aconteceria através da normalização do referenciamento intermunicipal, da integração de fluxos previamente planejados e da existência das Comissões Intergestores Bipartites para resolução de conflitos.

A Norma Operacional seguinte, a NOAS 01/02, ressalta pela primeira vez desde a Constituição de 1988, a necessidade de adoção da estratégia de regionalização para o aprofundamento da descentralização do SUS e da interdependência entre municípios, em especial, e entre estados e municípios, já que a proposta promove um fortalecimento das funções da esfera estadual na saúde. Fleury e Ouverney analisam que a proposta da NOAS rompe com o padrão de relações intergovernamentais federal-municipal estimuladas pelas NOB 01/93 e NOB 01/96 e estimula a maior participação do nível estadual, ao sugerir que o processo de planejamento aconteça com a constituição dos Planos Diretores de Regionalização conduzidos pela gestão estadual. O fato de ter sido criada a Programação Pactuada e Integrada já a partir da NOB 01/96 não havia resolvido a questão da ausência do nível estadual, apesar de ter sido um mecanismo de

estímulo à ampliação do poder do nível estadual, devido à nova função a ele atribuída de coordenar a operacionalização da PPI.

Os autores chamam atenção para a complexidade inerente ao desenvolvimento da regionalização, dada a necessidade de constituição de um amplo processo de planejamento, realizado em conjunto entre estado e municípios, gerando vínculos e intercâmbio de recursos e trazendo como consequência o aprofundamento das relações de interdependência que se formam ao longo desse processo. A nova lógica estabelecida em torno do Plano Diretor de Regionalização coloca estado e municípios como atores principais do processo, buscando conformar sistemas funcionais de saúde e garantir o acesso universal, equitativo e integral, gerando uma racionalidade sistêmica e um pacto de compromisso.

Apesar do estabelecimento de diretrizes para uma gestão coletiva e da proposta de criação dos espaços de pactuação nos estados (as Comissões Intergestores Bipartites), o processo proposto pela NOAS tende a gerar uma coordenação centralizada nas secretarias estaduais de Saúde, mostrando "o predomínio do gestor estadual na estratégia de regionalização", o que vai de encontro à autonomia decisória dos municípios, gerando conflitos de governança. (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 183).

O livro *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*, organizado por Silva (2008), retoma a análise da abordagem da regionalização como aparece no texto original da Constituição Federal de 1988 e que retorna no texto do Pacto pela Saúde de 2006, classificando-a como "rede regionalizada de ações e serviços de saúde". No livro, é defendia a tese de que o processo histórico de construção do SUS, em seus aspectos legais e contexto recente, deve ser considerado para a implementação do Pacto pela Saúde. Este seria o primeiro dos dois conjuntos de elementos a serem tratados simultaneamente para atender à agenda do SUS.

Para este primeiro conjunto de elementos, a sustentação da proposta de redes do Pacto pela Saúde deve acontecer, segundo os autores, através de: 1) aperfeiçoamento da institucionalidade jurídica do SUS; 2) mudanças no volume de recursos financeiros e nas suas formas de alocação e utilização; 3) implementação de políticas nacionais que promovam ampliação da formação profissional, dos investimentos estruturais e dos suportes logísticos necessários ao êxito das redes. O

segundo conjunto de elementos complementa o primeiro e está relacionado ao debate teórico-conceitual sobre redes de atenção à saúde e sua modelagem, defendendo-se o risco e os efeitos maléficos do processo, que em vez de criar uma única rede regionalizada e hierarquizada, tende a se dividir em duas redes: uma da atenção básica e outra da atenção de urgência.

Inojosa (2004) cita como efeitos benéficos da constituição de redes: a autonomia dos entes na adesão e na preservação de suas identidades peculiares, o relacionamento horizontal, a flexibilidade de papéis, o acúmulo dinâmico, a circulação de poderes nos pontos da rede e a possibilidade permanente de ampliação das conexões. Enfatiza, no entanto, que o fato de o modelo de redes parecer mais apto a lidar com problemas complexos que se colocam à gestão social não é de simples adoção. Para a autora, o modelo de organização em redes corre riscos de não ser bem-sucedido se não houver forte compromisso social e se não forem transformadas as organizações tradicionais das quais são compostas suas conexões, porque assim a rede poderia "ser contaminada pelas mesmas características que quer superar" (INOJOSA, 2004, p. 8).

Quando se propõe o estabelecimento de uma lógica própria de regionalização dos serviços para o setor saúde, como explicitado no conceito de região presente no texto da NOAS 01/02 e no Pacto pela Saúde de 2006, há um enfraquecimento da busca pela intersetorialidade das políticas. Essa intersetorialidade é defendida por Inojosa (2001 e 2004), Junqueira (2005) e vários outros autores. Questão crucial para a discussão da organização regionalizada dos serviços de saúde e da constituição de redes é a garantia da intersetorialidade, pois a falta desta ou de "transetorialidade", termo usado por Inojosa, gera planejamentos solitários e setoriais desarticulados, prejudicando o processo de descentralização das políticas sociais. Para ela, vários fatores parecem mostrar que o modelo de organização em rede apresenta diversas vantagens que, no entanto, não têm sentido sem haver intersetorialidade.

> Dado que a maior parte das organizações que se articulam são setorializadas, tanto no campo da sociedade como no campo governamental, é preciso instalar, na rede de compromisso social, uma visão transdisciplinar das questões sociais, uma prática intersetorial e a responsabilidade com resultados. Visão transdisciplinar significa reconhecer e atuar nas múltiplas dimensões inter-relacionadas que compõem as oportunidades de desenvolvimento e, também, as situações de sofrimento e de risco dos diferentes segmentos da população. É preciso compartilhar a compreensão de que a efetivação de direitos universais, como a saúde, a educação e a informação, por exemplo, não pode ser alcançada setorialmente, pois seus condicionantes e

> determinantes sociais, econômicos e culturais estão verdadeiramente „tecidos em conjunto" (Morin, 1999). Quando se observa a epidemia de violência, por exemplo, vê-se que até mesmo a minimização de seus efeitos é impossível de ser alcançada por meio de uma visão disciplinar e de ações setoriais (INOJOSA, 2004, p. 8).

Junqueira (2005, p. 4) acredita que "a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses." No Pacto pela Saúde, o termo "intersetorialidade" aparece uma única vez, junto ao detalhamento das ações de planejamento e de seus objetivos: "promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento" (BRASIL, 2006, p. 33). No texto da NOB 01/96 e no da NOAS 01/02, o termo não aparece.

No entanto, entendemos que a intersetorialidade deve ser priorizada porque as grandes questões sanitárias não têm soluções restritas à área da saúde e envolvem o enfrentamento de vários fatores, dentre eles: a inovação tecnológica e farmacológica; o envelhecimento da população; o impacto da violência na saúde pública; a judicialização/politização da assistência sanitária; os direitos do cidadão na saúde, com padrão de integralidade da assistência e acesso regulado (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Inojosa (2001) cita um exemplo que ilustra a urgência dessa abordagem, tratando do caso de drogadição entre adolescentes, da busca de solução por meio da interação entre um grupo de prefeitos de determinada região e da adoção de políticas intersetoriais. Hoje esse tipo de ação é muito prejudicado pelo formato de regionalização adotado em vários estados do Brasil, desconectados do modelo de regionalização político-administrativa.

PROGRAMA REDE – ADOLESCENTE - SÃO JOÃO DA BOA VISTA
A Rede Adolescente – InterAções pela Vida é uma rede de compromisso social, mobilizada em torno de uma questão social. Seu trabalho é regional e focaliza o segmento jovem da população. Nasceu na região de São João da Boa Vista, a partir de uma discussão com diversos atores, não apenas governamentais, da região. A princípio, a regional de Saúde da área convidou 25 prefeitos para discutir uma proposta de planejamento intersetorial. Os prefeitos articularam suas áreas de Educação, Saúde e Assistência Social. A partir desse ponto, atores do governo do Estado e dos governos municipais se reuniram para discutir problemas que ocorriam nos vários municípios e que eram comuns à região. Na sequência, escolheram um ponto que, naquele momento, estava mobilizando mais as pessoas: o problema do aumento da drogadição entre a população adolescente. E a partir da discussão desse problema, com sua peculiaridade regional, os atores governamentais perceberam que precisavam de outros atores para começar a formular uma proposta e poder intervir. Decidiu-se fazer, então, um amplo chamado às sociedades de cada município, e começou a ser tecida a Rede Adolescente. Na realidade, essa rede ocorre em dois níveis. Cada município tece sua própria rede com os atores governamentais e não-governamentais daquele município. E as redes municipais se articulam em uma rede regional. Mas não se trata de uma rede formal, uma vez que cada instituição continua autônoma e independente, preservando seus propósitos e sua própria ação. Mas, dadas as necessidades de resolver um problema comum e se energizar, fazendo com que a ação das várias organizações se potencializem para a obtenção de resultados comuns, a partir de uma visão compartilhada de futuro, tais organizações se articularam em redes municipais. Assim, passaram a existir ações de âmbito municipal, nas quais os vários atores dividem as responsabilidades. As redes municipais se articulam em uma rede regional, que se ocupa não só do processo de comunicação entre as diversas redes, mas também de questões que extrapolam o âmbito do município.

Quadro 2 – Exemplo de atuação intersetorial em programa de saúde

Fonte: Inojosa (2001, p. 108).

Santos (2008) chama a atenção para a existência tanto de vantagens como de certos riscos quando se assume a constituição de redes pois deve haver cooperação e coordenação, mas ao mesmo tempo é possível que surjam desequilíbrios, conflitos e capacidade gerencial limitada, entre outros problemas.

As redes na arena pública
Vantagens
• Democratização do conhecimento
• Descentralização integrada
• Processos administrativos horizontais
• Cooperação
• Surgimento de novas lideranças
• Planejamento integrado
• Reconhecimento das dependências e interdependências
• Conhecimento das múltiplas realidades
• Respeito às diversidades socioculturais
• Fortalecimento contra pressões externas
• Aumento da eficiência administrativa e técnica
• Otimização de recursos
• Negociação/consenso
• Valorização das relações de confiança
• Solidariedade e compartilhamento
Riscos
• Descentralização concentrada
• Fragmentação da autoridade
• Desinteresse diante de novas informações e conhecimentos
• Perda de controle dos processos
• Perda da autonomia política dos mais fracos
• Individualismo e personalismo
• Conflitos permanentes
• Negociação infindável
• Cooptação dos mais fracos
• Acomodação diante das negociações
• Falta de capacidade gerencial para novas atribuições
• Excesso de controles diante da complexidade do sistema de rede
• Desequilíbrio de poder

Quadro 3 – A constituição de redes na implementação da política de saúde: vantagens e riscos

Fonte: Santos (2008, p. 33).

Abrucio e Soares (2001) discutem a formação de redes intergovernamentais na federação brasileira, estudando as redes do ponto de vista teórico e histórico. Apresentam o conceito de redes federativas como um caminho para contornar os dilemas da federação brasileira, permitindo mecanismos de coordenação horizontal e vertical para a organização político-territorial do poder. Os autores associam federalismo, descentralização, regionalização e constituição de redes. Sugerem a adoção das redes federativas e de cooperação como alternativa à polaridade entre, de um lado, relações intergovernamentais com hierarquia, submissão e cooptação,

ou de outro, separação, fragmentação e competição predatória entre os entes federativos.

No Brasil, país de dimensão territorial, as vantagens na adoção de uma perspectiva regional-territorial são permitir a inovação na gestão da implementação de políticas públicas, otimizando recursos e esforços, contribuindo para a definição de prioridades e para o entendimento da realidade de cada lugar, como argumentam Koga e Nakano (2006). Os autores reconhecem que no Brasil há "diferentes regionalizações", com conjuntos heterogêneos e articulações territoriais diferenciadas "que se encontram momentânea e espacialmente partilhando finalidades e caracterizações comuns." Os diferentes programas, projetos, estratégias e instrumentos das políticas públicas vão moldando os limites "artificiais" que separam as regiões, a cada momento, para cada parâmetro técnico-administrativo e político adotado (KOGA; NAKANO, 2006, s/p).

Quando pensamos na regionalização das ações e serviços de saúde como ampliação da interdependência entre os entes na organização e operacionalização do sistema de saúde, outra questão a ser abordada é o modelo de criação de consórcios entre municípios, suas experiências históricas e questões atuais. A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, estabeleceu como uma das competências dos municípios "formar consórcios administrativos intermunicipais". A Lei nº 8.142/90 também trata dos consórcios em seu Artigo 3º, estabelecendo que os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si parcelas de recursos financeiros.

Nos anos 1980, já havia experiências de consórcios de saúde pelo país. Ainda em 1986, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis, estado de São Paulo, experiência pioneira que recebeu incentivo do governo estadual e investimentos do BNDES para sua criação e depois se desenvolveu através de uma gestão autônoma da associação dos municípios envolvidos – experiência que deu certo, se manteve no tempo e se tornou referência para a constituição de muitos outros consórcios pelo país.

Consórcios de saúde se espalhavam por vários estados. Schneider (2005, p. 59) explica que, no entanto, mesmo com a previsão dos consórcios no arcabouço jurídico e normativo,

> sua implantação não ocorreu a partir de uma política de organização de rede assistencial planejada e coordenada pelo governo central. Ao contrário: parece que foi a ausência de uma proposta formal de regionalização da atenção com a devida definição de critérios administrativos, gerenciais e financeiros, que estimulou municípios e estados a adotarem essa forma de gestão e pactuação assistencial, particularmente na década de 90.

Segundo Ribeiro e Costa (2000), dois padrões distintos de oferta favoreceram, nos anos 1990, a criação de consórcios intermunicipais: a) existência de um município-polo atraindo pacientes de municípios da microrregião, estimulando conflitos locais devido à escassez de serviços; b) oferta limitada de serviços de maior complexidade tecnológica na microrregião. A falta de serviços de maior complexidade tem sido apontada por diversos autores como o grande indutor da formação de consórcios entre municípios, criando uma cooperação horizontal, na ponta do sistema, como uma solução "de baixo para cima", "realizada no vácuo deixado pela fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde e através de uma lógica eminentemente política", segundo Pestana e Mendes (2004, p. 8). Foram estabelecidos para ofertar à população serviços que atenuassem a oferta insuficiente ou inexistente de serviços da atenção secundária à saúde.

No Sistema Único de Saúde, desde o seu início, os municípios ampliaram sua responsabilidade pela execução dos serviços de saúde e receberam apoio técnico e financeiro dos estados e da União, visando à construção de um sistema organizado de forma descentralizada e regionalizada. Os consórcios surgiram dentro deste quadro de fortalecimento municipal e, ao mesmo tempo, com os estados com dificuldades para assumir sua função executiva de coordenar o processo de construção de sistemas regionais hierarquizados.

Ao longo dos anos 1990,

> a falta de orientação e de modelagem política a ser seguida no plano regional levaram os municípios a buscarem modelos alternativos e cooperativos que dessem conta da sua realidade. [...] Os consórcios são uma destas alternativas. Por conta de experiências exitosas, que se tornaram vitrine do processo e, pela existência, em muitos casos de ambiente propício, assistimos um grande desenvolvimento deste tipo de cooperação entre municípios. (NEVES, 2001, p. 23).

Para Ribeiro e Costa (2000, p. 215):

> mesmo com o foco voltado à obtenção de ganhos em escala para os gestores locais, de modo geral essas parcerias promovem a criação de novas organizações que gerenciam fundos públicos de modo mais flexível e usufruem deste status semipúblico para praticar incentivos e melhorar as condições de contratação de pessoal especializado, especialmente médicos, para o sistema. Os consórcios são organizações flexíveis em termos gerenciais, porém financiadas e dirigidas por órgãos públicos e que envolvem, em algum grau, a participação de organizações comunitárias no planejamento das atividades desenvolvidas.

A cooperação intermunicipal via consórcios se estabeleceu como uma das alternativas de oferta regionalizada de serviços de saúde, enquanto não se constituía uma rede hierarquizada e regionalizada entre os entes federativos, que desse conta de uma atenção integral à saúde da população. A maioria dos consórcios constituiu-se do ponto de vista jurídico como uma sociedade civil de direito privado. E esta lógica permaneceu nos anos 2000, trazendo porém como novidade a mudança do perfil jurídico dos consórcios, visando a sua adequação à Lei dos Consórcios Públicos – Lei nº 11.107, de 2005.

A Lei nº 11.107/05 dispõe sobre normas gerais para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum, permitindo a cooperação entre os entes federativos. Os consórcios estabelecidos de acordo com a lei são públicos, mas podem assumir personalidade jurídica de direito público (associação pública) ou de direito privado, e não estão restritos a pessoas jurídicas de mesma natureza como definido anteriormente – o que restringia a cooperação a município-município. As principais inovações desta lei, listadas na página da internet da Coordenação de Integração Programática do Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), são:

> - regulamenta a figura jurídica dos consórcios públicos prevista na Constituição;
> - [possibilita] maior estabilidade ao acordo de cooperação federativa;
> - estabelece normas de contabilidade pública para a gestão financeira e orçamentária do consórcio público em conformidade com os pressupostos da responsabilidade fiscal;
> - PREVÊ a possibilidade de participação de todos os entes da federação no consórcio público: União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

- define consórcio público como instrumento para o estabelecimento de relações cooperativas federativas para realização de objetivos de interesse comum;
- permite que o consórcio público seja constituído com personalidade jurídica de direito público (associação pública) ou de direito privado;
- define a subordinação do consórcio público às normas de direito público para licitação, celebração de contratos, admissão de pessoal, execução de receitas e de despesas e prestação de contas;
- prevê a possibilidade de conversão de consórcios administrativos para consórcio público com a opção por uma das modalidades de personalidade jurídica de direito público ou de direito privado;
- determina que os consórcios públicos na área da saúde se submetam aos princípios, diretrizes e normas do SUS.

Neves e Ribeiro (2006, p. 2.208) destacam os pontos positivos dos consórcios como estratégia de descentralização voltada para o cumprimento da regionalização com hierarquização de serviços de saúde previstos na Constituição Federal, citando que os consórcios

> são inovações do setor público que podem ser incluídas entre iniciativas que, embora não façam parte da agenda predominante da Reforma do Estado, geram soluções organizacionais que se afastam do modelo típico da administração direta. Favorecem a construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo natural da demanda existente, facilitando o acesso e buscando conferir maior eficiência no uso dos serviços. Ademais, as coalizões feitas em torno dos consórcios, de uma maneira geral, têm aumentado a cooperação entre os participantes, mesmo de diferentes partidos políticos.

Estudo realizado no Ministério da Saúde por Queiroz et al. (2009) comenta que houve acompanhamento dos consórcios pelo Ministério da Saúde até o ano 2000, quando os dados indicavam a existência de consórcios em 13 estados: Pará (Região Norte), Mato Grosso e Goiás (Centro-Oeste), Rio Grande do Norte, Paraíba e Bahia (Nordeste), Espírito Santo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo (Sudeste) e Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Região Sul).

Em 2008, um levantamento do Ministério junto às secretarias estaduais indicou o número de 12 estados com consórcios: Pará (Região Norte), Mato Grosso (Centro-Oeste), Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba (Nordeste), Espírito Santo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo (Sudeste) e Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Sul). Esse levantamento indicou que a maior parte dos consórcios

existentes (76%) ainda não havia se adequado à Lei nº 11.107/05. Quanto a sua área de atuação, o estudo mostrou que 100% dos consórcios atuam na área da assistência e 25% atuam também na área de gestão. Além dessas áreas, destacam que no Mato Grosso há consórcio(s) atuando no controle social, no Ceará há consórcio(s) atuando também na assistência farmacêutica, e em Minas Gerais os consórcios atuam em várias áreas: assistência à saúde, gestão, assistência farmacêutica, gestão do trabalho e vigilância (QUEIROZ, 2009).

TABELA 1 - Número de Consórcios de Saúde no Brasil – 2009

ESTADO	Nº DE CONSÓRCIOS
Ceará	2
Espírito Santo	8
Minas Gerais	65
Mato Grosso	15
Pará	3
Paraíba	7
Paraná	24
Rio de Janeiro	06
Rio Grande do Norte	03
Rio Grande do Sul	16
Santa Catarina	10
São Paulo	17
Total	176

Fonte: Brasil (2010).

Ao mesmo tempo em que os consórcios permanecem na agenda como experiências exitosas de cooperação entre os municípios, garantindo transversalidade e territorialidade, e que existam em número expressivo no país, "é importante reconhecer que eles não serão capazes de resolver todos os conflitos e pendências decorrentes do desenho ainda inconcluso da Federação brasileira." (CUNHA, 2004, p. 19). Alguns exemplos de percalços nas relações intergovernamentais não solucionados por consórcios são:

> conflitos quanto à gestão e ao compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados em regiões metropolitanas; a efetivação de uma política de desenvolvimento regional; os processos de criação, incorporação, fusão e desmembramento de Municípios; litígios quanto à competência sobre serviços públicos; a definição de responsabilidades e formas de ação frente às atribuições compartilhadas por diferentes entes federados, dentre outras. (CUNHA, 2004, p. 19).

Nos últimos anos, com o estímulo à regionalização da saúde na normatização do SUS, os consórcios têm sido pensados, planejados e monitorados como um dos componentes desse processo. Introduzidos no planejamento e na coordenação de políticas das secretarias estaduais de Saúde como parte do sistema de saúde, devem ter sua atuação assegurada e planejada em conjunto com as regras definidas nos Planos Diretores de Regionalização, nos processos de constituição de redes de atenção à saúde, nas discussões dos Colegiados de Gestão Regional, na realização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e nos mecanismos de regulação do sistema. Desta forma, no SUS devem-se buscar soluções para a diversidade de composições de municípios em consórcios, formando-se agrupamentos diferentes daqueles que compõem as microrregiões de saúde, o que dificulta inicialmente o processo de planejamento e interfere na organização do papel dos consórcios na consolidação das redes de atenção à saúde e nos sistemas regionais.

2 O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: PERFIL GERAL DO ESTADO E DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE

Situado na Região Sudeste do país, o estado do Espírito Santo ocupa área de 46 mil km², dividida em 78 municípios, dentre eles a capital, Vitória. Sua população total, de acordo com a contagem de 2007 do IBGE, é de 3.351.669 habitantes, sendo 75% urbana e 25% rural. Quase 50% da população residem na Região Metropolitana. A economia do estado tem avançado muito nos últimos anos, com o crescimento constante do PIB, o quinto maior PIB *per capita* do país (R$ 13.846,00/ano em 2005, contra a média nacional de R$ 11.658,00/ano), possibilitando a melhoria das condições de vida na capital e em todo o estado. Em 2006, o estado manteve a 5ª posição. Em 2007, apresentou a 4ª maior renda per capita do país (R$18.003,00/ano), dentre os estados, sendo superado apenas por Distrito Federal, São Paulo e Rio de Janeiro.

Os municípios também têm-se desenvolvido no estado. Segundo o mais recente Índice de Desenvolvimento Municipal (IFDM), calculado pela Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN), com dados de 2006, Vitória desponta com o melhor índice dentre as capitais do Brasil (0,8642). O cálculo considera dados de saúde, educação, emprego e renda. O item saúde destaca-se, com melhoria dos números com relação ao ano anterior.

No estado como um todo, além da capital Vitória, destacam-se também no *ranking* do IFDM os municípios de Aracruz e Serra.[10] O resultado apresentado permitiu a interpretação, pelo especialista em políticas públicas Roberto Garcia Simões, de que é preciso descentralizar o crescimento no estado. Para ele, o fato de Vitória ter alcançado a melhor pontuação entre as capitais confirma o elevado grau de concentração do desenvolvimento, dado reforçado pela localização dos

[10] Dados divulgados no Jornal *A Gazeta* de 24/08/2009. O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal é elaborado há três anos e serve como parâmetro para medir o desenvolvimento socioeconômico dos municípios; tem periodicidade anual, recorte municipal e abrangência nacional.

municípios com piores índices no estado do Espírito Santo nos extremos norte e sul.[11]

TABELA 2 - Municípios por faixa populacional - Brasil e Espírito Santo

Classes de tamanho da população dos municípios	BRASIL		ESPÍRITO SANTO	
	Total	%	Total	%
Nº de Municípios	5.564	100%	78	100%
Até 5.000 habitantes	1.371	25%	1	1%
De 5.000 a 10.000	1.290	23%	11	14%
De 10.001 a 20.000	1.292	23%	32	41%
De 20.001 a 50.000	1.033	19%	23	29%
De 50.001 a 100.000	311	6%	2	3%
De 100.001 a 500.000	231	4%	9	12%
Mais de 500.000	36	1%	0	0%

Fontes: IBGE. Diretoria de Pesquisas, 2006 (dados Brasil) e IBGE. Estimativa das Populações Residentes, 2008 (dados Espírito Santo)

O desenvolvimento econômico do estado, calcado no passado, sobretudo na produção de café, hoje se fundamenta nas reservas de petróleo encontradas em seu litoral,[12] nas reservas de gás natural, na produção de celulose e no plantio do eucalipto, na atividade portuária de importação e exportação de produtos industrializados e agrícolas, na exportação de minério e de produtos siderúrgicos, e na produção de mármore e granito. Ao mesmo tempo em que oferece o maior complexo portuário do país, o estado ocupa a posição de maior produtor do mundo de rochas ornamentais. A produção industrial capixaba está ancorada principalmente nos setores produtores de *commodities*, que respondem por 70% da produção industrial geral. Esses segmentos são responsáveis por 62% das exportações do estado.[13]

[11] Jornal eletrônico de *A Gazeta*. Disponível em: http://gazetaonline.globo.com. Acesso em: 01 set. 2009. Endereço:

[12] Inclusive com o anúncio recente da Petrobras da descoberta de poço de petróleo leve no estado.

[13] Sávio Bertochi Caçador, Economista do IEL-ES, para o jornal *A Gazeta*, em 15/09/2009.

Deve-se lembrar, porém, que o estado do Espírito Santo vivenciou um processo de crise institucional e financeira na década de 1990 e início dos anos 2000, seguido de um processo de recuperação, com melhoria dos indicadores e crescimento econômico a partir de 2003. A mudança de cenário ocorreu a partir de quatro medidas: choque ético, ajuste fiscal e administrativo, planejamento estratégico e gerenciamento de projetos.

A partir de 2003, segundo dados do relatório *O ajuste fiscal do governo do estado do Espírito Santo no triênio 2003-2005*, o estado conseguiu recuperar suas contas, superar o desequilíbrio financeiro e apresentar superávit orçamentário, fruto do grande esforço de arrecadação e de medidas austeras de controle do gasto público estadual (OLIVEIRA, 2005). Além do objetivo de equilibrar as contas públicas, o governo estadual tem buscado recuperar sua capacidade de investimento e manter um cenário de crescimento econômico.

O Espírito Santo tem apresentado, nos últimos anos, crescimento econômico maior do que a média brasileira, registrando nos anos de 2003, 2004 e 2005, 2006 e 2007 crescimento do PIB de 1,5%, 5,8%, 4,3%, 7,7% e 7,8%, respectivamente. No mesmo período, o crescimento do PIB brasileiro foi de 1,1%, 5,7%, 3,2%, 4,0% e 6,1%. No *ranking* da renda *per capita*, entre 2002 e 2004, o ES se manteve em oitava posição, em comparação com os demais estados da federação. Porém, em 2007 o estado alcançou a quarta maior renda per capita do país. (ESPÍRITO SANTO, 2008a)[14]

TABELA 3 - PIB *per capita*, Espírito Santo, 2002-2007. Valores correntes (R$ milhão)

Anos	PIB a Preços de Mercado	População (mil)	PIB per capita (1,00)	Taxa Anual de Crescimento Real do PIB %
2002	26.756	3.240	8.258	
2003	31.064	3.296	9.425	1,5
2004	40.217	3.352	11.998	5,8
2005	47.191	3.408	13.847	4,3

[14] Dados divulgados em nota pelo Instituto Jones do Santos Neves, da Secretaria da Fazenda do Estado do Espírito Santo, referentes ao lugar do Espírito Santo na nova metodologia adotada pelo IBGE a partir de março de 2007 para análise das contas nacionais.

2006	52.778	3.464	15.234	7,7
2007	60.340	3.352	18.003	7,8

Fonte: IJSN, Coordenação de Economia e Desenvolvimento.

No Brasil, em comparação, o PIB eleva-se também nos anos de 2001 a 2006, apresentando um crescimento médio de 1,2% ao ano, como mostrado na tabela abaixo; além disso, 2007 foi um ano de destaque, quando o país conquistou o oitavo lugar na colocação do *ranking* internacional do Produto Interno Bruto.

TABELA 4 - Contas nacionais: principais agregados macroeconômicos do Brasil. 2001-2007

Agregados Macro-econômicos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Produto Interno Bruto (R$milhão)	1.302.136	1.477.822	1.699.948	1.941.498	2.147.239	2.332.936	2.661.345
PIB per capita (R$)	7.491	8.378	9.498	10.692	11.658	12.491	14.464

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Contas Nacionais. Sistema de Contas Nacionais (SCN)-referência 2000.

O Espírito Santo tem apresentado um crescimento consistente de sua economia, assentada principalmente no fortalecimento de suas instituições. A conjuntura externa favorável até 2008, com predomínio do crescimento acelerado das economias emergentes e expansão da demanda por *commodities*, estimulou nos últimos anos seu potencial econômico voltado para a mineração, siderurgia, celulose, petróleo e gás (ESPÍRITO SANTO, 2007b). No fim de 2008, houve redução do nível de atividade econômica no estado, reflexo do cenário nacional e internacional de crise que muito o afetou, por sua dependência das exportações para o mercado mundial e por sua produção voltada especialmente para as *commodities,* que tiveram seus preços muito afetados internacionalmente.[15] Dados

[15] A Empresa Aracruz Celulose, sediada no estado do Espírito Santo, foi uma das empresas brasileiras mais afetadas pela crise financeira internacional de 2008, ao lado de Votorantim e Sadia. Para enfrentar a crise, em 2009 aconteceu a fusão da Aracruz Celulose com a Votorantim Celulose e Papel e foi criada a empresa Fibria.

recentes, porém, apontam para o início da recuperação industrial (ESPÍRITO SANTO, 2009).

O quadro econômico que se configura na segunda metade dos anos 2000 é bem diferente daquele existente dez anos antes. No início dos anos 1990, o Espírito Santo havia aproveitado favoravelmente a ampliação de receita do ICMS gerada pelas reformas introduzidas na Constituição de 1988 e nos anos de 1989 e 1990, promoveu um ajuste das finanças públicas estaduais. Vários fatores contribuíram para o equilíbrio das contas estaduais naquele momento: aumento da arrecadação do ICMS por sua incidência sobre novas atividades; aumento da arrecadação do ICMS, devido ao processo de modernização da administração fazendária, ao crescimento da economia regional e à maior fiscalização; ao aumento das Transferências Constitucionais Correntes devido à elevação dos repasses do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e à criação do Fundo de Ressarcimento das Exportações de Produtos Industrializados.

Esse quadro positivo não se manteve, no entanto, ao longo de toda a década de 1990, pois o Espírito Santo passou a apresentar crescimento negativo da receita do ICMS. Sua estrutura de arrecadação foi fragilizada, levando a baixos níveis de arrecadação, e o equilíbrio das contas públicas foi buscado por meio de mecanismos que geraram elevação da dívida pública estadual. O quadro é similar ao apresentado por vários outros estados brasileiros no período, fundamentando a ingovernabilidade fiscal do pacto federativo. Houve atrasos frequentes no pagamento de pessoal e no pagamento a fornecedores, aumento dos dispêndios com juros, encargos e amortizações da Dívida Contratual com a União para o período 1996-1998. O prazo de amortização dessa dívida era dezembro de 1998, mas em 1997, o Espírito Santo e a União assinaram contrato de refinanciamento da dívida interna do estado, incluindo as dívidas mobiliária e contratual, com prazo de 30 anos, a partir da decisão da Lei n° 9.496/97, do Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal dos Estados.

No estado, optou-se pela não-privatização de seus dois bancos estaduais, o Banestes e o Bandes. Em 1998, o Espírito Santo aderiu ao Programa de Incentivo à Redução da Presença do Estado na Atividade Bancária (PROES), para sanar e reestruturar o Banestes. O Bandes permaneceu vinculado ao estado, sem adesão ao PROES. Em 2002, houve tentativa do governo estadual de privatizar o Banestes,

porém novamente buscou-se sua reestruturação. Mais recentemente, já em 2009, outra negociação, agora relacionada à incorporação do Banestes pelo Banco do Brasil, não foi adiante, e até o momento o banco continua sendo um banco estadual.

2.1 **Gestão estadual da saúde: dificuldades históricas e processo recente de reestruturação institucional**

As diretrizes, objetivos e metas da atual gestão estadual da saúde no Espírito Santo estão presentes em documentos de gestão do governo estadual – o Plano de Desenvolvimento Espírito Santo 2025 e as Diretrizes Estratégicas 2007-2010 – e em documentos de gestão especificamente da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), como o Plano Estadual de Saúde 2008-2011, dentre outros. Ao analisarmos os documentos institucionais do governo do estado do Espírito Santo vigentes, constatamos que nas duas últimas gestões (2003-2007 e 2008-2011), o foco está no desenvolvimento e no crescimento econômico, aliados à adoção de nova lógica de planejamento governamental, mobilizando o conjunto das secretarias que compõem sua estrutura organizacional, dentre as quais a Secretaria de Estado de Saúde.

O planejamento estratégico estadual foi delineado no documento Plano de Desenvolvimento Espírito Santo 2025, que apresenta 93 projetos estruturantes e tem como um de seus frutos o documento “Diretrizes Estratégicas para 2007-2010”, que enumera como prioridades e principais entregas previstas para o quadriênio, na área da Saúde: a) ampliar o acesso à atenção primária por meio da expansão do número de unidades básicas de saúde e da cobertura do Programa Saúde da Família; b) expandir o acesso à atenção secundária por meio da ampliação das redes hospitalar e de urgência; c) expandir o acesso à atenção de média e alta complexidade; d) reduzir a mortalidade infantil; e) reduzir o grau de complicações de doenças crônicas; f) melhorar continuamente a qualidade e a satisfação no atendimento em saúde; g) desenvolver a função de regulação e planejamento da Secretaria Estadual de Saúde e estímulo à autonomia das instâncias estaduais macrorregionais; e h) desenvolver novos modelos de gestão hospitalar, visando à melhoria dos serviços e sua economicidade.

O governo do estado tem o Programa de Gerenciamento Intensivo de Projetos (Pró-Gestão), que gerencia a implementação dos principais projetos voltados ao alcance das metas do Plano de Desenvolvimento ES2025. Dois projetos da saúde fazem parte do Pró-Gestão: Projeto de Ampliação e Modernização da Rede Hospitalar, objetivando a construção e reestruturação de três hospitais de referência e de maior complexidade no estado (Hospital Central, Hospital São Lucas e Hospital Dr. Dório Silva) e Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo, que objetiva alcançar 70% da população do estado com cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a construção de 91 Unidades Básicas de Saúde, quatro Pronto-Atendimentos Médicos e 76 Núcleos Estratégicos da Saúde da Família (NESFs).

Como não há Plano Diretor de Investimentos da saúde, toda a programação de investimentos segue o Plano Plurianual do governo estadual. Os documentos específicos do setor saúde estão alinhados à lógica do PPA e acompanham o processo de planejamento definido pelo governo estadual. O Plano Estadual de Saúde 2008-2011, seguindo esta lógica, adota como eixos de intervenção prioritários:

a) expansão e fortalecimento da atenção primária à saúde no ES;
b) implementação da assistência farmacêutica;
c) implementação do sistema de vigilância em saúde;
d) assistência integral, ambulatorial e hospitalar especializada;
e) gestão em saúde;
f) regulação de serviços;
g) aprimoramento da gestão, desenvolvimento e formação de recursos humanos;
h) descentralização de ações e serviços de saúde;
i) ampliação e fortalecimento da participação social.

O processo de desenvolvimento e de melhoria da gestão da saúde vem acontecendo ao longo de toda a década de 2000. Nos primeiros anos, se por um lado havia fatores dificultando a implementação de projetos, como a falta de leitos e de recursos financeiros, a desativação do Conselho Estadual de Saúde entre 2001 e 2002 e a greve dos servidores por melhores salários e condições de trabalho, por outro lado, algumas conquistas importantes aconteceram.

> O estado passou por uma situação muito difícil naquela época da transição de 2000, 2001 a 2003. Final de um governo com problemas, e a nossa talvez foi das secretarias que foi mais desestruturada, onde houve uma desmobilização interna muito grande, queda da auto-estima dos nossos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde. (E17)

Uma das conquistas do período foi o estímulo à municipalização dado pela criação de um incentivo da SESA para os municípios. A SESA repassou um incentivo financeiro aos 41 menores municípios do estado para implantarem o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 2000 –R$25 mil por equipe de saúde que fosse implantada (SODRÉ, 2002). Em 2001 e em 2002 o incentivo do estado não foi repassado as municípios. Em 2003 foi integralmente repassado. Foi suspenso em 2004 com a justificativa de que havia restrições financeiras naquele momento no Estado, porém com a previsão de sua retomada em 2005 (ESPÍRITO SANTO, 2004b). O repasse não foi retomado nos anos seguintes.

Nos primeiros anos da década de 2000, a organização da atenção primária era um dos pontos principais da gestão,com a implantação dos Programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde em ações direcionadas para a promoção, prevenção e proteção das famílias nos locais de residência, oferecendo também serviços para atender àparte curativa e de reabilitação. Até 2003,foram constituídas mais de 300 equipes de saúde da família, com atuação em 64 dos 78 municípios capixabas, cobrindo um montante de 35,5% da população do ESTADO. Já havia a preocupação no período com a difícil interação entre os níveis de atenção e com as limitações,para garantir referência e contrareferência e agendar procedimentos e regular vagas sem apoio tecnológico de sistemas de informação (ESPÍRITO SANTO, 2004b).

Como a Portaria nº 23/GM, de 23 de setembro de 2004, extinguiu a modalidade de gestão Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), da NOAS 01/02, na qual todos os municípios capixabas estavam habilitados deste fevereiro daquele ano, houve um retorno à distribuição de habilitações que existia com a NOB 01/96, ou seja, com 35 dos 78 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) pela NOB 01/96. Não houve, no período, habilitação deles em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) pela NOAS 01/2002.

MODALIDADE DE GESTÃO		MUNICÍPIOS HABILITADOS		
		2002	2003	2004
NOB 01/96	Gestão Plena da Atenção Básica - GPAB	43	0	0
	Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM	35	35	35
NOAS 01/02	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A	0	76	78
	Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM	0	0	0

QUADRO 4 - Municípios do Espírito Santo: habilitação em modalidade de gestão de acordo com a NOB 01/1996 e com a NOAS 01/2002

Fonte: ESPÍRITO SANTO, Plano Estadual de Saúde 2004-2007

Nesse início de década, havia na saúde estadual um programa chamado Plano Emergencial de Organização do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo, criado em 1999 a partir de oficinas entre a SESA e os municípios. Visava, em especial, a melhorar a qualidade da oferta de serviços de urgência e emergência, propondo a criação de Pronto-Atendimentos Municipais para a organização da demanda. Com o início de novo governo estadual em 2003, uma série de mudanças começou a ser elaborada com o intuito de reorganizar e reestruturar a Secretaria de Estado de Saúde.

O processo para habilitar o estado numa modalidade de gestão pela NOAS 01/02 foi iniciado ainda em 2003, quando também foi aprovado o Plano Diretor de Regionalização (PDR). O ano de 2004 parece ter sido de inflexão para o desenvolvimento da secretaria, objetivando promover seu desenvolvimento institucional, focalizado na criação de uma estrutura capaz de acompanhar o processo de crescimento do estado. Teve início na SESA um projeto chamado "Construindo o SUS - Espírito Santo", que constituiu grupos técnicos com vistas ao desenvolvimento do sistema estadual de saúde e da capacidade institucional da SESA. Os grupos técnicos eram: Grupo-Tarefa Redução da Mortalidade Infantil; Grupo-Tarefa de Desenvolvimento da Capacidade Institucional do Sistema Público Estadual de Saúde; Grupo-Tarefa da Atenção Primária à Saúde; e Grupo-Tarefa da Regionalização.

Havia a Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Projeto Construindo o SUS-ES, criada para coordenar as atividades dos grupos e promover a interlocução entre estes e os consultores externos que apoiavam os trabalhos.[16] Como parte desse movimento, foi discutida e proposta pela Secretaria de Saúde, entre 2003 e 2004, e apoiada pelo governo, a criação da Lê nºi 317/2004, aprovada pela Assembleia Legislativa na época. A aprovação da lei, considerada o marco zero de uma série de mudanças propostas para a gestão da Saúde, foi um dos resultados do trabalho desenvolvido dentro da SESA nesse período (um dos temas da lei é a regionalização, assunto que será tratado no próximo capítulo desta tese). Outro bom resultado foi a habilitação do estado em Gestão Plena do Sistema Estadual em novembro de 2004, em conformidade à NOAS 01/02.

A Secretaria de Estado de Saúde tem trabalhado desde 2003 com o apoio de consultorias externas e de renovação de seu quadro de gestores, com capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de projetos estruturantes e estratégicos, buscando alinhamento com o projeto estratégico do governo estadual. Um conjunto de fatores contribuiu para que muitos avanços fossem alcançados, apesar dos grandes desafios ainda presentes.

PRINCIPAIS PONTOS POSITIVOS DA GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE*
Processo recente de recuperação do papel estadual de gerenciar o sistema de saúde
Gestão com visão da necessidade de estabelecer função reguladora
Maior interlocução recente com os municípios
Política ousada de ampliação da oferta nos três níveis de atenção à saúde
Investimento no desenvolvimento de competências gerenciais dentro da SESA
Incentivos ao fortalecimento da atenção primária nos municípios - investimentos

QUADRO 5 – A gestão estadual da Saúde, segundo os entrevistados (continua)

[16] As Portarias nº 035-S a 039-S, de 25/03/2004 instituíram os Grupos-Tarefa (GTs) e a Comissão de Coordenação do Projeto Construindo o SUS – ES.

PRINCIPAIS PROBLEMAS DA GESTÃO ESTADUAL DA SAÚDE*
Nível estadual prestador de serviços e pagador de serviços
Falta de regulação do sistema em todos os níveis
Ausência de atenção de média complexidade resolutiva
Falta de *software* de sistema gerencial
Falta de *software* para atualização e monitoramento da Programação Pactuada Integrada – PPI e visão limitada da importância da PPI
Excesso de (e priorização de) demandas urgentes
Fragilidade e limitada institucionalidade dos processos de programação e planejamento
Fluxos confusos e lentidão dos processos de trabalho
Alta rotatividade dos gerentes de determinadas áreas
Falta de registros, de histórico dos processos e de documentos no conjunto dos setores da Secretaria
Falta de sintonia entre os tempos da gestão e do financeiro
Falta aprimorar mecanismos de prestação de contas
Há grau elevado de compra de serviços e condições de compra não-ótimas
Falta co-participação estadual no financiamento do custeio da atenção primária

QUADRO 5 – A gestão estadual da Saúde, segundo os entrevistados (conclusão)

Fonte: Depoimentos dos entrevistados. Tópicos apontados pelos entrevistados

No que diz respeito à relação do Espírito Santo com as políticas nacionais de saúde, tem havido o envolvimento e a adesão da gestão estadual da saúde à normatização estabelecida nacionalmente, embora em vários momentos uma adesão tardia, se comparada a outros estados. Faz parte do histórico da SESA sua baixa capacidade de formulação de políticas próprias, agindo em consonância com definições tomadas pelo nível federal. O caráter altamente prestador de serviços tem inibido os papéis de coordenação e de formulação de políticas. Operacionalizar a máquina administrativa consome esforços e os gestores não têm muito espaço para a formulação de políticas e a organização de mecanismos de coordenação, monitoramento e regulação do sistema.

> A Secretaria Estadual de Saúde está muito aquém de cumprir seus papéis de formulação de políticas para a área da saúde, coordenação, de regulação do sistema, de financiamento. Assim como nós municípios também. Isso não quer dizer que lá dentro não tenha técnico, não tenha gestor que tenha intenção de fazer, mas a rotina do dia-a-dia, essa questão que tem que atender a mandado judicial, consulta de neuropediatra que não tem, esse dia a dia acaba consumindo tanto... Eu vejo isso. Vi isso no estado e vejo no município, tanto dos gestores e dos técnicos: não sobra tempo para planejar, para bolar estratégias de melhor regulação, eu vejo

muita fragilidade do estado, da Secretaria Estadual de saúde, nessas áreas. (E11)

O estado foi um dos últimos a aderir à NOAS, e um dos motivos foi a demora para o início da descentralização do SUS, com a transferência das unidades de saúde estaduais para os municípios, porque havia fragilidade administrativa nos municípios, crise política, econômica e institucional no estado, e relações desgastadas entre estado e municípios. O estado manteve-se na posição de forte prestador de serviços de saúde como consequência dessa dificuldade inicial, embora a atenção primária atualmente seja toda municipal.

O processo de implementação do SUS no Espírito Santo tem sido marcado por vários momentos conturbados, em especial quando da implementação da NOB-96. Projetos importantes de gestores e de técnicos comprometidos com o avanço do setor muitas vezes não tinham continuidade ou eram frustrados. Um dos principais motivos foi a inconstância das políticas de saúde, devido ao elevado número de secretários de Saúde que assumiram a Secretaria Estadual de Saúde ao longo dos últimos dez anos, principalmente no período entre 1997 e 2002. Esse fato gerou uma série de descontinuidades da execução da política de saúde, prejudicando o processo de descentralização e a habilitação do estado nas modalidades de gestão apresentadas pelas Normas Operacionais Básicas que normatizaram o SUS.

Os pontos de fragilidade apontados pelos entrevistados parecem se confirmar pelo conjunto de problemas apresentados pelos documentos de gestão, que enfatizam:

- falta de conectividade entre estado e municípios na oferta de serviços;
- difícil interação entre a atenção básica e os níveis secundário e terciário;
- limitado sistema de referencia e contrarreferência;
- limitação tecnológica;
- precariedade da oferta de serviços;

- ausência da sua racionalização e operacionalização (problemas nos serviços de agendamento e de regulação das vagas existentes) em rede para atender a todo o estado;
- escassez de recursos humanos, em especial para atender na atenção secundária e terciária;
- baixa resolutividade dos serviços ambulatoriais e hospitalares na maioria das regiões do estado, principalmente para urgência e emergência e ortopedia e neurologia;
- destinação desordenada de recursos;
- precariedade da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
- concentração de equipamentos de alta densidade tecnológica na Região Metropolitana da Grande Vitoria.[17]

Estas deficiências têm sido enfrentadas por um conjunto de medidas voltadas para a reestruturação do sistema estadual de saúde e pela definição e cumprimento de objetivos e ações que permitam reverter esse quadro. O trabalho iniciado em 2003 e fundamentado na criação dos grupos-tarefa do projeto "Construindo o SUS – ES" parece ter sido a base de ações que vêm sendo desenvolvidas até o momento atual.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde - 2008-2011, desde que o Espírito Santo assumiu a Gestão Plena do Sistema, em novembro de 2004, a Secretaria de Estado da Saúde "vem desenvolvendo um processo de gestão centrado em duas vertentes: a primeira trata da implementação de uma política estadual de saúde com características de descentralização e cooperação entre gestores municipais e estadual, que visa a desenvolver sistemas integrados de serviços de saúde; e a segunda busca reestruturar a organização para atender às demandas da sociedade, bem como as decorrentes do modelo proposto" (ESPÍRITO SANTO, 2008b, p. 17).

A reestruturação do modelo do sistema estadual de saúde foi promovida pelo conjunto das determinações das Leis estaduais nº 317, de 30 de dezembro de 2004; nº 348, de 22 de dezembro de 2005; e nº 407, de 26 de julho de 2007. Houve um

[17] Plano Diretor de Regionalização – PDR, 2003.

movimento inicial muito importante de redefinição dos papéis da Secretaria de Estado da Saúde, através da Lei nº 317/2004:

> **Art. 10.** A SESA, órgão de natureza substantiva, tem por finalidade planejar, organizar, dirigir, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações setoriais de responsabilidade do Estado que estejam vinculadas à atenção integral à saúde, entendida como intervenções de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde da população.
>
> **Art. 11.** Para o cumprimento da sua finalidade, os papéis institucionais da SESA consistem da regulação, do financiamento e da prestação de serviços de saúde no Estado do Espírito Santo, provendo informações, estabelecendo e pactuando objetivos, metas e indicadores, mediante a realização de articulações que possibilitem a estruturação e o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde.
>
> **Art. 12.** O papel institucional da SESA é composto pelos seguintes conjuntos de competências:
>
> **I-** formular e coordenar a política estadual de saúde nos termos da política nacional de saúde e com base nas especificidades da regionalização proposta para o Estado do Espírito Santo;
>
> **II-** participar da formulação e coordenar a execução da política do SUS no Espírito Santo, gerenciando, coordenando, controlando e avaliando a prestação dos serviços e ações de saúde, promovendo a descentralização das atividades de prestação de serviços para os órgãos que compõem a sua estrutura administrativa e para os municípios;
>
> **III-** definir normas, padrões e indicadores para o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde no Estado;
>
> **IV-** coordenar as redes assistenciais de saúde nos âmbitos micro e macrorregional, assim como no âmbito estadual, respeitadas as competências da esfera municipal;
>
> **V-** coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e a vigilância à saúde do trabalhador, pactuando os relacionamentos e os intercâmbios com os demais órgãos do Estado e da União, que atuam nessas áreas;
>
> **VI-** formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos, tecnologia e equipamentos para saúde;
>
> **VII-** formular, coordenar e executar em caráter complementar a política estadual de sangue e hemoderivados;
>
> **VIII-** formular, articular a execução, executar e acompanhar a política de formação, aperfeiçoamento e desenvolvimento de recursos humanos da área de saúde;
>
> **IX-** formular planos e programas, em sua área de competência, observadas as determinações governamentais, em articulação com as Secretarias de Estado que sejam responsáveis por políticas que tenham repercussão direta ou indireta sobre a saúde da população;
>
> **X-** prestar atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade à população;
>
> **XI-**prestar atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade complementarmente àquela prestada pelos municípios.
>
> **Parágrafo único.** As competências estabelecidas neste artigo poderão ser compartilhadas com as demais instâncias gestoras do SUS/ES. (ESPÍRITO SANTO, 2004a).

Essa lei introduz um novo modelo para ser adotado na segunda metade dos anos 2000, acompanhando as mudanças na política de saúde no âmbito nacional e estadual, e substitui o modelo anteriormente vigente, que se baseava na Lei Estadual nº 4.317/90[18] e na Lei Estadual nº 5.341/96. Esse modelo anterior tinha sido definido por um conjunto de técnicos, membros da sociedade civil organizada, sob determinação do governo do estado, seguindo ideais da reforma sanitária, e firmado através da Lei nº 4.317 (lei curiosamente sancionada oito meses antes da Lei Orgânica do SUS, a Lei nº 8180/90). O modelo propunha a desconcentração estadualizada somada à municipalização presente na implementação do SUDS e antecipou-se ao movimento seguinte, em nível nacional, de criação da Lei nº 8.080.[19] Em 1996, foi criada outra lei estadual importante para a saúde do estado, a Lei nº 5.341/96, que instituiu Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo, definindo como prioridades: a) a melhoria da organização administrativa e gerencial das unidades hospitalares que integram a rede gerenciada diretamente pela SESA/IESP; b) o incentivo para o desempenho funcional dos servidores da saúde; c) o estímulo à municipalização e microrregionalização das ações de saúde; e d) a definição do modelo de gestão do sistema estadual de saúde, público e conveniado.

Em 2003 e 2004, a decisão de criar a Lei nº 317/04 aconteceu em decorrência de um processo de discussão interno na Secretaria de Estado de Saúde visando a estabelecer um novo modelo para o sistema de saúde; era necessário repensar a estrutura da própria secretaria e promover o desenvolvimento institucional, para adaptar-se às novidades previstas.

> Uma das incumbências principais era remodelar a secretaria segundo o processo de discussão interno que existia naquele momento, propor uma nova estrutura que fosse adequada ao modelo que se iria encontrar no estado, e não o contrário. O processo pensado na época foi um processo de desenvolvimento institucional, colocar a secretaria num processo de desenvolvimento institucional, pra isso precisava ter um marco zero que fosse uma lei que representasse um pouco o que

[18] O detalhamento da Lei nº 4.317/90 referente ao tema das relações intergovernamentais propostas, divisão de responsabilidades e regionalização será abordada no capítulo 4 da tese, em subitem próprio.

[19] Elaborada com a assessoria técnica de um grupo de profissionais da Fundação do Desenvolvimento Administrativo do Governo de São Paulo (FUNDAP), ainda sob o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Lei nº 4.317/90 mostrou a vanguarda do debate sobre o sistema de saúde capixaba e apresentou como fruto um modelo complexo e articulado de organização da Saúde, já traduzindo os interesses contemplados na Constituição de 1988. Mostrava a preocupação com as necessidades da população, com a descentralização das ações – visando a municipalização e regionalização –, com a hierarquização das unidades da rede e articulação entre elas, buscando a integralidade e a racionalização dos recursos, oferecendo um sistema de referência e contrarreferência com acesso garantido ao usuário em todos os níveis do sistema.

> estava sendo discutido naquele momento, para responder às demandas da sociedade daquela época, 2004. (E04)

A criação da Lei nº 317/04 foi uma decisão ousada que buscava garantir que as propostas apresentadas fossem de fato adiante, e a lei seria um instrumento de pressão para tal. Sua regulamentação, no entanto, negociada nos meses que se seguiram após ter sido sancionada, não aconteceu até o presente momento. Na lei está explícito o perfil de prestador de serviços do nível estadual, em contraponto à lógica da normatização do SUS, de estímulo ao fortalecimento do papel gestor e coordenador das secretarias estaduais. O modelo de regionalização da saúde presente na Lei nº 317/04 será abordado no próximo capítulo.

Em 2005, foi criada a Lei nº 348/05, que alterou parte da Lei nº 317/04, ao redefinir unidades da estrutura organizacional da SESA e estabelecer valores para os cargos em comissão da secretaria, não causando impacto significativo sobre o processo de gestão de fato da Saúde. A terceira lei da saúde criada no período foi a de nº 407/07, que extinguiu o Instituto Estadual de Saúde Pública - IESP, além de ter estabelecido regras para a organização da gestão hospitalar no estado, que daí em diante se subordina diretamente à secretaria estadual. Esta lei foi considerada o último movimento e o marco legal final do processo de ruptura com o modelo de saúde da década de 1990.

O processo de mudanças na SESA reflete um movimento de nível nacional de redefinição do modelo de atenção à saúde, com uma revisão da municipalização dominante nos anos 90 e fortalecimento da lógica de construção de sistemas integrados de saúde para os quais se torna fundamental recuperar as atribuições da gestão estadual e envidar esforços para promover a descentralização de forma regionalizada.

No Plano Estadual de Saúde 2004-2007, dentro do eixo prioritário de intervenção "Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde", estão destacados os seguintes objetivos: estabelecimento de programa voltado para a população carcerária; ampliação da rede de atenção à saúde mental, implementação da hemorrede e o início do processo de adoção do modelo de redes de atenção, com os objetivos de implementação da rede de atenção a gestantes de alto risco e implementação da rede de atenção de urgência e emergência. O plano

traz a proposta da estruturação das redes de atenção, como uma ação paralela à implantação do modelo do Plano Diretor de Regionalização para a organização regionalizada da saúde. O eixo chamado "Reorientação do modelo assistencial e descentralização" apresenta os objetivos de ampliação do Programa de Saúde da Família, com a meta de alcançar 70% de cobertura até 2007; o objetivo de implantar o Plano Diretor de Regionalização com a criação dos oito sistemas microrregionais de saúde; de implantação do programa de controle, regulação e avaliação, para que com o tempo todas as internações passem pelas centrais de regulação; criar ações descentralizadas de vigilância em saúde, entre outros.

O objetivo de promover a regionalização da saúde, que havia sido proposto na Lei nº 317/04, aparece no Relatório Anual de Gestão de 2006 da secretaria estadual (ESPÍRITO SANTO, 2007a), no capítulo dedicado à Regionalização da Saúde. Enfatiza-se a importância da regionalização, associando o papel da implementação do Plano Diretor de Regionalização desenhado em 2003 à constituição de sistemas integrados de serviços de saúde, que devem ser baseados na criação de redes de atenção. Tal tomada de decisão deve acontecer nos fóruns microrregionais já criados no estado do Espírito Santo em 2005, que são as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBs Micro). Ao mesmo tempo em que ressalta o objetivo de regionalizar as ações e serviços de saúde, o documento expõe o outro lado do processo, que são as dificuldades e a falta de estrutura da gestão estadual para conduzir o processo. Explicita a fragilidade da secretaria estadual para coordenar este processo de regionalização e promover as soluções necessárias, além de apresentar a proposta de priorização da rede de atenção à mulher e à criança:

> O principal problema da SESA é conformar um sistema gerencial integrado para gestão cotidiana do Sistema Estadual de Saúde, com participação proativa das Superintendências Regionais, a quem cabe executar descentralizadamente a maior parte das ações programadas. Dada a presente carência operacional haverá necessidade de estruturação das Superintendências Regionais para alcançar esse modelo desconcentrado de programação. O Plano Diretor de Investimento acompanha o desenho do Plano Diretor de Regionalização para garantir as redes assistenciais, sendo prioritárias as redes da mulher e da criança. (ESPÍRITO SANTO, 2007)

O Relatório Anual de Gestão de 2006 apresenta que, naquele momento, a secretaria estadual já direcionava seus investimentos para suprir os chamados "vazios assistenciais", identificados em cada Macrorregião de Saúde: 32 municípios

foram contemplados no mesmo ano com a construção de unidades básicas de saúde, no total de 14 milhões de reais. Hospitais estaduais foram reformados e ampliados, na Macrorregião Norte, embora fossem necessárias naquela região novas estruturas ambulatoriais e hospitalares para referência das redes da mulher e da criança, além de serviços de oncologia e nefrologia.

No Relatório de Gestão 2007 (ESPÍRITO SANTO, 2008d) é mais uma vez destacado o projeto estruturante de fortalecimento da atenção primária, com a previsão de novos recursos para investimentos na construção de 11 Núcleos Estratégicos de Saúde da Família (NESFs) e de quatro Pronto-Atendimentos Municipais e Microrregionais nos municípios de Sooretama, Cariacica, Itapemirim e Anchieta. Outras 24 unidades de saúde foram construídas e/ou reformadas no período a partir de contrato de 2006. Na atenção hospitalar, houve a modernização física e tecnológica e geração de novos leitos em hospitais próprios, reforma e ampliação do centro cirúrgico do Hospital Arnizaut Silvares, situado na Microrregião São Mateus e na Macrorregião Norte, além da negociação de 354 novos leitos em hospitais filantrópicos.

Para expandir a capacidade de atendimento, vários projetos estão sendo realizados, dentre eles o Acolhimento com Classificação de Risco, para a adequação da demanda à sua real necessidade de atenção. O primeiro hospital a adotar o critério de classificação de risco foi o Hospital Dr. Dório Silva, situado no município da Serra, pertencente à Região Metropolitana. Em 2009, o governo estadual anunciou a implantação do acolhimento dos pacientes com a classificação de risco nos pronto-socorros dos hospitais São Lucas (Vitória), Antonio Bezerra de Faria (Vila Velha), Dr. Dório Silva (Serra) e Roberto Arnizaut Silvares (São Mateus).

Em 2007, houve expansão do acesso aos serviços de média complexidade estaduais, com a inauguração do novo Centro Regional de Especialidades da Macrorregião Centro, chamado CRE Metropolitano, em substituição ao Centro antigo, sem estrutura e mínimas condições adequadas de funcionamento. No estado, são quatro os Centros Regionais de Especialidades, situados em Vitória, Colatina, São Mateus e Cachoeiro de Itapemirim, todos beneficiados com novos equipamentos, como eletroencefalograma digital e ultrassonografia com doppler colorido, dentre outros. Também houve novas contratações para serviços de tomografia e ressonância magnética, visando à ampliação da oferta.

Seguindo o propósito de consolidação de sistemas integrados de saúde, em 2008 foram realizadas as primeiras oficinas de modelagem das redes de atenção à saúde da mulher e da criança, na Macrorregião Norte, e de urgência e emergência, na Macrorregião Centro, em processo conduzido pelo nível estadual e envolvendo representantes de todos os municípios pertencentes àquelas regiões. Para 2009, estavam previstas as oficinas de modelagem de redes na Macrorregião Sul, além da continuidade dos processos já iniciados nas Macrorregiões de Saúde Norte e Centro.

Com relação ao Pacto pela Saúde de 2006, o estado do Espírito Santo assinou o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde somente no início do ano de 2008. Muitos de seus municípios também o fizeram, principalmente no período entre 2008 e 2009, dando início a uma nova fase do processo de implementação do SUS, de novas relações intergovernamentais, de nova responsabilização e divisão de papéis na gestão e no financiamento do sistema local, em consonância com a política nacional de saúde.

A elaboração dos termos de compromisso de gestão do estado e dos municípios foi estimulada pelas oficinas realizadas para discussão dos eixos: Responsabilidade Geral do SUS; Regionalização; Planejamento; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Gestão do Trabalho na Saúde; Gestão de Educação na Saúde; e Controle e Participação Social. No nível estadual, entre o conjunto de atribuições constantes do termo, o principal gargalo é ainda a questão da regulação. A SESA vê o pacto por ela assumido como um avanço na condução política do sistema de saúde no estado do Espírito Santo, pela mudança proposta para a operacionalização do sistema, com a pactuação entre estado e municípios que promove maior descentralização da gestão em direção aos municípios, ainda que gradualmente (ESPÍRITO SANTO, 2008e)

2.2 **Efeitos da Lei nº5.344/1996 (Lei do ICMS) sobre as políticas de saúde no estado do Espírito Santo**

A implementação do SUS no Espírito Santo tem uma característica peculiar no que diz respeito à descentralização da gestão. O estado, por meio da Lei nº 5.344/1996, concedia incentivos de ICMS para aqueles municípios que se habilitassem, pelas regras da Norma Operacional Básica do SUS (NOB01/96), na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), dentre outras regras.

A proposta dessa lei está na Constituição Estadual de 1989, que prevê a criação de lei de incentivos para o fortalecimento regional do estado do Espírito Santo. O governo estadual iniciado em 1995 tinha como metas o desenvolvimento do interior como um todo e, para a área da saúde, previa a promoção da descentralização e o fortalecimento da gestão municipal. No projeto de lei de criação de incentivos aos municípios com benefícios em percentuais do ICMS, alguns dos pré-requisitos previstos diziam respeito ao cumprimento de regras da implementação do SUS, da saúde. A lei foi um forte estímulo pra que os municípios aderissem à gestão mais avançada – a gestão plena.

O estado seguia o projeto nacional de municipalização da saúde e buscou estimular o processo garantindo incentivos fiscais, distribuindo 25% do ICMS aos municípios que cumprissem os requisitos. A Lei nº 5.344, de 19 de dezembro de 1996, do estado do Espírito Santo, estabeleceu:

> Art. 2º [...]
>
> d) divisão proporcional em relação ao Valor Adicionado Fiscal (VAF) definitivo publicado no Diário Oficial, com peso 07(sete), na seguinte forma:
>
> 1. meio por cento dividido igualitariamente entre os 10 (dez) maiores classificados pelo Valor Adicional Fiscal (VAF) que estejam enquadrados na condição de gestão mais avançada do Sistema Único de Saúde – SUS, vigente no período da apuração, informada pela Secretaria de Estado da Saúde – SESA, com base no primeiro quadrimestre do ano em curso da apuração;
>
> 2. seis e meio por cento divididos entre os demais Municípios, conforme os seguintes critérios:
>
> 2.1 dois e meio por cento igualitariamente entre os Municípios que estejam enquadrados na condição de gestão mais avançada do Sistema Único de Saúde, de acordo com a norma operacional básica do SUS, vigente no período da apuração, informada pela Secretaria de Estado de Saúde, com base no primeiro quadrimestre do ano em curso da apuração;
>
> 2.2 três por cento com base na relação percentual entre o gasto com saúde pública e saneamento básico no gasto total do Município, e o somatório dessa participação com base no balanço do Município referente ao último exercício financeiro, informado pelo Tribunal de Contas do Estado;

> 2.3 um por cento igualitariamente entre os Municípios participantes do consórcio para prestação de serviços de saúde, referendados pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado e publicada com resolução no Diário Oficial.

A criação da lei no Espírito Santo reuniu técnicos da Saúde estadual, técnicos do planejamento estadual e técnicos da UNICAMP que já contribuíam com a organização do SUS no estado. O grande desafio era decidir como contemplar municípios menores na organização do sistema de saúde e como estimulá-los para que fosse ampliada a resolutividade na atenção à saúde. A Secretaria Estadual de Saúde elencou os pontos que eram prioritários na organização, como o gasto com saúde, a formação de consórcio e a gestão mais avançada. A Lei do ICMS promovia uma redistribuição da receita estadual por meio do rateio dos recursos do ICMS entre os municípios maiores e menores.

A Secretaria de Estado da Saúde, no início de 1997, apresentou aos municípios a proposta de destinar parte do ICMS para os municípios que cumprissem certos requisitos com relação à gestão da saúde. Houve uma "corrida" dos municípios para a habilitação em um dos modelos de gestão da saúde trazidos pela NOB 01/96 e para a organização de consórcios de saúde. De acordo com Martins (2002, p. 62-65), os debates sobre o incentivo ao ICMS, a composição dos consórcios e a gestão da saúde "permaneceram como pontos frequentes de discussão na CIB-ES e no COSEMS-ES em todo o segundo semestre de 1997, como nos anos posteriores".

No início de 1998, ano principal de adesão à NOB SUS 01/1996 no país, enquanto outros estados registravam percentual pequeno de municípios optando pela habilitação no modelo de gestão mais avançado, a Gestão Plena do Sistema Municipal, no Espírito Santo, 53% deles estavam habilitados nesta modalidade, comprovando o papel indutor da lei estadual – maior percentual registrado entre os estados e muito superior ao estado que ocupava a segunda posição. A situação dos municípios capixabas habilitados em alguma forma de gestão, segundo a NOB SUS 01/1996, em abril de 1998, era a seguinte:

MODALIDADE DE GESTÃO	Nº MUNICÍPIOS	%	POPULAÇÃO	%
Plena do Sistema Municipal	41 municípios	53,25%	1.044.065 hab.	36,60%
Plena da Atenção Básica	23 municípios	29,87%	1.638.065 hab.	57,41%
Em processo habilitação	13 municípios	16,88%	170.968 hab.	5,99%
Total[20]	77 municípios	100%	2.830.098 hab.	100%”

QUADRO 6 – Municípios do estado do Espírito Santo habilitados nas modalidades de gestão da NOB SUS 01/1996, abril/1998

Fonte: Martins (2002); Barros (2004).

De acordo com Barros (2004), a decisão política da Secretaria Estadual de Saúde, de estimular a municipalização, incentivando a gestão municipal da saúde mais avançada, foi um dos motivos para o estado do Espírito Santo ter alcançado um percentual de habilitação em GPSM ímpar. O processo desencadeado no Espírito Santo em torno da radicalização da descentralização e municipalização da saúde foi uma decisão política do governo estadual. Alguns ajustes no número de habilitações foram feitos entre 1998 e 1999, quando houve a desistência de sete municípios de permanecer em “plena do sistema”. Com isso, em 1999, havia no Espírito Santo 44,2% dos municípios habilitados em gestão plena, percentual muito superior aos demais estados brasileiros e à média brasileira, como podemos verificar na tabela abaixo.

[20] Martins (2002) lembra que, do total de 77 municípios, 17 haviam sido emancipados nos últimos 20 anos.

TABELA 5 – Brasil, municípios habilitados nas modalidades de gestão da NOB SUS 01/1996, janeiro/1999

UF	nº. Munic.	P.Basica	P.Sistema	%P.do Sis
ES	**77**	**35**	**34**	**44,2**
SP	645	446	157	24,3
RO	52	40	12	23,1
RJ	91	73	18	19,8
PA	143	97	28	19,6
MA	217	170	32	14,7
CE	184	149	27	14,7
MS	77	69	8	10,4
AL	101	91	10	9,9
BR	**5506**	**4710**	**464**	**8,4**
SE	293	265	22	7,5
MG	853	761	50	5,9
RN	166	155	9	5,4
AC	22	16	1	4,5
GO	242	231	10	4,1
PE	185	178	7	3,8
PR	399	386	13	3,3
TO	139	134	4	2,9
BA	415	370	9	2,2
AM	62	39	1	1,6
RS	467	404	7	1,5
PB	223	197	3	1,3
MT	126	125	1	0,8
PI	221	184	1	0,5
AP	16	12	0	0,0
RR	15	9	0	0,0
SE	75	74	0	0,0

Fonte: Barros (2004). Ministério da Saúde - Situação em janeiro de 1999.

A origem da Lei nº 5.344/1996 está na tentativa de estimular o desenvolvimento além da região metropolitana, fortalecendo municípios do interior do estado, através da concessão de benefícios fiscais. Dentre os benefícios, um deles se atrelava à habilitação do município em GPSM, o modo de gestão mais avançado. A intenção parecia interessante, mas podemos supor que os problemas gerados pelo aceleramento na condução do processo de habilitação se transformaram no maior gargalo do processo de implementação do SUS no Espírito Santo. Pela forma como foi conduzido, o processo causou impacto negativo na organização dos serviços de saúde, não proporcionou maior resolutividade da gestão, nem ampliou a oferta de serviços. O que aconteceu foi a negociação e autorização (confirmadas pelas portarias do Ministério da Saúde sobre o assunto),

da habilitação nessa modalidade avançada de gestão do SUS de diversos municípios sem quaisquer condições de gestão e de cumprimento dos pré-requisitos fundamentais exigidos pela NOB-96.

Com a ânsia de conseguir a habilitação em Gestão Plena, muitos municípios pleitearam este modelo sem ter todos os documentos exigidos pela NOB 01/96 e ficaram com pendências na Câmara Técnica da CIB-ES, para posterior apresentação. Após avaliação feita pela CIB-ES nos consórcios existentes e na gestão municipal da saúde em todo o estado, constatou-se que, em julho de 1998, apenas quatro municípios atendiam aos requisitos, dez recebiam os incentivos financeiros e havia casos em que a prefeitura não repassava os valores para a Saúde. Um grande problema gerado foi que, dada a autonomia dos municípios garantida pela Constituição de 1988, era muito complicado conseguir a devolução dos recursos ao estado (MARTINS, 2002).

O quadro estabelecido na saúde do Espírito Santo após a implementação da Lei nº 5.344/96 é esdrúxulo, pois os municípios menores e mais frágeis habilitaram-se em GPSM, enquanto a capital e outros municípios de maior desenvolvimento econômico habilitaram-se somente em GPAB. Observamos, na pesquisa, que os municípios maiores continuaram a ser referência para os municípios menores, mesmo estando os primeiros habilitados em Gestão Básica e os últimos em Gestão Plena.

Os dez maiores municípios (municípios de maior valor agregado fiscal) não se incluíram nesta lógica. Para alguns dos municípios pequenos que conseguiram a habilitação em GPSM, as novas transferências recebidas representaram um acréscimo em seu orçamento muito superior ao ganho anterior com o ICMS. Os depoimentos dos entrevistados, citados abaixo, explicam o por que os municípios maiores não assumiram a GPSM:

> Municípios grandes não querem porque não querem assumir um abacaxi. Eles acham que vão ficar com um peso muito grande. Apesar de a gente dizer, "não, isso é só uma gestão de recursos federal e estadual, só pactuar", porque o que o estado não der ele não paga, ele se responsabiliza, e é um pacto que os três têm que cumprir. Mas ao adianta, eles não querem porque não têm organização, não têm pessoal, nem se organizam pra isso. (E05)

> Nem Vitoria, que é a capital, que é um município que tem recursos, se viu em condições de assumir a gestão plena. Nem Vitoria, nem Serra, Cariacica, Vila Velha, nenhum desses municípios que hoje correspondem a 50% da população do estado, assumiu a gestão plena, porque financeiramente não daria para nós assumirmos isso. Nem tecnicamente porque nós teríamos que ter um investimento maciço em recursos humanos. (E09)

> Vitória não se habilitou, a região metropolitana inteira não estava incluída nesta variável do ICMS-saúde, tanto que nenhum deles foi para a gestão plena. Os maiores, os pólos, com exceção de Colatina e depois Linhares, ninguém foi para a Plena, porque não tinha adicional. Esse foi um dos equívocos desse processo. Deu muito dinheiro, deu estrutura básica para os municípios menores, mas desconsiderou as estruturas de referência regional, de referência estadual. (E10)
>
> Os municípios maiores não assumiram porque a gente não tinha o suporte necessário pra assumir a responsabilidade de gestão plena. É muito fácil o município pequeno assumir porque ele manda pra outro grande. (E12)
>
> Residia aí também um problema político, porque era exatamente o auge da corrupção, daquele governo corrupto no estado, e por mais que o secretário da saúde época, muito autoritário mas muito sério, ele fosse uma pessoa verdadeira, os municípios maiores não confiaram. O estado queria pactuar e descentralizar ações e serviços de saúde, mas o recurso não acompanhava, então não havia uma garantia de que ao assumir o comando único, assumir a gestão plena, o recurso plenamente ia ser transferido. (E23)

Apesar de nossa visão cética quanto aos efeitos do elevado número de habilitações e da forma como foi conduzido o processo no Espírito Santo, vários entrevistados têm um olhar positivo do processo, inclusive tratando este fato como o grande impulso à descentralização e à municipalização das ações de saúde, interrompendo a estagnação que acontecia no nível estadual devido às fragilidades econômicas e políticas. Uma hipótese que reforça esse lado positivo do uso da lei para estimular os pequenos municípios é ela talvez ter antecipado a visão das limitações da municipalização e da fragilidade dos municípios pequenos, um dos principais motes para o incentivo à regionalização no SUS, buscado principalmente a partir da NOAS 01/02, já nos anos 2000.

Desde a criação do Pacto pela Saúde, a partir da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, que vem acontecendo desde 2007, deve ficar extinta a modalidade de gestão GPSM; porém, para aqueles municípios até então habilitados em tal modalidade de gestão, continua o repasse do chamado "parâmetro GPSM" definido na Lei nº 5.344/96.[21]

[21] Informação repassada por técnico da Secretaria de Estado de Saúde.

2.3 **Fatores externos de impacto na implementação do SUS no Espírito Santo**

Vários fatores internos à gestão do SUS no estado do Espírito Santo e outros externos ao setor têm influenciado o grau de desenvolvimento das políticas de saúde, repercutindo nos padrões de organização do sistema, no grau de articulação entre as esferas de governo e nos resultados alcançados. Os fatores internos foram abordados no item anterior, a partir da exposição das especificidades da Secretaria de Saúde do Espírito Santo na condução da política de saúde. No presente item, aborda-se um conjunto de fatores positivos e negativos externos à gestão da Saúde elencados a partir da análise das entrevistas que realizamos e comentamos a seguir. Chamam a atenção, na fala dos entrevistados, os comentários referentes a atores importantes no processo de implementação do SUS no estado, que citaremos em seguida.

2.3.1 Fatores negativos

De acordo com a análise de relatos feitos nas entrevistas, pudemos observar que o principal fator externo negativo considerado pelos participantes da pesquisa foi a crise econômica e política pela qual o estado passou entre a segunda metade da década de 1990 e a primeira metade da década de 2000. Dois governos foram denunciados na imprensa por corrupção e a Secretaria Estadual de Saúde era alvo de denúncias de sérios problemas de desvios de recursos financeiros.

O segundo fator negativo considerado foi a alteração frequente dos gestores da saúde – foram 20 Secretários de Estado de Saúde em 20 anos de SUS e cinco governos estaduais. O cargo de gestor da saúde era usado como "trampolim eleitoral" para o próprio secretário indicado ou para alguém vinculado politicamente a ele. Além disso, a Saúde não era vista como área prioritária de investimentos do governo estadual, num quadro se estendeu até 2003. A partir de 2003, a credibilidade da secretaria começou a ser restabelecida e houve menos trocas de secretários, sendo que o mesmo secretário estadual empossado em 2004 permanece no cargo até 2010.

Outro ponto ressaltado pelos entrevistados foi a alternância no poder de dois grupos políticos majoritários no estado, sendo que o grupo que em dado momento está governando nos municípios, em especial na capital, gera conflitos com o outro grupo à frente do poder estadual e vice-versa, inviabilizando a implementação de políticas e programas em face da fragilidade das articulações e das relações intergovernamentais. São os mesmos grupos políticos – mesmo que alterem a denominação partidária a que estão vinculados – alternando-se no poder há duas décadas.

Também observamos que, como a área da Saúde não era prioritária, não tinha visibilidade e era prejudicada na disputa por recursos com as demais secretarias do governo. Somada ao problema das ingerências, havia a falta de credibilidade em toda a sociedade quanto a sua atuação.

Outro ponto citado foi a grande presença, no passado, de gestores de formação médica no estado e nos municípios, que em muitos casos conciliavam a atuação de gestor com outras agendas de trabalho, não se dedicando em tempo integral à política de saúde. Este é um fator de certa forma interno ao setor Saúde, porém considerado como um fator externo do ponto de vista de não estar relacionado diretamente com a política de saúde em si.

No nível municipal, um importante fator negativo para a implementação do SUS, coincidente com o problema no nível estadual, tem sido a troca frequente de secretários municipais de Saúde. Dada a alta rotatividade, cada gestor que assumia tinha um grau limitado de comprometimento com a Saúde e um perfil próprio que determinava a escolha das ações julgadas prioritárias, impedindo a continuidade no tempo das ações realizadas e dos programas executados.

A judicialização da saúde também foi apresentada como fator externo negativo, já que os gestores da saúde estadual e municipais são pegos de surpresa com liminares do Poder Judiciário determinando ações para aquisição de medicamentos e realização de procedimentos, tirando a governabilidade do Executivo de conduzir as políticas. A falta de corresponsabilidade da sociedade pelo cuidado com a saúde também foi citada, exemplificada pelos elevados números de violência no trânsito e consumo excessivo de bebidas alcoólicas e demais drogas, repercutindo na ampliação da demanda por atendimento das emergências hospitalares. A corresponsabilidade pode ser assumida pela sociedade pela adoção

de ações de promoção da saúde adotadas, tais como a realização de exercícios físicos, manutenção de dieta regular, consumo controlado de álcool e drogas.

FATORES EXTERNOS
POSITIVOS
• Período de crescimento econômico no ES; • Período de credibilidade institucional no ES; • Elevados investimentos estaduais na saúde; • Aumento do orçamento público da saúde • Gestores da saúde mais comprometidos; • Diversidade das profissões dos gestores da saúde.
NEGATIVOS
• Período de crise econômica no ES; • Período de crise política e institucional no ES; • Saúde não ser prioridade sempre; • Trocas frequentes de secretários de saúde; • Judicialização da saúde; • Falta de co-responsabilidade da sociedade no cuidado.

QUADRO 7 – Fatores externos que influenciam as políticas de saúde no estado do Espírito Santo

Fonte: elaboração própria a partir dos depoimentos dos entrevistados.

2.3.2 Fatores positivos

Um importante fator positivo para o desenvolvimento do SUS no Espírito Santo foi o crescimento e desenvolvimento econômico ocorrido no estado como um todo e sua repercussão para as contas da Saúde, nos últimos dois governos. Desde 2004, houve aumento significativo da receita no orçamento do estado, incrementando muito o valor nominal do percentual destinado à Saúde.

Outro ponto relevante foi a superação da crise institucional presente no estado até o início dos anos 2000, e a confiança gerada, tanto no nível geral do governo estadual como dentro do setor Saúde. Houve um restabelecimento do

respeito pela administração pública estadual, fator importantíssimo para garantir credibilidade interna e externa ao governo estadual, melhorando o relacionamento do governo com a população e com o setor privado, favorecendo, no âmbito das relações intergovernamentais, uma possibilidade de maior articulação entre estado e municípios.

Mais um fator positivo apontado nas entrevistas foi a existência de profissionais de formações variadas no período recente atuando como gestores municipais da saúde no estado do Espírito Santo no período mais recente. Este fator é considerado positivo porque passam a atuar no setor aqueles que têm disponibilidade de tempo maior para cumprir a agenda de gestor e se envolver com o conjunto de programas e processos e demandas da política de saúde. Considerando-se que a função de gestão da saúde tem mudado muito ao longo do processo de implementação do SUS face à descentralização e regionalização, a necessidade de maior envolvimento do gestor da saúde é notória. Difícil conciliar, nos dias de hoje, as atribuições de gestor da saúde com a manutenção do exercício de outra profissão.

2.4 As relações intergovernamentais na saúde: a Secretaria Estadual, o COSEMS-ES e o Ministério da Saúde

A observação das relações entre a Secretaria Estadual e o COSEMS e o Ministério da Saúde permite alguma compreensão do modo como se dão no estado do Espírito Santo as relações intergovernamentais, os graus de interação e de cooperação existentes e a divisão de poder. O Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) esteve sob a coordenação, em 2007 e 2008, da então Secretária de Saúde de Vila Velha, e a partir de 2009 está sob a coordenação do Secretário Municipal de Saúde de Vitória. Há um acordo no estado para que as assembleias do COSEMS sejam agendadas para a mesma data da reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES), para facilitar o deslocamento dos secretários. Cumpre-se a agenda do COSEMS pela manhã, e aqueles que compõem a CIB-ES permanecem na região metropolitana para a reunião dessa comissão no período da tarde.

Sobre a relação do COSEMS com a secretaria estadual, pudemos observar a sinalização de diálogo recente entre o COSEMS, a Secretaria de Estado de Saúde e representantes da CIB-ES, inclusive pelo fato de termos observado a presença do secretário estadual de Saúde na abertura da assembleia do COSEMS, de janeiro de 2009, recepcionando os gestores municipais que assumiram as Secretarias Municipais de Saúde após a eleição de 2008. Pelos discursos recentes, parece que há espaço para os secretários municipais buscarem uma reaproximação do nível estadual. A relação entre gestor estadual e diretoria do COSEMS estava, até o período anterior, fragilizada pela disputa de poder e falta de cooperação e busca de harmonia nas relações intergovernamentais na Saúde no estado.

Os questionamentos do COSEMS quanto à forma de conduzir a política de saúde pelo gestor estadual, pelo elevado poder de tomada de decisão e pela baixa participação dos municípios na formulação de políticas e programas, pode ser entendida pelo fato de a representação do COSEMS, nos últimos anos, ter tido à frente gestores dos municípios mais importantes do estado, com maior vocalização de demandas e maior capacidade técnica e inserção política para assim agir. Parece provável que a grande visibilidade desse perfil de enfrentamento da diretoria do COSEMS tenha acontecido porque pode ser um dos poucos espaços existentes nos últimos anos de oposição ao governo estadual na atual gestão, que conseguiu aprovação de grande maioria da população e do meio político.

Com a falta de sintonia entre as posições do COSEMS e a tomada de decisão do gestor estadual da Saúde, os municípios saíram prejudicados. Tem-se a impressão de que os gestores municipais não tiveram força suficiente para conseguir modificar o perfil de atuação da gestão estadual. Entendemos que pode ser causa dessa situação a já comentada falta de oposição enfrentada pelo governo estadual, inibindo focos isolados de resistência e questionamentos, e também o fato de, no COSEMS, não haver consenso quanto às posições defendidas por um grupo.

Mais recentemente, discursos de gestores municipais e do gestor estadual têm sinalizado a busca de uma reaproximação e do estabelecimento de parceria e cooperação, de modo "a retomar o COSEMS parceiro do estado, com abertura para caminhar junto com o governo estadual." (E22). Este "caminhar junto" pode significar, talvez, um alinhamento dos municípios à política estadual e ao esgotamento de qualquer resistência que iniba a ação do estado. Como a troca de

diretoria do COSEMS é recente, não pudemos observar as mudanças ocorridas ao longo de 2009.

O COSEMS foi muito forte no período em que a gestão estadual da Saúde era rodeada de problemas, nos anos 1990 e início de 2000. Como a secretaria estadual não conseguia responder às necessidades da população e dos municípios, estes se fortaleceram e o colegiado do COSEMS refletiu isso com o elevado grau das discussões e pactuações promovidas. Os municípios organizados enfrentavam a verticalização da tomada de decisão e questionavam a postura do nível estadual de tentar impor sua visão.

> A secretaria, o governo estadual, querendo impor aos municípios políticas temáticas e que os municípios começaram a dizer "não eu não quero isso, isso não é minha realidade". Nós tivemos aí pelo menos uns dez anos de movimento muito forte do colegiado dos municípios, muito atuantes, com uma CIB muito atuante que não deixava passar coisas, principalmente no final dessa época entre 1993 e 2003. Muitas coisas que aconteceram no estado de avanços da política foram por indução do próprio COSEMS. (E23)

Martins (2002, p. 63) realizou estudo exploratório sobre a atuação do COSEMS-ES no período entre 1997 e 2000 e registrou que, naquele período, "os gestores municipais tornaram-se os principais protagonistas das políticas de saúde no Espírito Santo, tornando-se o COSEMS-ES referência para o setor saúde", confirmando a fala do entrevistado citado acima.

Os entrevistados citaram espontaneamente dois momentos recentes distintos, relacionados ao Pacto pela Saúde, em que o COSEMS se mostrou atuante e pró-ativo no processo de condução da tomada de decisão sobre a implementação do SUS no estado do Espírito Santo. No primeiro caso citado, o COSEMS estimulou a mobilização do estado com relação à adesão ao Pacto pela Saúde e propôs o debate, buscando colocar o Espírito Santo na agenda nacional de adesão a esse pacto. Coube ao COSEMS o papel pró-ativo de buscar trazer para o estado as discussões do Pacto pela Saúde que aconteceram nacionalmente em 2006 e 2007, enquanto a secretaria estadual não fazia este movimento. No entanto, no momento em que o estado resolveu interar com o processo de construção dos instrumentos do Pacto pela Saúde e conduzir o processo, os municípios resistiram, confirmando a tese de que a condução da política de Saúde recente pela estado não envolve a cooperação com os municípios e a tomada de decisão conjunta, como citamos anteriormente.

> O Pacto começou a ter o envolvimento dos municípios e caminhar a partir de maio de 2007 quando o COSEMS assumiu a responsabilidade de mobilizar os municípios e organizar essa pactuação. (E09)
>
> Em 2006, com a demora do estado em iniciar as discussões do Pacto mais uma vez quem puxou o Pacto foram os municípios. O COSEMS chamou em três momentos distintos o Ministério da Saúde em iniciativa do COSEMS, não foi iniciativa estadual, pra debater o Pacto. Entre essas três em algum momento entre duas delas veio o CONASEMS e fez uma outra oficina, então ele deu uma série de orientações de como os municípios deveriam provocar, e até assumir num primeiro momento a questão da implantação do Pacto pela Saúde. (E23)
>
> Então primeiro movimento foi esse, ausência do estado num primeiro momento, então os municípios provocaram isso, e isso gerou um momento tenso, foi um momento de muita tensão, não foi fácil. Logo depois, com esse movimento que o estado viu os municípios fazendo ele então começa então a trazer um movimento meio que top-down. Quem já tinha feito três ou quatro encontros pra debater o Pacto não aceitou top-down as decisões que vinham, novamente se abre um conflito. Aliás, não se abriu, se agudizou. (E23)

O bom diálogo entre o COSEMS e alguns técnicos do nível estadual – alguns deles oriundos de gestões anteriores nos municípios, inclusive com histórico de elevada participação no COSEMS – tem possibilitado a parceria no andamento de algumas ações. Na construção do Pacto pela Saúde, o COSEMS acompanhou o processo de conscientização e supervisão dos trabalhos de assessoria técnica e parceria realizados pelo Núcleo de Apoio à Descentralização da Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde. Enviou técnico junto com a equipe da SESA aos municípios para esclarecer dúvidas e incentivá-los na preparação dos documentos do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Isso aconteceu no primeiro semestre de 2009.

A construção da modelagem das redes de atenção à saúde é outro movimento recente que envolve estado e municípios na necessidade de pactuações entre tomada de decisão conjunta. O processo vem acontecendo desde 2008. O estado apresentou o modelo escolhido, contratou consultoria especializada, coordena e conduz os trabalhos, mas envolve representantes municipais de todos os municípios para os trabalhos de formatação do perfil de cada região e suas necessidades, organizando conjuntamente as ações.

A relação dos níveis estadual e municipal da saúde com o Ministério da Saúde, no Espírito Santo, foi ilustrada nas entrevistas por diferentes comentários que mostram o papel do ministério atuando no acompanhamento de convênios e contratos, na realização de auditorias, acompanhando determinados programas e políticas específicos. Apontam a necessidade de estado e municípios reforçarem a

visão do papel coordenador de políticas que o ministério tem, além da necessidade de os gestores dos três níveis de governo criarem mais espaços de interlocução.

Na visão expressa por um gestor municipal entrevistado, "o ministério tem um olhar muito atento". (E10). O contato do município com representantes do ministério acontece em várias situações, como quando são feitos os convênios e sua prestação de contas, e quando é realizada a auditoria – todos executados por técnicos do Ministério da Saúde lotados no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde situado em Vitória. Outras oportunidades acontecem quando técnicos de programas específicos do Ministério da Saúde em Brasília, atuando de forma descentralizada, contatam estado e municípios para orientar a implementação das ações, estabelecendo contatos telefônicos e presenciais eventuais.

No apoio à descentralização, há também representante do ministério que mantém contato com a secretaria estadual e orienta a adesão a políticas nacionais e propostas do ministério para este fim. O Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAGD/MS) desenvolve trabalho de Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS, por meio desses representantes, lotados em Brasília e que mantêm contato telefônico e visitas frequentes aos estados, buscando apoiar estados e municípios no processo de implementação das políticas governamentais de saúde.

Houve algum descompasso no discurso e na atuação de técnicos do Ministério da Saúde na organização e sensibilização de estado e municípios para a pactuação e elaboração do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, no Espírito Santo, em 2007 e 2008, contribuindo para a lentidão do processo de adesão dos municípios ao pacto. O que parece ter acontecido foi uma alternância de profissionais do ministério acompanhando o estado do Espírito Santo e defendendo opiniões conflituosas sobre a condução da construção do Pacto pela Saúde e preenchimento de documentação.

A experiência do Espírito Santo com o Pacto pela Saúde pode contribuir para uma análise crítica das dificuldades enfrentadas desde 2006 para sua implementação. Um fator levantado é que o pacto foi sendo construído e implantado ao mesmo tempo, com mudanças constantes nas regras, enquanto o processo de preparação dos documentos se desenrolava nos estados e municípios. Além disso, o ministério manteve sua capacidade normativa, embora o discurso fosse o da

pactuação. O excesso de detalhamento no preenchimento de uma quantidade grande de documentos pressiona e impõe uma lógica definida pelo nível federal aos estados e municípios.

A ampliação da cooperação e do fortalecimento das relações federativas e da experiência dos entes em assumir competências concorrentes na definição das políticas de saúde não é tarefa fácil. A experiência do estado do Espírito Santo mostra como o excesso de burocracia presente nas regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde e aplicadas aos estados e municípios de certa forma engessa a administração pública nessas duas esferas, coibindo ações próprias e mesmo providências mais relevantes e urgentes.

> Lamentavelmente, a gente tem um monte de gente na Secretaria Estadual fazendo a burocracia que o Ministério exige, sem ter nenhuma posição crítica, e deixam de fazer outras coisas extremamente importantes, por exemplo, fazer avaliação de qualidade da atenção hospitalar. (E04)

O Projeto de Apoio à Gestão e Organização de Fundos de Saúde, do Ministério da Saúde, incentivando a regularização dos fundos de saúde, gerou questionamentos do COSEMS-ES. O Fundo Nacional de Saúde desenvolve este projeto desde 2006, como uma das ações do PAC da Saúde em todo o Brasil e, no Espírito Santo, esse trabalho é realizado pela Divisão de Convênios do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde. O projeto é uma estratégia de cooperação técnica do ministério com gestores estaduais e municipais da Saúde quanto à necessidade de criar, organizar e legalizar os fundos de saúde, estimulando que todos os recursos financeiros sejam aplicados por meio de fundos. Alguns entrevistados citaram o exemplo desta ação do ministério para ilustrar a forma de atuação do nível federal com relação aos estados e municípios – qual seja, atendendo a demandas destes, mas não havendo um programa de cooperação técnica contínuo por parte do ministério, com um planejamento ou um cronograma de realização. As ações são pontuais, sempre em resposta a demandas geradas ou pelo estado ou por algum município isoladamente, sem o estabelecimento de diálogo por meio da representação dos municípios, que é o COSEMS-ES.

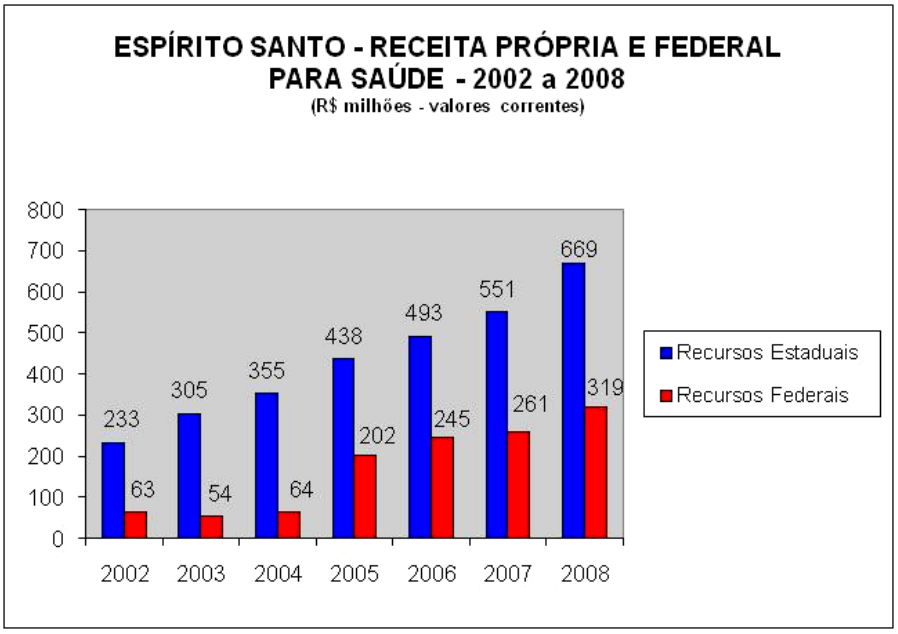
De outra parte, observamos que, mais recentemente, já no ano de 2009, tem havido um belo movimento conjunto de técnicos das três esferas de governo mobilizados na organização de um conjunto de seminários chamados Seminários de

Consolidação da Descentralização. Os seminários têm abordado os temas "Pacto pela Saúde", "planejamento e gestão" e "financiamento", e têm sido realizados em parceria pelo COSEMS, pela SESA e pelo Ministério da Saúde. Os participantes são gestores estaduais e municipais, representantes técnicos dos Colegiados Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBs Micro), das Superintendências Regionais de Saúde, do Conselho Estadual de saúde, da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES) e representantes do Ministério da Saúde enviados de Brasília ou atuantes na representação local do ministério.

2.5 **O financiamento da Saúde no Espírito Santo: pontos para reflexão**

A discussão sobre o financiamento da Saúde no estado do Espírito Santo, em especial no que se refere à participação do governo estadual, é marcada por alguns pontos relevantes que serão abordados a seguir. O primeiro ponto é que, inversamente a toda a história de subfinanciamento da saúde pública no Brasil, a Secretaria de Saúde no Espírito Santo tem sido beneficiada pelo crescimento econômico do estado, registrando aumento significativo do seu orçamento anual, principalmente de 2005 em diante. Houve um crescimento próximo de 300% na receita estadual da saúde entre 2002 e 2008, que, somado à elevação significativa dos recursos federais, cujos repasses ao estado aumentaram 400%, tem viabilizado a adoção de grandes projetos estruturadores do sistema de saúde, seguindo a linha desenvolvimentista do governo estadual.

GRÁFICO 1 – Espírito Santo. Receita própria e federal para a Saúde, 2002 a 2008



Fonte: SIOPS.

Dois grandes projetos têm sido destacados nas apresentações do governo estadual com relação aos investimentos feitos na área da saúde: o Projeto de Ampliação e Modernização da Rede Hospitalar e o Projeto de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo. Nos últimos anos, o governo estadual tem assumido a Expansão e o Fortalecimento da Atenção Primária como um dos eixos prioritários na área da saúde, investindo em capacitação de equipes, oficinas de sensibilização nos municípios, processos de ampliação da cobertura em todo o estado e aplicação de recursos estaduais em investimentos de obras de infraestrutura para a reforma e construção de unidades básicas de saúde, de Núcleos de Estratégia de Saúde da Família (NESFs) e de pronto-atendimentos de caráter municipal e microrregional. O projeto aponta que havia grande carência de novos pontos de atenção primária. Além disso, os postos de saúde existentes apresentavam problemas de infraestrutura e inadequação do ponto de vista sanitário, exigindo uma remodelação que garantisse a estrutura necessária à nova proposta de fortalecimento desse nível de atenção. Este foi o foco de atuação do governo estadual.

A rede básica, que historicamente manteve padrões assistenciais típicos do modelo médico-sanitário e também serviu de porta de entrada do sistema com serviços limitados, com abordagem voltada somente para a doença (SOLLA; CHIORO, 2008) recebeu um novo enfoque, buscando ampliar sua atuação como nível primário (primeiro) de atenção. Ao criar seu Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do Espírito Santo (PDAPS), o estado do Espírito Santo tem acompanhado a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL/MS, 2006), que ampliou de fato o escopo e a concepção da atenção básica, incorporando atributos da atenção primária à saúde, assumindo a atenção primária como porta de entrada e ponto de partida do SUS para o usuário e para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Dentro deste quadro, a lógica da Saúde da Família se confirma como base do modelo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Secretaria Estadual de Saúde teve no passado um programa de apoio à atenção básica dos municípios em que contribuía para o financiamento do custeio dessas ações. Apesar de os documentos de gestão registrarem a prioridade dada à atenção básica e os elevados investimentos feitos pelo governo estadual na área, não há participação estadual no financiamento do seu custeio. O fim do repasse desses recursos estaduais para o custeio da atenção básica tem sido questionado pelos municípios e por alguns técnicos estaduais nos últimos anos, e foi apontado pelos entrevistados como um gargalo do financiamento tripartite da atenção primária no Espírito Santo. Em 2006, com o início das discussões do Pacto pela Saúde, mais especificamente o debate sobre o Pacto de Gestão, os municípios, por meio do COSEMS, pressionaram a secretaria estadual para que fosse retomado o financiamento estadual para custeio da atenção básica, mas o estado manteve a posição de não seguir esta linha.

> Então houve um repasse, quando esse repasse foi extinto houve um grande movimento dos municípios reagindo porque o financiamento da atenção básica é muito alto. (E23)

> E o Espírito Santo ainda não tem uma política de financiamento da atenção básica, que seja um financiamento duradouro. Não é construir uma unidade e deixar lá uma unidade pronta porque o município diz, "há eu tenho um prédio alugado, eu funciono em um prédio alugado, o que eu preciso é de pagar minha folha". Hoje, se você conversar com muita gente do interior você vai ver o problema instalado que é a saúde da família. Eu conheço municípios aí em que metade das equipes estão incompletas, não conseguem manter profissional, especialmente médico, que é o profissional mais caro. (E10)

Em setembro de 2009, a Associação dos Municípios do Estado do Espírito Santo (AMUNES) apresentou à Secretaria de Estado de Saúde um projeto desenvolvido pela associação com a colaboração de técnicos estaduais, propondo que o governo estadual voltasse a contribuir com repasse de verbas para programas de atenção primária à saúde. Os recursos seriam destinados especialmente a complementar o pagamento das equipes que atuam no Programa de Saúde da Família e proporcionar um incremento em 20% dos serviços de atenção primária em todo o estado. No projeto estava prevista a associação do repasse estadual à garantia de contrapartida de aplicação de recursos pelos municípios.[22]

O financiamento da atenção primária pelos municípios enfrenta também outro desafio que é solucionar a questão da atenção à clientela de fora do município, que consome recursos aplicados pelos municípios de referência, impactando o seu custeio, e não havendo o pagamento dos serviços pelo outro município por falta de critérios e meios legais para as transferências serem realizadas. Além desta questão, outros desafios da atenção primária como a necessidade de fixação dos profissionais nos municípios; maior profissionalização dos agentes comunitários de saúde; criação de políticas de formação profissional e educação permanente adequadas às atribuições em atenção primária; além da resistência à pressão das agencias internacionais para reduzir a atenção primária a uma oferta focalizada e seletiva (GIOVANELA; MENDONÇA, 2008).

O governo do estado tem investido no Projeto de Ampliação e Modernização da Rede Hospitalar. A atenção especializada tem sido priorizada pelo governo estadual, sobretudo com relação aos investimentos feitos na ampliação e reestruturação de hospitais e centros de atenção especializada da rede própria e reestruturação da rede hospitalar filantrópica. A reestruturação da parte física tem sido muito privilegiada, mas há outros fatores que devem ser tratados com prioridade para garantir a qualidade da atenção de média e alta complexidades, ambulatorial e hospitalar no SUS, no estado do Espírito Santo e em vários estados do país, tais como:

[22] Jornal A Gazeta, 16 de setembro de 2009. Interior investe mais em saúde por habitante. Disponível em http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2009/09/534754-interior+investe+mais+em+saude+por+habitante.html. Acesso em 17 de setembro de 2009.

a) Programação Pactuada e Integrada (PPI) defasada, com programação ainda baseada em série histórica que tem base do início dos anos 2000, seguindo lógica de oferta – não de necessidade – e com cálculo populacional por município desatualizado.

b) Organização do serviço deficiente, com parte assumida pelo estado nos CREs, parte assumida pelos municípios via consórcios, parte contratada diretamente do prestador por alguns municípios.

c) Falta de regulação: entes públicos pagam pelo serviço sem monitoramento, regulação ou controle sobre o que está sendo ofertado.

d) No ES, com a maioria dos municípios habilitados em gestão básica, principalmente os maiores, onde há maior oferta e demanda de serviços, a gestão da alocação de recursos é toda centralizada nas mãos do estado. Com isso, todas as alterações de tetos e de referências além daquilo que foi pactuado entre municípios nos termos de compromisso de garantia de acesso, dentro da PPI, o estado realiza e ajusta sem regulação ou monitoramento. O que acontece? Não há registro do uso das cotas por município, informação que foi essencial para as definições das pactuações do Pacto de Gestão. Não há série histórica para o município saber quanto tem sido nos últimos tempos a demanda de munícipes dele próprio e quanto tem sido a demanda proveniente de demais municípios.

No estudo da capital Vitória, Giovanella et al. (2009) observaram que o fato de a capital nunca ter saído da Gestão Básica do Sistema de Saúde dificulta a integração da atenção básica prestada pelo município à rede de serviços de saúde de Vitória, em especial pela Estratégia de Saúde da Família. Há baixa governabilidade do município sobre parte dos serviços especializados, que estão sob gestão estadual, sem regulação municipal, gerando uma “subotimização” do uso de recursos e da oferta pública existente. Esse retrato é parte de um todo característico no estado do Espírito Santo, onde muitos dos principais municípios estiveram sempre habilitados em Gestão Básica da Saúde. De acordo com os autores, é necessário estabelecer mecanismos de articulação que garantam a

integração dos serviços e a consolidação de fato de uma única rede assistencial em Vitória, o que pode ser feito com o incremento da PPI e com a adoção de outros mecanismos.

O elevado aporte de recursos para o setor traz consigo o desafio de criar um aprendizado de planejamento e de tomada de decisão sobre onde e como investir, além da necessidade ampliada de melhor organização, maior monitoramento e controle, maior regulação. A preocupação maior dos entrevistados sobre este tema está voltada para o desafio de aumentar a capacidade dos gestores para definir os critérios para alocação de recursos e compra de serviços, devido à falta de mecanismos e de sistemas de informação que subsidiem tal tomada de decisão.

Muitos entrevistados elogiam os investimentos feitos pelo gestor estadual, as prioridades já definidas e os recursos alocados, enquanto outros entrevistados, embora elogiando a gestão estadual da saúde como um todo, questionem, por exemplo, o fato de que o volume de recursos destinado à atenção hospitalar seja demasiadamente superior ao aplicado nas demais áreas.

A justificativa apresentada pelo governo estadual para o elevado investimento nos hospitais é de que a demanda reprimida e o déficit acumulado pelo estado na capacidade de atendimento nos hospitais é enorme. Estes aspectos se somam a outros fatores, tais como: a) a transição demográfica e o aumento da taxa de expectativa de vida, que trazem consigo maior demanda dos hospitais para doenças crônicas em idosos; b) o tempo necessário para que os investimentos feitos atualmente em atenção primária e em promoção da saúde gerem resultados, e para que as redes de atenção estejam consolidadas e gerem uma redução da demanda por atenção hospitalar; c) fatores externos, como a violência no trânsito, com números alarmantes, cujas vítimas são imediatamente encaminhadas para as emergências dos hospitais.

As opiniões dos entrevistados refletem os desafios colocados à atenção hospitalar nos últimos tempos, ao funcionamento e gestão dos hospitais e ao seu financiamento. Há a necessidade de busca de maior eficiência e redução dos custos, induzindo a modernização da gestão dos serviços e a racionalidade da oferta. Além disso, há necessidade de um reordenamento da lógica da atenção hospitalar, devido à formulação de um novo modelo de organização da atenção à saúde, agora fundado na constituição de sistemas integrados de saúde, tendo a

atenção primária como eixo estruturante. Duas tendências se apresentam no Brasil: a) hospitais de médio e grande portes mais dinâmicos, respondendo a demandas crescentes ajustadas epidemiologicamente; b) hospitais pequenos com baixa incorporação tecnológica e baixa escala sendo substituídos por serviços extra-hospitalares (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

No Pacto de Gestão do SUS apresentado pela Secretaria de Estado de Saúde, anexo ao Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, aprovado no início de 2008, são explicitados os valores aplicados em cada um dos hospitais onde há investimentos estaduais, mostrando a tentativa de recuperação dos filantrópicos e do fortalecimento de alguns serviços descentralizados nas regiões, e as áreas priorizadas: UTI, UTIN, neurocirurgia, hemodiálise, oncologia (Anexo 01).

Estudo recente coordenado por Giovanella et al. (2009), que analisou o Programa Saúde da Família em quatro grandes centros, incluindo Vitória, apresenta componentes importantes para a discussão da alocação de recursos e divisão de responsabilidades entre os entes, no estado do Espírito Santo. Para os autores, há uma fragmentação entre a oferta da atenção primária pelo município, a atenção secundária pelo estado e também pelo município de Vitória e a atenção terciária pelo estado, sem regulação, sem mecanismos concretos de garantia de fluxos e de referências para a consolidação de redes.

Outro agravante é superposição de ações e dificuldade de acompanhamento e controle gerados pela presença de diferentes prestadores de serviços de saúde municipais, estaduais e privados contratados. Além disso, os autores lembram que a capital, assim como outras capitais do país, oferece em seu território serviços especializados sob responsabilidade do nível estadual, que não foram descentralizados e atendem à população de todo o estado. Sugerem que o município assuma a regulação e a articulação dos serviços existentes em seu território, garantindo a atenção integral à população.

Na atenção hospitalar, os autores entendem que a falta de regulação pela gestão estadual, responsável pelos serviços, próprios ou contratados, “impede a definição de fluxos e o acompanhamento dos pacientes, corroendo a possibilidade das funções de coordenação dos cuidados pelas equipes.” (GIOVANELLA et al., 2009, p. 481) Também se reportam à falta de informatização da central de controle de leitos hospitalares, criando uma barreira para os usuários de cirurgias eletivas,

que são encaminhados pelos médicos de Saúde da Família e têm que percorrer, sozinhos, o caminho, sem acompanhamento pelo sistema de saúde. Estas observações mostram aspectos frágeis do sistema de saúde do estado.

O segundo ponto de análise que levantamos com relação ao financiamento estadual no estado do Espírito Santo é a questão da relação entre o volume de recursos destinados à saúde pelo governo estadual em determinado ano e o Produto Interno Bruto estadual do ano respectivo. Há um conflito entre o cômputo dos valores pelo governo do estado e pelo Governo Federal. Com isso, nos dados divulgados anualmente pelo acompanhamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o Espírito Santo aparece com o percentual de recursos aplicados nos últimos anos abaixo dos 12% definidos pela Emenda nº 29/00. A diferença de valores deve-se ao fato de o estado desvincular parte de seu orçamento anual para a composição do Fundo de Desenvolvimento das Atividades Portuárias do estado (FUNDAP).[23] Pelos dados divulgados pelo SIOPS, em 2007, dentre os 27 estados da federação, 20 deles cumpriram o percentual mínimo de 12% da Emenda nº 29, e o Espírito Santo foi um dos sete que não a cumpriram. Em 2008, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, pelo cálculo do SIOPS, foi de 10,24%.

TABELA 6 - Cumprimento da Emenda nº29: percentuais apresentados pelo estado e percentuais calculados no SIOPS a partir dos dados estaduais enviados, 2002 a 2008

ANO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% receita estadual aplicado em saúde							
Dados da Secretaria de Estado da Saúde	12,25%	12,43%	12,23%	12,05%	12,37%	12,23%	12,51%
Dados do SIOPS	12,91%	12,65%	12,23%	12,05%	10,43%	9,88%	10,24%

Fonte: elaboração própria a partir do SIOPS e dos Balanços Gerais do Estado.

Terceiro ponto de discussão: a centralização, na Secretaria de Estado de Saúde, dos recursos federais e estaduais e da programação e da gestão de contratos e convênios. Como os maiores municípios, inclusive a capital Vitória, e

[23] Há projeto de lei de reforma tributária em tramitação no Congresso Nacional, muito discutido em 2008, que prevê a suspensão dos incentivos fiscais e financeiros dos estados. Com isso, o FUNDAP tem sua existência

vários municípios-sede da microrregião de saúde se habilitaram na modalidade de Gestão Básica de acordo com a NOB 01/96 e não assumiram a gestão dos recursos federais e o repasse direto e automático dos valores, coube à secretaria estadual centralizar a gestão dos recursos e assumir um elevado grau de responsabilidade sobre o financiamento. Com os recursos centralizados, sua alocação não tem sido feita com a preocupação de registrar quanto está sendo aplicado com usuários de quais municípios – tal informação não existe. Com isso, um grande problema surgiu no processo de construção dos termos de compromisso de gestão municipais do Pacto pela Saúde porque, para definirem o quanto assumiriam da gestão, os municípios precisavam da informação de quanto têm usado e aplicado nos últimos anos. Era preciso consultar os dados por município e a secretaria de estado não possuía registro organizado desses dados.

> Hoje nós estamos tendo dificuldades para fazer esta transição da gestão pela fragilidade das estruturas de informação da Secretaria Estadual. Há municípios como Vitória, Vila Velha e Cariacica que têm serviços que atendem a diversos outros municípios e às vezes a gente não consegue colocar para esse município "Olha, esta é a parte referente à sua população e esta aqui é a parte referente aos atendimentos aos municípios tal e tal. A Região da Grande Vitória é difícil porque é difícil a gente apontar no financiamento o quanto que cabe a cada um, o sistema não tem isso. Toda a nossa produção não tem a origem do paciente. Enquanto tudo é do estado, todo o recurso está nas mãos do estado, isso não apresenta um problema, mas para passar a responsabilidade para o município isso se torna um problema. Porque ele perguntará: "E agora? Desse volume de recursos que recebo, quanto será para mim e quanto será para eu pactuar com outros municípios?"A alocação de recursos no repasse do financiamento torna difícil a pactuação porque a fronteira geográfica não existe mas existe a dificuldade financeira. (E06)

Enquanto gestor dos recursos financeiros, o nível estadual vai remanejando para um lado e outro, sem fazer registro detalhado e sem saber a origem dos pacientes, para separar procedimentos e despesas por município. A descentralização das ações de média complexidade prevista no Pacto pela Saúde tem este como o primeiro desafio a ser equacionado. No SUS, as ações de média complexidade englobam tudo aquilo que não é nem atenção primária, nem atenção de alta complexidade – ou seja, a que é definido por exclusão, e dentro desse leque se incluem os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica; ou ainda, aqueles procedimentos especializados de menor valor financeiro incluídos nas tabelas do SUS (SIA e SIH). (SOLLA; CHIORO, 2008).

questionada e é prevista sua extinção em algum momento. O FUNDAP foi criado pela Lei Estadual nº 2.508, de 1970, a chamada Lei do FUNDAP.

2.6 **A Programação Pactuada e Integrada (PPI)**

> Olha, se você quer falar uma palavrinha, ou letrinhas, que são um problema aqui no Espírito Santo, chama-se PPI. (E10)

A questão da operacionalização, dos desafios e dos problemas da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência é inserida neste estudo na seção dedicada ao financiamento porque sua maior expressão, nos últimos anos, tem sido sua dimensão financeira, com baixo grau de desenvolvimento e atualização de sua função programática, no estado do Espírito Santo. A PPI pode ser definida como um processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios.

Sua construção envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios. Isso significa que ela se caracteriza como uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros.

Tem havido, historicamente, limitações na programação e, em geral, a PPI tem-se restringido à programação financeira de recursos federais de custeio, com limitada capacidade de realizar a programação física e sem incorporar ainda a programação financeira dos níveis estadual e municipal (BRASIL, 2009, p. 271). A proposta de uma programação pactuada e integrada surgiu pela primeira vez na normatização do SUS no texto da NOB 01/96 e foi reafirmada no texto da NOAS 01/02, que estabelece que:

> O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de

> residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão. (BRASIL, 2002, p. 15)

Quando a NOAS trouxe a regionalização para o centro da agenda da política de saúde, deu destaque à PPI ao indicá-la como um dos instrumentos orientadores para a organização das redes regionais, juntamente com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

Em 2006, a Portaria nº 1.097, do gabinete do Ministro da Saúde, definiu que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde passasse a ser visto como um processo instituído no SUS, em consonância com o processo de planejamento. Para tanto, deveriam ser definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. De acordo com a portaria,

> a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. (Portaria nº 1.097/06-GM, Art.1º, parágrafo único).

De acordo com o artigo 4º da portaria, os pressupostos gerais que devem nortear a programação são os seguintes:

a) integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada estado e município, de forma ascendente, coerente com os planos de saúde em cada esfera de gestão;

b) orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

c) ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em cada unidade federada;

d) estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

A PPI foi criada com o intuito de permitir a troca de serviços entre municípios e a oferta de serviços feita pelos municípios mais estruturados àqueles sem provisão dos serviços, gerando um mecanismo de programação de cotas de cada serviço por

município, sob a gerência do nível estadual. "Esse processo é coordenado pelo gestor estadual, que compatibiliza as programações feitas para cada ano e as atualiza ao longo da execução anual" (FLEURY; OUVERNEY, 2007, p. 118).

Nosso objetivo neste item sobre a PPI é abordar os diversos pontos levantados pelos entrevistados com relação à fragilidade da PPI no estado do Espírito Santo. São vários os pontos de fragilidade. Dentro desse contexto, no que se refere a falhas na atenção à saúde, percebemos como a atenção de média complexidade é a mais atingida. A média complexidade é considerada como o grande gargalo do sistema de saúde no Brasil e, atualmente, com a assinatura do pacto, está prevista a transferência das responsabilidades sobre a média complexidade para os municípios. De acordo com o levantamento divulgado em 2006 pelo Ministério da Saúde, nas "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde", os principais problemas da programação antes de 2006, em todo o território nacional, são os seguintes:

> a) Apropriação insuficiente dos processos gerais de planejamento local e regional;
>
> b) Metodologias de estimativa de necessidades em Saúde incipientes e fragilidade dos consensos nacionais entre os gestores do SUS quanto às ações, tecnologias e a dimensão das intervenções a serem adotadas por todos os sistemas municipais e estaduais para o enfrentamento dos riscos e agravos à saúde;
>
> c) Participação restrita dos municípios no processo de definição das diretrizes e parâmetros norteadores da PPI, com a consequente impossibilidade de tradução para as necessidades e especificidades locais e regionais;
>
> d) Falta de integração entre a programação municipal e a programação dos estabelecimentos de saúde;
>
> e) Inexistência de articulação entre as demandas decorrentes da programação da atenção básica e as programações da média e alta complexidade, bem como com a programação da Vigilância em Saúde.
>
> f) Redução do escopo da programação aos recursos federais, não abrangendo os recursos estaduais e municipais;
>
> g) Propostas de programação baseadas em limites financeiros estaduais históricos, definidos com base em critérios variados e pouco transparentes (ou mesmo de memória de impossível resgate);
>
> h) Ausência da pactuação das referências interestaduais;
>
> i) Resistência à assinatura dos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso pelos municípios que recebem referências, quando os mesmos complementam os valores das tabelas nacionais com recursos próprios;
>
> j) Dificuldades expressas por várias Unidades Federadas na implementação da referência unicêntrica para o primeiro nível da média complexidade (M1), devido à resistência dos municípios satélites em desativar seus serviços;
>
> k) Processo de programação pouco integrado com as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e com o processo de regulação do acesso;
>
> l) Pouca disponibilidade de recursos humanos especializados para suporte na área de tecnologia de informação em estados e municípios;

m) Fragilidade de mecanismos que garantam a efetivação dos pactos firmados entre os gestores. (BRASIL/MS, 2006b)

Na Secretaria de Estado da Saúde, o Núcleo de Programação Assistencial e Contratualização (NUPAC) é responsável pela elaboração dos parâmetros para a programação assistencial e adequação dos tetos financeiros de assistência dos municípios. Os problemas enfrentados no estado do Espírito Santo coincidem com os relatados acima, sendo especialmente marcante a fragilidade da estrutura física e de recursos humanos desta área de programação dentro da secretaria, devido ao baixo quantitativo de pessoal alocado nesta função, falta de espaço físico adequado de trabalho e, como agravante, a falta de visibilidade desta área na agenda institucional e falta de articulação com outros setores, como o planejamento, por exemplo. Afora isso, existem as questões gerais, presentes em todo o país, de falta de *software* gerencial, de falta de monitoramento e da fragilidade do próprio processo de programação e das pactuações. A Portaria nº 1.097/06-GM não gerou, na gestão estadual da Saúde no Espírito Santo, a sensibilização necessária à transformação do formato de PPI existente.

Nos anos de 2003 e 2004, houve um grande movimento de cooperação entre estado e municípios para a constituição de uma Programação Pactuada e Integrada levando em consideração do Plano Diretor de Regionalização de 2003. A construção da PPI foi coordenada pela Secretaria de Estado de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde e participação da totalidade dos municípios nas oficinas realizadas, organizadas nas regiões e microrregiões de saúde de todo o estado. O processo de elaboração da PPI durou dez meses, até a construção dos consensos necessários com relação ao estabelecimento dos tetos financeiros de acordo com a capacidade instalada em cada regional, os fluxos previstos no PDR e a garantia do acesso (ESPÍRITO SANTO, 2004c)

No entanto, esse processo realizado em 2004 não teve a continuidade esperada no sentido da realização de revisões periódicas da programação, da base de cálculo, de um processo conjunto de reavaliação dos tetos financeiros. Em primeiro lugar, considerou-se como base para a programação uma série histórica compreendendo a população defasada e a oferta de serviços questionável. Não há sistema de informação adequado, como existe um exemplo em Minas Gerais, em

que estado e municípios acompanham e modificam a qualquer momento a programação realizada e os tetos físicos e financeiros.

> Essa PPI foi feita em cima de uma série histórica, em 2002, 2003. E essa série histórica foi se perpetuando até que chegou em 2005 houve uma nova chamada do pessoal pra fazer uma revisão na PPI e a partir desse 2005 ela só foi revista agora em 2007. E a partir de novembro de 2008 a tendência é que ela seja revista. Aliás, ela é revista trimestralmente e a partir de 2008 a gente pensa que ela seja revista diariamente, porque ela será uma PPI monitorada e essa hoje, esse formato aqui ele é engessado, a nova formatação será muito mais fácil de trabalhar. Porque é difícil você tirar um número desse e colocar em outro lugar. (E07)

Até 2008, pouco foi investido nessa área no estado do Espírito Santo, ou seja, a PPI em vigor tem a mesma base construída em 2003 e 2004. A cada nova portaria ministerial com a definição dos recursos financeiros lançada nos últimos anos, a PPI do estado tem seus tetos financeiros alterados, por meio do cálculo de um parâmetro de distribuição, sem que sejam alterados os dados da programação física. O ajuste do físico para se adequar aos dados financeiros atualizados gera números esdrúxulos de cotas, como 4,3 pacientes para o procedimento *x* no município *y.* A programação física permanece baseada naquela mesma série histórica arcaica, criada usando dados de 2002.

Para 2009, documento chamado “Ajustamento no Modelo de Organização e Gestão Estratégica e Tática da SESA - Modelo de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde - Referências, análises e recomendações”, elaborado pela secretaria estadual e pela consultoria Macroplan, anuncia o perfil desejado de PPI, contendo as seguintes características: deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde, em cada esfera de gestão; integrar-se com a programação da vigilância em saúde; explicitar dos recursos financeiros das três esferas de governo; ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente, em decorrência de alterações ocorridas; subsidiar a programação física dos estabelecimentos de saúde; e guardar relação com o desenho da regionalização (ESPÍRITO SANTO, 2008f).

Com a meta pactuada pelo nível estadual de estar com a PPI atualizada, acordado no Pacto de Gestão e presente na Programação para 2009, esperamos que este quadro seja revertido. No documento original do Pacto de Gestão que compôs o Termo de Compromisso de Gestão Estadual, homologado no início de 2008, havia a previsão de uma série de mudanças na PPI que, pelo que mostram as

entrevistas realizadas, não havia acontecido até o fim de 2008. As metas previstas no termo com relação à PPI são as seguintes:

> - Revisão da PPI para adequação do teto financeiro atual (2007) a partir das iniciativas das Microrregiões de Saúde e das respectivas repactuações intermunicipais já em andamento, a partir de Fevereiro de 2008.
>
> - Desencadear um novo processo geral de revisão/pactuação da PPI, utilizando a nova versão do SISPACTO, com definição de critérios de forma bipartite, que contemplem as necessidades sociais por saúde.
>
> - Estabelecer mecanismos/software para acompanhamento sistemático da operacionalização da PPI, acoplado a um sistema de regulação assistencial, para revisões da programação sempre que necessário.
>
> - Estabelecer a periodicidade semestral para a revisão geral da PPI, enquanto se estabelece o sistema de monitoramento sistemático, por meio de *software*. (ESPÍRITO SANTO, 2008g)

Nas entrevistas, observamos o sentimento comum de que no estado do Espírito Santo a PPI precisa sofrer uma transformação que substitua o processo atual ainda referenciado em séries históricas de produção para cálculo do teto financeiro, contendo dados desatualizados de população por município, sem o apoio de um sistema de informação suficiente. Ao mesmo tempo, há certa descrença entre o corpo técnico da gestão estadual de que a questão da PPI receberia alguma prioridade em 2009 e que o processo deslancharia dentro da secretaria estadual. Quando consultados sobre o que já existe de movimentação ou de demanda dos municípios para adoção da nova proposta do ministério, os entrevistados enfatizaram que demandas por parte dos municípios através do COSEMS têm ocorrido e a vontade de alguns técnicos do nível estadual tem sido expressada. Argumentam, porém, que a mudança não acontecerá somente a partir dessas demandas, pois

> a nova proposta do Ministério é um projeto político em termos de saúde, então a Secretaria de Saúde tem que se reunir, discutir e definir uma série de procedimentos junto com o município, [...] os novos parâmetros, [...] como por exemplo como será calculado o valor médio, qual Portaria vai seguir... O Ministério distribuiu a nova PPI em quinze áreas, então: "essas quinze áreas são suficientes, são demais? Nós vamos escolher todos, vamos escolher oito? E entre essas oito nós vários transformar algumas subáreas em áreas?" Então, isso não é política? Nós precisamos de um trabalho da secretaria como um todo, a equipe da PPI vai assumir uma responsabilidade dessas, duas pessoas apenas? (E05)

Houve reuniões técnicas entre representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde em 2007 e em 2008, sendo acordado, em setembro de 2008, que a SESA estabeleceria em portaria uma comissão multidisciplinar para

discutir e planejar a nova PPI, além de que seria reestruturada a equipe responsável pela PPI. No entanto, ao longo das entrevistas, não identificamos este movimentos acontecendo.

O mecanismo de alteração das cotas de um município para outro é feito pós-produção, quando o município entra em contato com a Secretaria Estadual de Saúde comunicando que realizou determinado número de procedimentos para o município tal, e então a SESA efetua o remanejamento dos recursos financeiros.

> Até agora é feito por produção, como a gente chama. O município atende, manda para cá para a SESA dizendo que atendeu e o recurso é remanejado. O próprio estado faz essa transferência. Funciona como uma "PPI-Pós", não programada previamente. Depois que um município pagou, o estado tirou do outro município aquele recurso. É uma PPI "ultrapassada", pois não programa corretamente antes da produção. Baseada em série histórica. (E01)

No estado do Espírito Santo, cada uma das quatro Superintendências Regionais de Saúde tem um Núcleo de Regulação do Acesso que realiza a distribuição dos procedimentos programados na PPI por município, por contrato, por prestador, e como grande parte dos municípios do estado – e a maioria da população – esteve nos últimos anos sob Gestão Básica da Saúde, o teto financeiro tem estado sob responsabilidade do estado, para este gerenciá-lo e realizar os pagamentos. Toda programação e todo remanejamento de teto de um município para outro dentro de uma microrregião é discutido e aprovado pelos colegiados de pactuação regional, os CIBs Micro.

Os setores responsáveis pelo planejamento e pela programação, dentro da Secretaria de Estado de Saúde, são completamente desconectados. Quando indagamos sobre o grau da relação entre as duas áreas, fomos informados de que ainda precisam realizar esse movimento de aproximação entre os dois setores, e que isto sempre foi dificultado pelo fato de a programação lidar com recursos federais, basicamente carimbados, fugindo a uma autonomia decisória que permitisse o planejamento descentralizado. Na experiência do Rio Grande do Sul, para efeito de comparação, é ressaltada a necessidade da programação para os seguintes propósitos: além de integrar as várias áreas da atenção à saúde, também compor o processo global de planejamento, alinhada com as metas previstas nos planos de saúde e levando em consideração a capacidade técnica dos municípios. (RIO GRANDE DO SUL, 2008).

No Espírito Santo, não há uma coordenação geral do processo de regionalização dentro da secretaria estadual. Todos os movimentos com vistas à ampliação da regionalização são realizados por um conjunto de técnicos e propostas de alguns setores, responsáveis pelo planejamento, regulação e constituição das redes de atenção à saúde em todo o estado. O fato de não haver uma coordenação única do planejamento global desse processo já é um fator preponderante do quanto a regionalização, ampliação das pactuações e aprofundamento das relações intergovernamentais e descentralização das ações de saúde não são prioridade na agenda. Alguns técnicos desses setores, no entanto, em suas entrevistas, demonstraram a preocupação com a fragmentação existente hoje no desenvolvimento descasado de processos que deveriam estar acontecendo em uníssono.

Estão em desenvolvimento na Secretaria Estadual, simultaneamente, porém capitaneados por áreas distintas, os seguintes processos: modelagem das redes de atenção à saúde da mulher e da criança e rede de urgência e emergência em todas as macrorregiões do estado; cooperação técnica de técnicos do planejamento em saúde estaduais com os municípios em torno das pactuações do Pacto de Gestão e do objetivo de fortalecer o espaço micro-macrorregional do planejamento; concepção de projeto de regulação do acesso com elaboração de *software*. Tais processos, quando realizados de forma fragmentada, têm seu êxito prejudicado, porque entendemos que a programação pactuada e integrada deve ser o fio condutor na orientação da regionalização por meio da constituição de redes, e também porque:

- para fazer regulação do acesso, é necessária uma base de programação física com as cotas definidas de forma abrangente e atual, o que não existe hoje;
- para fortalecer o planejamento regional, é necessário que este objetivo transcenda o setor de planejamento e seja apropriado pela gestão estadual como o rumo principal a ser dado na política estadual de saúde, em que as pactuações entre os entes federativos são fundamentais, onde urge a construção de um novo plano diretor de regionalização e de planos regionais de saúde e não cabe a imposição arbitrária de formatos de programação decididos unilateralmente (caso a PPI seja estabelecida de forma

centralizada pela SESA, sem participação ampla dos próprios técnicos estaduais nem dos municípios);

- para que as redes de atenção passem a existir e funcionar, é necessário se basearem numa programação pactuada e integrada e na existência de um sistema de regulação do acesso, para garantir que a prestação de serviços está acontecendo dentro dos padrões pactuados.

Muitos entrevistados apresentaram grande expectativa com relação ao novo sistema recentemente proposto pelo Ministério da Saúde, o novo SISPPI, como garantia de maior dinamismo e possibilidade real de realizar uma programação pactuada e integrada a partir do momento em que se decidir adotar o sistema no estado. O *software* do novo SISPPI vem sendo desenvolvido pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle do Ministério da Saúde e pelo DATASUS. O novo sistema informatizado para a Programação Pactuada e Integrada ainda está em construção e vem sendo testado em alguns estados nos módulos já desenvolvidos, que são regionalização, módulo estadual, módulo federal.

O sistema busca consolidar-se como uma ferramenta de formalização das discussões intergestores e otimizadora do processo executado nas unidades federadas. Outros módulos que ainda estão sendo desenvolvidos são: módulo municipal, módulo para programação de estabelecimentos de saúde, módulo regional e módulo de monitoramento. Críticas ou elogios ao novo sistema virão com o tempo, quando houver acontecido maior acompanhamento e monitoramento do seu funcionamento dos estados e municípios.

No estudo de caso realizado por Giovanella et al. (2009) na capital Vitória, também ficou nítida a fragilidade da PPI, em especial no que se refere à fragmentação entre as redes estadual e municipal de serviços, devido à falta de garantias de que as cotas programadas na PPIs sejam distribuídas entre as unidades de saúde municipais: não há referência garantida, não há fluxo estabelecido. O município, desta forma, não acompanha e não monitora o uso das cotas, a população usuária do sistema fica vulnerável, não há sistema de informação que garanta que o prestador de serviços – seja ele estadual ou contratado – realizou o montante de procedimentos previstos.

Diferentemente do que observamos no estado do Espírito Santo até meados de 2009, ao longo do trabalho de campo para a presente tese, em certos estados já vêm acontecendo alguns movimentos no sentido de transformar a PPI, alinhando-a ao processo de mudanças trazidas pelo Pacto pela Saúde de 2006, com a constituição de colegiados regionais de saúde e de redes de atenção, promovendo um conjunto de ações de ampliação da regionalização da saúde. No Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde de 2006, estabelecem-se como prioridades: a) definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação; b) estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em: descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho; e educação em saúde (BRASIL, 2006a). Ou seja, a programação pactuada e integrada é um dos pilares da gestão do SUS e deve ser entendida e priorizada como tal, juntamente aos processos de planejamento, com vistas à descentralização e regionalização.

Na Bahia, por exemplo, a nova PPI entrou na agenda e foi sendo pensada e discutida juntamente a outros processos, como a construção de um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), com definição das nove macrorregiões e das 28 microrregiões de saúde, coma constituição dos colegiados de gestão microrregional, e da elaboração do Plano Estadual de Saúde (elaboração esta que contou com a participação de municípios e do controle social). A PPI foi considerada parte do conjunto de mudanças visando à ampliação da pactuação interfederativa e da regionalização, já que "neste contexto de mudanças, foi criado o terreno para uma nova PPI no estado. Não uma nova revisão, mas sim um amplo movimento de criação de novos parâmetros, novos critérios e nova metodologia de alocação dos recursos de média e alta complexidade (MAC)." (BAHIA, 2009, p. 1) A partir de uma reunião da CIB realizada em janeiro de 2009, definiu-se um cronograma para a construção da nova PPI e estabeleceu-se a criação de um Grupo de Trabalho – o GT-PPI – para elaborar novos critérios e parâmetros para a PPI. A composição do GT é de 28 representantes dos municípios (um representante para cada microrregião), com igual representação do estado.

No Rio Grande do Sul, foi elaborado em 2008 um *Manual de Orientações Técnicas – Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI)*, pelo

Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar e pela Coordenação do Grupo Técnico da PPI, da Secretaria Estadual de Saúde, para auxiliar os gestores municipais na programação. O documento ressalta o resgate feito pelo Pacto de Gestão de 2006 da responsabilidade sanitária dos gestores da saúde sobre seus munícipes, e a necessidade dos pactos intergestores para dar conta da atenção integral à população. Para tanto, tratam a PPI como sendo uma dimensão inseparável do processo geral de planejamento em saúde. O texto do manual trata, em todo o seu conteúdo, de estabelecer conexões entre o processo geral de planejamento, o aprofundamento da regionalização e da constituição de redes de serviços regionalizadas e a programação pactuada e integrada. É nítida a interação entre nível estadual e o nível municipal, este através da Associação de Secretários Municipais de Saúde (ASSEDISA) na formulação de estratégias e do planejamento da saúde no Rio Grande do Sul. De acordo com o referido manual (RIO GRANDE DO SUL, 2008, p. 20):

> A Programação Pactuada e Integrada - PPI representa um dos momentos do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde que agrega tanto funções de alocação de recursos, quanto de reorganização das redes de atenção à Saúde, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: Planos de Saúde, Planos Plurianuais e outros. Para possibilitar a montagem da rede de serviços, é necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. Assim a PPI constitui-se num importante recurso capaz de instrumentalizar e apontar a quantidade e diversidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contra-referência. A nova proposta da PPI introduz mudanças nas diretrizes do processo, na lógica de programação, aberturas programáticas e concepção do Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SisPPI), incluindo a etapa da programação municipal.

O exemplo de Minas Gerais apresenta-se como a concretização do maior desejo dos técnicos envolvidos com a questão da PPI, pois naquele estado a experiência do SUS-Fácil mostra como é possível existir um sistema de informação dinâmico e interativo, em que estado e municípios enxergam a movimentação um do outro, fazem remanejamentos, reprogramam, alteram pactuações a qualquer momento, permitindo o monitoramento das ações. Este desafio está colocado aos gestores e técnicos do estado do Espírito Santo.

3 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O processo de regionalização da saúde no estado do Espírito Santo deve ser compreendido a partir de um conjunto de leis que tem definido o modelo de organização do estado e da área da saúde em estruturas regionais, como a própria Constituição Estadual de 1989 e as leis nºs 4.317/90, 5.120/95, 5.341/96, 5.469/07 e 317/04. Considerando-se as medidas tomadas com vistas à regionalização da saúde no estado do Espírito Santo após a constituição do SUS, o estado é considerado pioneiro pelo fato de a lei criada para tratar do assunto – a Lei Estadual nº 4.317/90 – ter sido sancionada ainda em janeiro de 1990, ou seja, antes da Lei Federal nº 8080, a Lei Orgânica do SUS, de 19 de setembro de 1990.

A Lei Orgânica do SUS apresentava como um dos princípios a "descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde." Este princípio já estava contemplado na Lei Estadual nº 4.317/90 e foi ele que norteou o processo de implementação do SUS no Espírito Santo até 2004. Em 2004, a Lei Estadual nº 317/04 estabeleceu um novo modelo de regionalização para o estado, incorporando a lógica apresentada pelas diretrizes nacionais de saúde sobre a regionalização das ações e serviços do setor.

A informação sobre os processos de regionalização experimentados no estado do Espírito Santo nos permite destacar essa experiência e mostrar sua importância. Permite-nos ainda avaliar qual tem sido o papel e como tem sido a atuação do nível estadual da federação enquanto coordenador e articulador das políticas e da organização dos serviços de saúde nas macro e microrregiões, dentro dessas experiências.

3.1 **A pioneira Lei nº 4.317/90**

No estado do Espírito Santo foi criada a Lei nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990 (publicada D.O. do ES de 2 de fevereiro de 1990), instituindo regiões de saúde e definindo as responsabilidades de estado e municípios, além de assentar as bases de um novo modelo para o sistema estadual de saúde, pautado na regionalização. Importante ressaltar que, enquanto na Lei nº 8.080 a regionalização aparece uma única vez, como um item do princípio da descentralização político-administrativa, a Lei estadual nº 4.317 explicita, em seu Artigo 3º, que

> O Modelo assistencial de Saúde do Espírito Santo pressupõe um conjunto de ações e serviços com características fundamentais de hierarquização, de **regionalização** (grifo nosso) e de municipalização, com articulação entre elas, buscando a integralidade de ação e a racionalização dos recursos garantindo o acesso universal e igualitário do usuário ao sistema, através da referência e da contra-referência.

O sistema de saúde apresentado na Lei nº 4.317 é composto de três níveis de atenção à saúde, sendo um deles o nível regional:

> I – Nível 1 (municipal) – Rede Básica – compreende as Unidades de Saúde Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3 e o Hospital Local;
>
> II – Nível 2 (regional) – compreende os Centros Regionais de Especialidades e os Hospitais Regionais;
>
> III – Nível 3 (estadual) – compreende os Hospitais Especializados, Hospitais de Especialidades, Laboratório Central de Saúde Pública e Laboratório Químico-Farmacêutico.

A lei foi criada quando o sistema de saúde ainda era o SUDS e a estrutura da atenção à saúde no estado do Espírito Santo era basicamente estadual e federal, concentrada na região metropolitana. A regionalização proposta compreendia muito mais uma tentativa de desconcentrar as ações e serviços estaduais para outras partes do estado do que deslocar, no curto prazo, as ações do estado para os municípios e a partir destes constituir-se a regionalização. De acordo com o parágrafo 1º do Artigo 4º dessa lei, no que se refere às responsabilidades do nível estadual no sistema de saúde proposto,

> Compete ao Estado, no Modelo Assistencial de Saúde, a operacionalização e a gerência da rede de serviços de saúde, inclusive a complementar: dos níveis regionais, e estadual; do sistema de Informações de Saúde; do Sistema de

> referência e contra-referência de nível regional para nível estadual e garantir o acesso do nível municipal para o nível regional.

A lei define as competências municipais e salienta que, até que o município se responsabilize realmente por elas, caberá ao estado executá-las. As competências municipais previstas na lei são: a operacionalização e a gerência da rede básica de serviços de saúde, inclusive a complementar, do nível 1 citado acima; do sistema municipal de informações de saúde; do sistema de referência e contra-referência no âmbito do município e do nível municipal para o nível de regional. Porém, no parágrafo seguinte da mesma lei, existe a ressalva de que o estado assumirá as funções indicadas no parágrafo anterior até que o município possa assumi-las, conforme Art. 164, inciso II da Constituição Estadual.

A Lei nº 4.317 estabelece, no Artigo 11º, que o sistema estadual de saúde deve contemplar a descentralização político-administrativa através das regiões de saúde, quantas forem necessárias, desde que atendam aos critérios de concentração populacional, homogeneidade socioeconômica e epidemiológica, existência de rede de serviços, vias de acesso e de transporte e tradição de fluxo. E com relação às regiões de saúde citadas acima, a lei define quatro regiões de saúde e quatro superintendências regionais de saúde, como apresentado abaixo:

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VITÓRIA Região de Saúde de Vitória, compreendendo os seguintes Municípios: Vitória, Rio Bananal, Linhares, João Neiva, Ibiraçu, Aracruz, Fundão, Santa Leopoldina, Serra, Santa Maria do Jetibá, Domingos Martins, Cariacica, Viana, Vila Velha, Alfredo Chaves, Guarapari, Anchieta, Afonso Cláudio, Conceição do Castelo e Venda Nova do Imigrante (20 municípios).
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM Região de saúde de Cachoeiro de Itapemirim, compreendendo os seguintes Municípios: Cachoeiro de Itapemirim, Presidente Kennedy, Mimoso do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, São José do Calçado, Guaçui, Alegre, Jerônimo Monteiro, Rio Novo do Sul, Atílio Vivácqua, Iconha, Itapemirim, Vargem Alta, Castelo, Muniz Freire, Dores do Rio Preto, Divino de São Lourenço, Ibitirama, Iúna, Ibatiba e Muqui (22 municípios).
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE COLATINA Região de Saúde de Colatina, compreendendo os seguintes Municípios: Colatina, Ecoporanga, Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Mantenópolis, Alto Rio Novo, Águia Branca, São Gabriel da Palha, Pancas, Marilândia, Baixo Guandu, Itaguaçu, Laranja da Terra, Itarana e Santa Teresa (15 municípios).
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO MATEUS Região de Saúde de São Mateus, compreendendo os seguintes Municípios: São Mateus, Jaguaré, Conceição da Barra, Pedro Canário, Pinheiros, Boa Esperança, Nova Venécia, Montanha e Mucurici (9

municípios).

QUADRO 8 – Superintendências Regionais de Saúde, segundo a Lei nº 4.317/90

Fonte: Lei Estadual nº 4.317/90.

É importante lembrar que, nessa época, o estado do Espírito Santo era formado por 66 municípios, como distribuídos no quadro acima. Também cabe ressaltar que o processo de regionalização trazido pela Lei nº 4.317/90 para a divisão político-administrativa da área da saúde aconteceu independentemente da estrutura político-administrativa do estado do Espírito Santo como um todo, da qual a saúde é apenas um dos setores. Somente em 1995, cinco anos mais tarde, foi criada e lei que trata da regionalização político-administrativa do estado como um todo.

A Lei nº 4.317 é extensa, com grande abrangência sobre a organização do sistema de saúde, apresenta a importância do controle social, ressalta a necessidade de criação de conselhos de saúde e propõe inclusive a adoção de conselhos regionais de saúde. Estes conselhos regionais seriam compostos pelo Superintendente Regional de Saúde, que seria o seu Presidente; por 4 Secretários Municipais de Saúde de municípios da região, indicados pela Associação de Prefeitos; e por 5 representantes de entidades de usuários e de profissionais de saúde, indicados pelos Conselhos Municipais de Saúde da região. A Lei define como responsabilidades dos conselhos regionais de saúde: subsidiar a formulação, acompanhar e avaliar a execução do Plano Regional de Saúde, propondo o equacionamento de questões de interesses intermunicipais; aprovar as prestações de contas no âmbito da Superintendência Regional de Saúde e aprovar contratos e convênios com a rede complementar do nível regional.

Segundo depoimentos de entrevistados, o processo de discussão e elaboração da Lei nº 4.317/90 foi muito democrático e envolveu a participação dos técnicos dos setores da secretaria estadual, além dos técnicos que já atuavam de forma descentralizada nos municípios do interior. Discutia-se qual modelo de sistema de saúde adotar, pois ainda não havia diretriz nacional clara, havia pouco

tempo da promulgação da Constituição Federal de 1988 e ainda não existia a Lei Orgânica do SUS. A base do modelo proposto era a regionalização e o detalhamento da proposta, além do texto da Lei nº 4.137/90, estava escrito no chamado "livrinho rosa".

3.2 As concepções de regionalização e de divisão do território presentes na atualidade

> No Espírito Santo foram criadas três situações: a regionalização do Executivo não coincide com a microrregionalização da NOAS, que por sua vez não coincide com a delimitação geográfica dos consórcios. Há três delimitações territoriais hoje, oficiais, que não têm a mesma abrangência territorial. (E23)

O modelo assistencial de saúde do Espírito Santo criado em 1990 levou a gestão estadual da saúde ao interior do estado, com a criação de quatro Superintendências Regionais de Saúde aproximando a gestão estadual das realidades regionais. Após a Lei nº 4.137/90, surgiram outras propostas de divisão do território ao longo dos anos 1990 e 2000, gerando sobreposição de diferentes "regiões", de diferentes agrupamentos de municípios, conformando no tempo novas concepções de regionalização da saúde no estado do Espírito Santo.

A Lei nº 5.120 foi criada em 1995, durante o governo Vitor Buaiz, e introduziu a divisão político-administrativa do estado, estabelecendo 11 regiões administrativas (transformadas em 12 regiões em 1997, quando foi criada a Região Metropolitana), organizadas em quatro macrorregiões e gerando impacto na organização da saúde. A gestão da saúde estadual seguiu tal conformação e também se organizou em 12 regiões.

O conceito de microrregião foi incorporado à gestão da saúde no estado do Espírito Santo já nesse período. A gestão estadual da saúde assumiu a municipalização com microrregionalização como seus lemas principais. O projeto principal da Secretaria de Estado da Saúde no período entre 1996 e 1998 – "Saúde para Todos: descentralização do desenvolvimento da saúde" – tinha como objetivo "melhorar a qualidade de vida da população através da organização de sistemas de saúde e da construção de um novo modelo assistencial pautado na promoção da saúde". Definia como ações estratégicas, dentre outras, promover "cooperação técnica às microrregiões para organização dos sistemas municipais de saúde na visão da vigilância em saúde; coordenar a implantação do consorciamento

intermunicipal; formar comissões intergestoras microrregionais" (ESPÍRITO SANTO, s/d)

Além do projeto citado, no ano de 1996 a gestão estadual da saúde também esteve envolvida com a criação da Lei Estadual nº 5.341, de 19 de dezembro de 1996, que instituiu o programa de aprimoramento gerencial do sistema de saúde do estado, composto por quatro subprogramas, um dos quais a "municipalização e microrregionalização das ações de saúde". A Lei nº 5.341/96 estabelecia, em seu Art. 9º, que

> **Art. 9º** - A estratégia de municipalização e microrregionalização das ações da saúde diz respeito a conjunto de ações que objetivam transferir orientadamente as ações básicas da saúde para o nível do município, assim como fomentar a institucionalização dos consórcios municipais para a assistência, visando atender à população de forma rápida e mais próxima à residência, desafogando e especializando a demanda que se dirige à capital do Estado.

A Seção III da Lei nº 5.341, composta pelos artigos 46 a 49, além do Parágrafo Único, tratava do tema municipalização e microrregionalização, enfatizando o incentivo da gestão estadual à formação de consórcios e à criação de comissões intergestoras nas microrregiões.

LEI 5.341, de 19 de dezembro de 1996
SEÇÃO III
DA MUNICIPALIZAÇÃO E MICRORREGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE
Art. 46 - Considera-se municipalização a descentralização da gestão da saúde em direção ao município, repassando-lhe a co-responsabilidade pela saúde de sua população, compreendendo primordialmente as ações básicas de saúde e demais ações, dependendo do porte e organização do referido município.
Art. 47 - Os critérios e os objetivos da municipalização são aqueles previstos na legislação federal que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS, com a finalidade precípua de contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente, centrado no atendimento hospitalar.
Art. 48 - A municipalização dar-se-à em consonância com as seguintes operações:
I - Incentivo aos municípios para a implantação dos marcos referenciais de vigilância à saúde: planejamento local, territorialidade, controle de risco e/ou determinantes dos agravos;
II - Incentivo aos municípios para a implantação do programa de saúde da família e/ou agente comunitário;
III - Capacitação e reciclagem dos profissionais de saúde, secretários e conselheiros municipais para a administração de acordo com as orientações do Sistema Único de Saúde - SUS; e
IV - Incentivo aos municípios para a assunção da gestão plena dos seus sistemas de saúde segundo a Norma Operacional Básica/96 do Ministério da Saúde, com participação do Conselho Estadual de Saúde, no âmbito de sua competência.
Art. 49 - Será assegurado aos municípios que integram as microrregiões geográficas do Estado a orientação e o acompanhamento necessários à formação de consórcios intermunicipais de saúde, visando a otimização dos recursos existentes na referida microrregião e a melhoria da assistência prestada à população.
Parágrafo único - Os consórcios municipais serão operacionalizados através da implantação de comissões intergestores microrregionais para a discussão e resolução dos problemas em uma instância colegiada de negociação técnico-política entre o Estado, municípios e usuários.

QUADRO 9 – Municipalização e microrregionalização da saúde, de acordo com a Lei nº 5.341/96

Fonte: ESPÍRITO SANTO (1996)

Desde 1990, já havia uma representação da gestão estadual da saúde nas macrorregiões, dentro das superintendências. Porém, a partir da criação das Leis nº 5.120/95 e 5.341/96, a secretaria estadual destacou técnicos para acompanhar também cada uma das microrregiões. Esses ficavam lotados no nível central da secretaria, mantinham contato e se deslocavam para as microrregiões com frequência, participando de reuniões e assessorando os municípios, a partir de eixos de conduta discutidos em encontros que promoviam para eles mesmos, com o objetivo de alinhar e sintonizar o trabalho comum. A função desses técnicos era fomentar as discussões nas 12 microrregiões e servir de elo entre as secretarias municipais das microrregiões e a Secretaria Estadual de Saúde, contribuindo para o processo de discussão e de construção coletiva do SUS microrregional, dentro das Comissões Intergestoras Microrregionais aí criadas, as CIMs.

Antes de um tema ser levado à Comissão Intergestores Bipartite Estadual, ela já teria passado pela CIM na microrregião, onde os municípios já teriam discutido aquele assunto e cada microrregião já teria se posicionado. Essa construção dos espaços de discussão intergestores microrregionais aconteceu paralelamente à criação de consórcios intermunicipais de saúde. Mais uma vez na vanguarda, o Espírito Santo começou a exercitar a cooperação entre os municípios e o estado no nível microrregional, estabelecendo nas 12 regiões os Consórcios de Saúde e as CIMs. A criação de consórcios intermunicipais provocou o agrupamento de municípios em torno das propostas de consorciamento. A distribuição inicial de 12 consórcios, um para cada uma das 12 microrregiões, foi sofrendo alterações com o tempo, gerando reagrupamentos de municípios que não mais coincidiam com as composições de municípios da divisão político-administrativa. Vários consórcios ainda existem atualmente e são muito atuantes, grande parte deles já transformada em consórcio público, de acordo com a Lei Federal nº 11.107/05.

Já no início da década de 2000, com a adoção pela gestão estadual da saúde do projeto nacional de regionalização proposto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização – PDR-2003. Este apresentava um mapa da regionalização da saúde no Espírito Santo, estabelecendo a divisão do território em três macrorregiões e em oito microrregiões. O modelo criou uma divisão regional própria da saúde.

Ao longo dos anos 2000, a coexistência dos três modelos apontados anteriormente é um desafio aos gestores, à implementação do SUS e à regionalização do sistema, principalmente no que tange às relações intergovernamentais e às pactuações entre as esferas de governo para a tomada de decisão e planejamento de ações visando à consolidação do sistema. Cada um desses três modelos será mais bem analisado abaixo: a Lei nº 5.120/95; o PDR-2003 e os Consórcios de Saúde.

3.2.1 A Lei nº 5.120/95: criação das Regiões Administrativas do estado

Em 1995 foram criadas, no estado do Espírito Santo, macrorregiões de planejamento (Regiões de Planejamento) e microrregiões administrativas (Regiões Administrativas), pela Lei nº 5.120, de 31 de novembro de 1995. A composição das regiões sofreu pequenas alterações pela redação dada pelas Leis nº 5.469, de 22 de setembro de 1997, nº 5.849, de 17 de maio de 1999 e nº 7.721, de 14 de janeiro de 2004. Em 2005, a Lei Complementar nº 318, de 17 de janeiro de 2005, reestruturou a Região Metropolitana (ESPÍRITO SANTO, 2008h).

Essas Regiões de Planejamento e Regiões Administrativas foram criadas com o objetivo de estimular a criação de outros polos de desenvolvimento, além da Região Metropolitana, estimulando a participação dos municípios na definição de diretrizes e políticas regionais, agregando atores e interesses e buscando promover o desenvolvimento integrado entre municípios e regiões. Além disso, a organização em Regiões de Planejamento e Regiões Administrativas visava a elevar a qualidade dos serviços prestados, promovendo a integração de planos, recursos físicos e financeiros e de ações em parceria com os demais níveis do poder público. Tais alterações deveriam representar a implementação da estrutura de gestão do projeto estadual de desenvolvimento, com a descentralização regional, promovendo a integração das ações intersetoriais e estimulando o desenvolvimento econômico e social em bases regionais.

São quatro as Regiões de Planejamento – Metropolitana, Norte, Noroeste e Sul –, seguindo a mesma denominação recebida em 1995, embora tenha havido

algum ajuste na distribuição de municípios. As Regiões de Planejamento foram formadas a partir dos seguintes critérios: elementos estratégicos; fatores dinâmicos vinculados à cadeia produtiva, estrutura logística de transporte e comunicações e hierarquia urbana; e capacidade de geração e retenção de renda nos espaços regionais, interiorizando o urbano e os serviços (setor terciário).

As Regiões Administrativas são sub-regiões de corte microrregional no interior dessas Regiões de Planejamento. Em 1995, a princípio, foram criadas 11 Regiões Administrativas, porém na configuração atual são 12. Sua classificação se baseou na busca de eficiência no processo de gestão das ações do governo e na garantia do respeito às vocações produtivas dos espaços micro-regionais.

METROPOLITANA - Metropolitana: Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. - Metrópole Expandida Sul: Alfredo Chaves, Anchieta, Iconha, Itapemirim, Marataízes e Piúma. - Central Serrana: Itaguaçú, Itarana, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, São Roque do Canaã.
NORTE - Litoral Norte: Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário e São Mateus. - Extremo Norte: Montanha, Mucurici, Pinheiros e Ponto Belo.
NOROESTE - Polo Linhares: Aracruz, Ibiraçu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama - Polo Colatina: Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindemberg, Marilândia e Pancas. - Noroeste 1: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ecoporanga, Mantenópolis e Vila Pavão. - Noroeste 2: Águia Branca, Boa Esperança, Nova Venécia, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e Vila Valério.
SUL - Polo Cachoeiro: Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Castelo, Cachoeiro de Itapemirim, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul e Vargem Alta. - Sudoeste Serrana: Afonso Cláudio, Brejetuba Conceição do Castelo, Domingos Martins, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Venda Nova do Imigrante. - Caparaó: Alegre, Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Irupi, Iúna e São José do Calçado.

QUADRO 10 – Regiões Administrativas do Espírito Santo
Fonte: Espírito Santo, IJSN (2008).

Desde a criação dessa divisão regional, a gestão, o planejamento e a organização administrativa do governo estadual consideram as 12 regiões. Portanto, todas as relações intersetoriais da saúde com as demais áreas do governo, o planejamento governamental, o financiamento, a prestação de contas da saúde para

com o governo estadual, tudo precisa ser apresentado segundo o modelo da divisão político-administrativa existente. O Planejamento Plurianual (PPA) do governo estadual é organizado por microrregiões, seguindo a lógica das regiões administrativas.

3.2.2 Os consórcios

No estado do Espírito Santo, os municípios se organizam em oito consórcios de saúde, a maioria já adequada à Lei nº 11.107/05, a Lei dos Consórcios Públicos, regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Apesar de a constituição de consórcios ter sido normatizada na Constituição Federal[24] e posteriormente nas Leis nºs 8.080/90[25] e 8.142/90,[26] para a Saúde, a criação dos consórcios no Espírito Santo aconteceu como consequência das Leis Estaduais nºs 5.120/95 e 5.344/96. A Lei nº 5.120/95 estabeleceu a divisão do estado em regiões administrativas e valorizou a proposta de estimular a participação local (municipal), na definição das diretrizes e políticas regionais, a fim de integrá-las às definições das ações estaduais para a região onde se situam, dentre outras coisas. A Lei nº 5.344/96, a Lei do ICMS, tinha como um dos critérios para o recebimento de incentivo do ICMS pelo município sua participação em consórcios.

A Lei do ICMS, de 19 de dezembro de 1996, definia os critérios de partilha dos 25% do ICMS destinados pelo governo estadual aos municípios; estabelecia que, excluídos os dez municípios com maior Valor Adicionado Fiscal (VAF) que estivessem enquadrados na modalidade de gestão mais avançada do SUS, os demais municípios receberiam 1% se participassem de consórcio. Este 1% seria dividido "igualitariamente entre os municípios participantes do consórcio para prestação de serviços de saúde, referendados pela Comissão Intergestora Bipartite do Estado e publicados com resolução no Diário Oficial." Apesar de a Lei do ICMS

[24] Constituição Federal de 1988. Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

[25] Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90. Art. 10º: "os municípios poderão constituir consórcio para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondem". Art. 18º: "Á direção municipal do Sistema Único de Saúde – SUS – compete: [...] VII - formar consórcio administrativo municipal".

ter recebido críticas quanto ao estímulo à habilitação de municípios pequenos sem condições de gestão da saúde na modalidade de gestão plena proposta pela NOB 01/96, é elogiado o efeito de incentivo ao desenvolvimento dos municípios, sendo a formação dos consórcios parte desta conquista.

> Houve muita crítica naquela época à Lei do ICMS. Mas hoje eu avalio que mesmo com essa falha que eu considero que não foi o ideal da gestão plena, foi um caminho que ajudou o fortalecimento e a avançar o que conseguimos avançar nesse período. E o que ganhou força? Porque com a lei do ICMS foram incentivados os consórcios, então todos os municípios hoje conseguem oferecer ultra-sonografia, endoscopia, essas coisas, que não conseguem pela tabela SUS ou também no seu município pequeno não conseguiriam comprar um aparelho de ultra-som, e ter um médico com especialização em ultra-som pra estar atendendo ao seu município, mas via consórcio nós conseguimos isso. (E20)

Em 1997, foi aprovada no estado a criação de cinco consórcios. Num primeiro momento, foram criados quarto: o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião Noroeste, da Microrregião Caparaó, do Polígono Norte, e Consórcio entre Linhares e Rio Bananal, cuja aprovação foi ratificada pela reunião da Comissão Intergestores Bipartite realizada em 29 de junho de 1998. Logo em seguida, no mesmo ano, foi criado o consórcio da Microrregião Sudoeste Serrana – CIS Pedra Azul. Outros cinco consórcios já estavam se organizando e tiveram os pleitos aprovados em 1998. A única região sem proposta de consórcio era a Metropolitana (CIM, 1997).

Na reunião da Comissão Intergestora da Microrregião Metropolitana realizada em 11 de setembro de 1997, o Secretário de Estado da Saúde valorizou o nascimento dos consórcios, dizendo que "com a divisão em microrregiões os municípios aproximaram-se mais da SESA e hoje tomam decisões para a formação de consórcios para a realização de exames especializados e manutenção de hospitais" (CIM, 1997).

Inicialmente, a lógica de constituição de consórcios no estado acompanharia o trabalho de estímulo ao fortalecimento dos espaços microrregionais e, juntamente com as discussões microrregionais que já vinham acontecendo nas Comissões Intergestoras Microrregionais, promoveria o agrupamento dos municípios de cada região político-administrativa. A ideia era seguir a mesma divisão regional da Lei nº 5.120/95, com as 12 regiões administrativas. Os consórcios são considerados, no estado, instrumento importantíssimo para garantir o acesso da população às

[26] Lei Federal da Saúde, Lei nº 8.142/90. Art. 3º: "os municípios poderão estabelecer consórcio para a execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do Art. 2º desta

especialidades médicas e aos exames de média complexidade que não são ofertados suficientemente no SUS. O processo de criação dos consórcios foi um estímulo ao agrupamento e aproximação dos municípios, além de promover a ampliação de sua responsabilidade e autonomia, pois recebiam os recursos financeiros e realizavam as contratações de serviços. As reuniões dos consórcios eram espaço de troca e de amadurecimento com relação à implantação do SUS.

> Os municípios se agrupavam nas reuniões do consórcio, tinha que focar o trabalho em cima do consórcio, que era o aglutinador, o fórum aglutinador daquele grupo de municípios era o consórcio intermunicipal, que reforçava as Comissões Microrregionais. (E19)
>
> Então o consórcio se organizava nas microrregiões, isso tudo antes da NOAS acontecer. (E18)
>
> Os municípios se reuniram e começaram a ter serviços complementares pagando uma tabela complementar porque a gente não conseguia credenciar ninguém pela tabela SUS e também não conseguia contratar cada município por si só. (E20)

No entanto, observamos que desde o início dos consórcios havia diferenças entre a composição dos agrupamentos de municípios que conformavam as regiões administrativas e os consórcios de saúde no estado. Para exemplificar, buscamos a formação inicial das regiões, dada pelas Leis nºs5.120/95 e 5.469/97, e a composição inicial dos consórcios de saúde sendo criados, conforme levantado em atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite realizadas em 1998. Importante ressaltar que houve várias alterações posteriores, tanto na composição das regiões administrativas quanto na composição e no funcionamento dos consórcios. (APÊNDICE 06)

Da proposta inicial de 12 consórcios, vários foram bem-sucedidos, alguns não foram adiante e outros se mantiveram, porém com atuação limitada. Os municípios da REGIÃO metropolitana não aderiram aos consórcios. Há outros municípios, como Colatina, por exemplo, que atualmente também não participam de nenhum consórcio. O Espírito Santo também participa de um consórcio interestadual, primeiro deste molde criado no país, formado pelos municípios Ponto Belo (ES), Mucurici (ES), Montanha (ES), Pinheiros (ES), Nanuque (MG), Serra dos Aimorés (MG), Carlos Chagas (MG), Ibirapoã (BA), Nova Viçosa (BA), chamado Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Fronteiriça dos Estados da Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo.

Lei."

Por vários anos desde seu nascimento, os consórcios receberam acompanhamento da secretaria estadual, realizado através de sua Coordenação de Planejamento. No entanto, devido a alterações na estrutura, promovidas pela reorganização institucional e mudanças no quadro de gestores, essa atribuição deixou de existir. Não há na SESA um acompanhamento dos consórcios. Minimamente, a Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite mantém os documentos e registros dos consórcios em seus arquivos e cumpre o papel de providenciar as informações sobre os consórcios de saúde solicitadas anualmente pela Secretaria de Estado de Fazenda. A CIB informa à Secretaria de Fazenda quais os consórcios atuantes, se algum município se filiou ou saiu do consórcio. Segundo depoimento de um dos entrevistados, "somente a título de informação, pois a Secretaria de Saúde não tem nenhuma política de investimento ou de ações junto aos consórcios" (E01).

Em 2007 e início de 2008, a Secretaria de Estado da Saúde realizou um estudo para levantar informações sobre a situação dos consórcios no estado, apresentando como justificativa:

> [...] a intenção do gestor estadual em promover a descentralização da gestão de ações e serviços de saúde, principalmente os de média complexidade ambulatorial e hospitalar, de forma mais ágil para ampliar a oferta de recursos tecnológicos e a melhoria da qualidade da atenção aos cidadãos capixabas. (ESPÍRITO SANTO, 2008, s/p).

O trabalho foi realizado pela Secretaria Executiva da CIB-ES e pelo Núcleo de Apoio à Descentralização da Gestão.

PERFIL DOS CONSÓRCIOS CAPIXABAS
• Há sete consórcios intermunicipais e um interestadual
• Têm Conselho de Prefeitos, Conselho Fiscal, Câmara Setorial da Saúde, Secretaria Executiva
• A maioria tem sede própria
• Foram constituídos como multifuncionais, porém só existe a Câmara Setorial da Saúde instituída
• Não são cadastrados e credenciados no SUS
• Já adequados ou em processo de adequação à Lei dos Consórcios Públicos
• Financiamento municipal varia de 1,5% a 2,5% do FPM
• Demais fontes de financiamento: rateio do 1% do ICMS-Saúde; subvenções e auxílios, doações; receitas diversas
• É comum os preços praticados serem maiores do que os da Tabela SUS
• A compra de serviços pelos consórcios está direcionada para exames de média complexidade, como: ultra-sonografia, mamografia, urografia excretora, teste ergométrico, tomografia computadorizada, eco Doppler, colonoscopia, densitometria óssea, eletroencefalograma; consultas especializadas de: oftalmologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, neurologia. Há também a compra de alguns exames de patologia clínica e exames radiográficos

QUADRO 11 – Os Consórcios de Saúde no Espírito Santo: características gerais

Fonte: Espírito Santo (2007, 2008).

Essa mesma equipe realizou, em 2008, uma visita à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, para conhecer a experiência mineira em consórcios. Observou que existe naquele estado um Colegiado de Consórcios Intermunicipais composto pelos secretários executivos dos consórcios, sob a presidência de um deles escolhido por consenso, e este presidente promove as articulações com o COSEMS-MG para as deliberações colegiadas e garantir a aplicação de forma igualitária em todos os consórcios de saúde. Embora em Minas Gerais a maioria dos consórcios tenha sede própria, alguns inclusive com clínica especializada própria, paradoxalmente nenhum informa produção ao SUS, nenhum está cadastrado no CNES e não aparece nos sistemas oficiais nem da secretaria estadual nem do Ministério da Saúde. Sua produção de serviços é informada diretamente pelo consórcio à Secretaria Estadual de Saúde. Os consórcios são vistos como essenciais para complementar os serviços do SUS, gerando resposta às necessidades da população nas regiões, reduzindo os deslocamentos e sendo componente importante para a redução dos vazios assistenciais buscados atualmente com a estratégia de implementação das redes assistenciais. Em Minas Gerais, os consórcios fazem parte da estrutura de gestão estadual da saúde e têm sido estimulados por meio de um Programa de Fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, e começam a ser enquadrados na modalidade de consórcios públicos de acordo com a Lei nº 11.107/05 (ESPÍRITO SANTO, 2008i).

Sobre os consórcios do estado do espírito Santo, quando consultamos os entrevistados sobre a visão da gestão estadual, se havia estímulo e incentivo aos consórcios, ou se havia competição e concorrência na oferta de serviços, nenhum entrevistado citou a disputa de interesses. Os depoimentos apresentaram somente aspectos positivos dos consórcios, explicitados pelos benefícios que estes têm trazido para a oferta de serviços nas regiões.

> O estado concorda e fica muito satisfeito com o consórcio, pois ele é uma solução hoje, Ele é um caminho pra solucionar a falta de oferta. Ele pode ter problema a, b ou c, regra a, b ou c pra seguir, enfim, mas se tem ou se não tem isso é outra conversa. Ele hoje resolve e cria caminhos de acesso para as pessoas? Cria. Isso para o estado é bom, porque tudo aquilo que os consórcios não conseguem comprar, o município não compra vem pra cá, bate aqui na região metropolitana. O consórcio complementa a ação do estado, com certeza. Na verdade é o estado que atua complementando a ação do município, tem que ser tudo lá, nada fica com o estado. Mas a gente tem muita coisa ainda a implementar. (E04)

> Os consórcios são efetivos na oferta de serviços e o estado incentiva, lógico, porque você está eliminando os vazios assistenciais e está tirando a sobrecarga do estado. (E07)

De sua parte, o Ministério da Saúde tem incentivado os consórcios como um dos pontos de fortalecimento do espaço regional:

> Na prática, o consórcio pode ser utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, auxiliando tanto no desenvolvimento como na efetivação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e, ainda, compor de forma coordenada com os Colegiados de Gestão Regional (CGR), o espaço de gestão regional, respeitada sempre a atribuição de direção única de cada ente federado. (BRASIL, 2009)

3.2.3 O Plano Diretor de Regionalização – PDR-2003

No processo de regionalização da Saúde no Espírito Santo dos anos 2000, com a influência da Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS 01/02) e da necessidade de cumprimento do estabelecimento de um plano diretor de regionalização para a habilitação do estado na modalidade Gestão Plena de acordo com esta norma, propôs-se uma nova divisão em macro e microrregiões para a Saúde, diferente da já existente no governo estadual. Buscou-se estabelecer uma divisão que agrupasse municípios de modo a contemplar os seguintes pontos: fluxos de saúde, acesso aos serviços, concentração de tecnologia de conhecimento e de produto, economias de escala e de escopo, e perfil epidemiológico. Assim foi constituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR 2003) pela Secretaria de Estado da Saúde no estado do Espírito Santo.

Além de ter sido alterada a estrutura antiga, dos anos 1990, de regiões de saúde, pautadas pela Lei nº 4.317/1990, também não há coincidência entre a nova divisão da gestão da saúde dos anos 2000 e a divisão político-administrativa do estado existente desde 1995. São também diferentes os agrupamentos de municípios conformados pelos consórcios, ou seja, há três lógicas distintas de regionalização e de divisão do território ao mesmo tempo funcionando no SUS no Espírito Santo. Percebemos, nas entrevistas e nos documentos, que o processo de constituição do documento do plano diretor de regionalização foi extenso e complexo, e que havia interesses locais em manutenção da divisão em regiões já existente, enquanto que por parte do Ministério houve pressão para o

reagrupamento seguindo os critérios dos pontos de assistência e do perfil epidemiológico.

A apresentação aos membros da CIB-ES da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/01) aconteceu, pela primeira vez, na reunião de fevereiro de 2001. A comissão recebeu da Coordenação de Controle e Avaliação da SESA um cronograma de regulamentação da nova norma e a informação de que havia vários pontos ainda indefinidos, mas que municípios-polo – como, por exemplo, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim – seriam referências regionais e deveriam ter a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Foi criado o grupo técnico da NOAS dentro da SESA. Em setembro do mesmo ano, foi aprovado na CIB-ES o encaminhamento do Plano Diretor de Regionalização, com a ressalva de que este poderia ser alterado após a avaliação dos pleitos dos municípios de habilitação em nova modalidade de gestão.

O trabalho era árduo, não só no Espírito Santo, mas em todos os estados, para a organização conjunta dos documentos Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimento e Programação Pactuada e Integrada, tendo o estado experimentado dificuldade maior na discussão da PPI e na construção do PDI. Desde o início, o próprio CONASS gerou questionamentos ao Ministério da Saúde.

O mapa do PDR proposto no estado levantou questionamentos do ministério, pois havia dúvidas quanto à capacidade de os municípios do estado assumirem ou manterem a habilitação em Gestão Plena da Saúde. Com isso, foi realizada uma avaliação técnica nos 35 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB 01/96 pleiteantes da mesma forma de gestão na NOAS e vários problemas foram apontados, como pendências no funcionamento de Conselhos de Saúde, de Fundos de Saúde, da Vigilância Sanitária, entre outros.

A intenção do estado, na época, era preparar toda a documentação para adequação à NOAS e encaminhar a proposta do estado até o dia 30 de dezembro de 2001 para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), mas isso não aconteceu. Em 2002, membros do COSEMS passaram a participar dos trabalhos de preparação do estado para a NOAS e contribuíram para o processo de habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A).

As discussões e a preparação de documentos se estenderam até o segundo semestre de 2003. A reunião extraordinária da CIB-ES, de 24 de outubro de 2003, teve como tema principal a apresentação pela SESA da necessidade de urgência para aprovação do PDR, do PDI e da habilitação do estado. Só havia naquele momento quatro estados fora da NOAS, dentre eles o Espírito Santo. Foi apresentada a versão do PDR, estabeleceu-se um cronograma de oficinas para a programação pactuada e integrada a serem realizadas até o mês seguinte, nas quais caberiam sugestões de alteração do PDR. O PDR apresentado dividia o estado em regiões, seguindo os seguintes critérios: acesso das pessoas às ações e serviços de saúde; economia de escala, economia de escopo e perfil epidemiológico, distância entre municípios e, principalmente, distância entre os municípios e os polos microrregionais.

Na proposta de PDR, havia oito microrregiões. A secretaria estadual havia contratado serviços de consultoria externa para a construção da proposta de estabelecimento de redes integradas de serviços de saúde, com elaboração de protocolos para regular o acesso e percurso dos usuários. A secretaria perseguiu o objetivo de garantir a habilitação do estado e de que fossem aceitos os documentos – os quais poderiam ser revistos, alterados, em qualquer tempo futuro. O PDR foi aprovado na CIB-ES em outubro e o PDI aprovado em novembro de 2003. O PDI foi construído direcionado prioritariamente para a atenção primária, e defendido pela SESA como sendo um documento feito com as ferramentas possíveis naquele momento. A PPI foi aprovada com inconsistências, dado o prazo exíguo para envio de toda a documentação para Brasília.[27]

Na construção do Plano Diretor de Regionalização 2003, foi estabelecida uma divisão do estado em 16 aglomerados de municípios, sendo oito aglomerados com potencial para conformação de sistemas resolutivos de saúde – dedicados a uma população acima de 150 mil habitantes – e três grandes aglomerados, com população superior a 500 mil habitantes. Este modelo contempla os 78 municípios existentes atualmente no estado. Deste modo, a regionalização da saúde foi

[27] Dados sobre o processo de aprovação dos documentos necessários à solicitação da habilitação do estado do Espírito Santo em modalidade de gestão prevista na NOAS 01/02 foram detalhados nas Atas da Reunião Extraordinária da CIB-ES, de 24 de outubro de 2003, e Reunião Ordinária da CIB-ES, de 17 de novembro de 2003.

proposta dividindo-se o estado em três macrorregiões e oito microrregiões, como apresentado abaixo:

1) Macrorregião Norte – Colatina-Linhares
   Microrregiões:
   - São Mateus
   - Colatina
   - Linhares
2) Macrorregião Centro-Vitória
   Microrregiões:
   - Serra-Santa Teresa
   - Vitória
   - Vila Velha- Venda Nova do Imigrante
3) Macrorregião Sul-Cachoeiro
   Microrregiões:
   - Cachoeiro
   - Guaçuí

A conformação da divisão do estado do Espírito Santo em macro e em microrregiões de saúde está representada no mapa a seguir, que compõe o Plano Diretor de Regionalização de 2003. Houve acordo, na época, para que o município de Ibatiba deixasse a microrregião Micro Guaçuí e passasse a compor a microrregião Micro Vila Velha-Venda Nova do Imigrante, embora o mapa não mostre tal atualização.

Para a definição da composição de municípios integrantes das microrregiões, adotou-se como critério a existência de distância terrestre não superior a 150 km entre o município e o município-polo. Há apenas duas exceções à regra, pois na microrregião Colatina a distância entre Ecoporanga e Colatina é de 176 km, e na microrregião Vila Velha-Venda Nova do Imigrante a distância entre Piúma e Venda Nova do Imigrante é de 158 km. Na macrorregião são três municípios-polos, Linhares, Colatina e São Mateus. Para Colatina, desloca-se a população residente em municípios situados ao longo ou nas proximidades da Rodovia do Café. Para Linhares, desloca-se a população de municípios mais próximos à rodovia BR-101

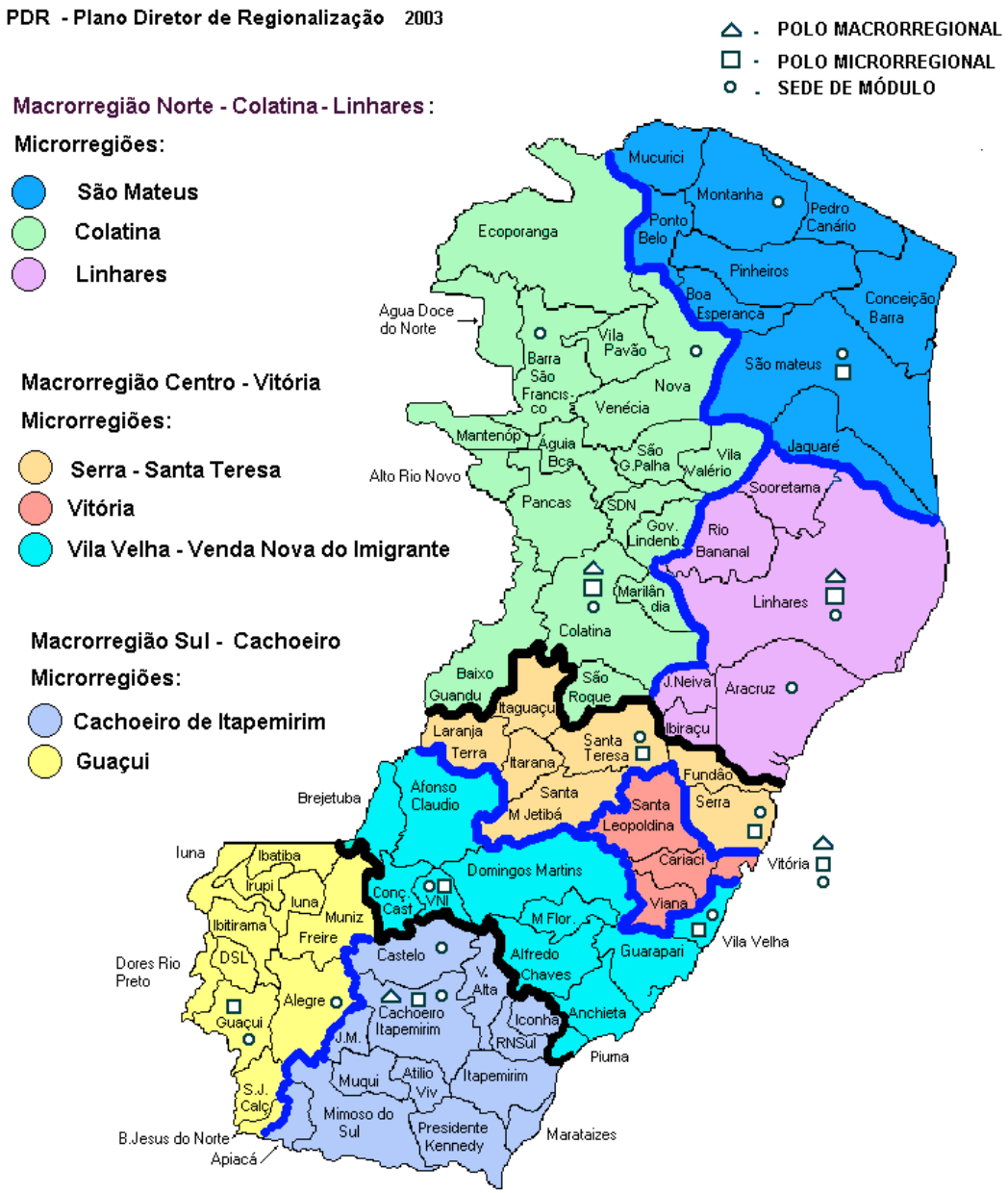
Norte. O terceiro município-polo, São Mateus, tem oferta de serviços especialmente para atender à população dos municípios que compõem a microrregião São Mateus.

Embora tenham sido constituídas três macrorregiões, manteve-se o número de quatro Superintendências Regionais já existentes anteriormente, criadas quando do processo de regionalização do início dos anos 1990. O documento do PDR elaborado é considerado por muitos entrevistados como um belo plano de desenvolvimento regional, muito bem feito, muito discutido.

> O estado tem um PDR feito em 2003. Esse PDR com estudo de capacidade, malhas viárias, ele está valendo, extremamente interessante, também foi feito durante todo esse movimento, então ele é um produto [...] (E03)

> Quando você faz um plano belíssimo de desenvolvimento regional que é o PDR, e através do que está colocado na técnica você possibilitar que se avance nas suas questões de saúde, com um belíssimo plano, muito bem feito, ele está pensado para avançar nas questões da regionalização que nós acreditamos, mas depende das pessoas para acontecer. (E02)

FIGURA 1 – Espírito Santo – mapa da conformação do Plano Diretor de Regionalização – PDR 2003 – da Saúde



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2003.

O processo de regionalização da saúde no ES, com a proposta de atenção à política nacional do SUS trazida pela NOAS em 2001 e em 2002, e em contraposição ao caráter centralizador da política estadual de saúde no estado do Espírito Santo nos anos anteriores, foi movido a muito debate entre os níveis estadual e municipal. O estado precisava se habilitar numa modalidade de gestão da

NOAS 01/02 e para tanto, minimamente, tinha que construir os três documentos: PDR, PDI e PPI. Com os atrasos, já que quase todos os estados do país já estavam habilitados, o estado tentou impor um modelo de divisão territorial que não agradou a todos. Alguns municípios pressionaram e conseguiram "encaixar-se" na microrregião que desejavam, contrariando a proposta em discussão na época. Um exemplo é Santa Leopoldina, que deveria compor a microrregião Serra-Santa Teresa junto com as demais "santas", mas passou para a microrregião Vitória. Os municípios de Castelo, Ecoporanga e Ibatiba também mudaram de microrregião.

O PDR elaborado em 2003 não foi alterado oficialmente desde então, apesar de ter sofrido, ao longo desse período, vários questionamentos com relação a pontos que precisam ser atualizados, outros aprimorados. Consultamos os entrevistados perguntando-lhes "O (a) senhor (a) entende que o PDR é satisfatório, ele precisa ser revisto?", e em todas as respostas ouvimos que há necessidade de revisão do documento. A partir das respostas a essa pergunta, elaboramos o quadro abaixo. Os principais pontos apontados pelos entrevistados para a necessidade de revisão do PDR-2003 foram os seguintes:

Problemas do PDR-2003 apontados pelos entrevistados	
• Para cumprir a regra do número mínimo de habitantes por microrregião, no PDR 2003, foram criadas distorções na composição das microrregiões, em especial naquelas pertencentes à Macro Centro	"O que se considerou para montar as microrregiões foi a necessidade que se precisava alcançar, numa economia de escala mínima, de cento e cinquenta mil habitantes. Está na evidência científica, continua valendo até hoje. E os quinhentos mil habitantes para as macrorregiões. Mas isso gerou distorções. Mas há um problema regional na Macro Centro, porque ela tem municípios que não têm nada a ver com uma microrregião. A Microrregião formada por Vitória, Cariacica, Viana e Santa Leopoldina tem problemas. Outra microrregião vai de Vila Velha até Venda Nova do Imigrante, isso não tem nada a ver, isso foi para cumprir exigência do Ministério da Saúde, aquelas regrinhas que eles exigiram. A outra é Serra-Santa Teresa, que pega do município de Serra e sobe. Não adianta dizer que vou estimular Serra porque Serra com Santa Teresa não tem nada a ver uma com a outra, assim como não tem Vila Velha com Venda Nova do Imigrante, não tem, não representa o fluxo de Saúde, enfim, não representa nada." (E04)

QUADRO 12 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR-2003 – problemas levantados nas entrevistas (continua)

• Há municípios que pertencem a uma microrregião e que, porém, não se relacionam com aquele polo, o fluxo natural é para outra microrregião	"A divisão atual das microrregiões do PDR 2003 não é satisfatória. Já está sendo revista, já está sendo discutida, essa Há os municípios que estão em uma microrregião e que, absolutamente, não se referenciam com aquele polo. Nós estamos revendo, isso é natural e necessário." (E02) "Por exemplo, eu acho que o PDR ele tinha que ser refeito em certas regiões, como no Sul. Há município que fica fora realmente> Por exemplo, a gente tem aquela região ali de Iconha, de Anchieta, ali é mais fácil ir pra Grande Vitória do que ir para Cachoeiro. Eles sempre fizeram isso. O fluxo era esse e esse fluxo foi mudado, e isso não está respondendo positivamente. Eu acho que algumas coisas têm que ser revistas no PDR, como essa questão da regionalização desses municípios que é melhor pertencerem a uma outra região do que a que ele está atualmente." (E12)
• Há municípios que estão em uma microrregião, pelo PDR 2003, e querem pertencer a outra microrregião	"No entanto na microrregião de saúde, o município quer ou não quer pertencer à microrregião. Nós tivemos esse conflito perto da região do Caparaó, que quer ficar perto dos ricos, não quer ficar com municípios pobres, Ibatiba, que não quer ficar com Guaçuí." (E03)
• Em um mesmo município, pode haver fluxos para dois municípios distintos, para duas microrregiões distintas	"Às vezes o município A na referencia ele pactuou com o município B, mas parte da população dele quando precisa do serviço busca no município C, porque habitualmente já frequenta o outro município: "Ah, no norte do meu município as pessoas estão muito mais próximas do município vizinho e é muito mais fácil ele ir àquela cidade do que inclusive vir para cá, para a sede do município. O distrito fica tão lá na ponta, tão distante, que tradicionalmente ele procurando atendimento no outro município. Porém, na hora de pactuar as referências eu gestor pactuei com esse município daqui, que fica mais próximo à sede". Com isso, aquela parte do município acaba ficando meio "desgarrada". Então às vezes o problema nem é apenas estrutural, e muitos usuários acabam indo para outro município por causa da distância do distrito em que moram do seu próprio município." (E06)

QUADRO 12 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR-2003 – problemas levantados nas entrevistas (continuação)

• Falta o estabelecimento de critérios para as regiões de divisa com estados vizinhos	"O PDR está sendo rediscutido, isso é um processo. Por exemplo, não está definida a questão dos outros estados que fazem divisas, como: Bahia, como Minas e como Rio de Janeiro, está sendo rediscutido isso daí." (E02)
• Falta reconhecer a região metropolitana	"Já foi proposta a necessidade de ter uma microrregião metropolitana. Agora que o estado já se habilitou, tem autonomia para decidir sua forma de organização, ele precisava assumir isso para, com essa regra, mudar o formato, vir para um formato mais real." (E04) "O PDR ele tem que ser atualizado, ele tem que ser revisto, porque na realidade ele não contempla as necessidades do estado. Por exemplo, nós temos uma região metropolitana que é praticamente um município único, lógico que em condições completamente diferentes e em estágios diferentes de implantação de serviços, com financiamentos diferentes, mas é um aglomerado. Nós deveríamos ser uma região metropolitana de fato. E cada município desses da região metropolitana esta distribuído entre três microrregiões de saúde." (E09) "Quando se desmembrou a região metropolitana no PDR se pretendeu criar grandes referências, se pretendeu que toda a região que vai de Vila Velha até Venda Nova tivesse uma referência que seria Vila Velha, por exemplo. E nós vimos que isso não funcionou aqui e separou esses grandes municípios daqui da região metropolitana. Isso é necessário porque não adianta separar as quatro grandes, Vila Velha, Vitória, Serra e Cariacica, porque concentram a maior parte do povo deste estado." (E10)

QUADRO 12 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR-2003 – problemas levantados nas entrevistas (continuação)

• As referências, os fluxos e a instalação dos serviços não são satisfatórios	"O que a gente sente muito é a necessidade não é nem de mexer no PDR mapa, é de mexer na organização das referências. Porque quando foi falado em PPI, de estar direcionando, foi muito pontual, então os municípios referenciavam para aquilo que eles não sabiam se haveria oferta mesmo, ou seja, mandavam pro município, ele nem sabia quem é que, se eles receberiam ou não, e no final não dava conta de executar nem da sua própria demanda, então o que precisa na verdade não é nem redesenhar o mapa, é reorganizar os serviços, é redirecionar referências." (E15) "Na conformação do PDR, o modelo, principalmente na Macro Norte, eu não vejo necessidade de se alterar. Até porque na época foi feito um estudo exaustivo da questão dos fluxos de referencia e contra-referencia, população, e eu acho que a gente tem que utilizar essa base e na distribuição dos serviços é que a gente tem que ter todo esse cuidado. Porém, o fluxo e a instalação dos serviços eu observaria com um pouco mais de cautela, principalmente de média e alta complexidade - porque a atenção básica ela é própria do município -, então para os serviços de media e alta complexidade eu acho que esse fluxo tem que ser melhorado." (E16) "Onde tem fluxo de Saúde efetivamente é aqui, na região metropolitana, e esse fluxo está sendo desconsiderado para efeito de planejamento, para tudo está sendo desconsiderado, e esse é um outro problema, um enorme defeito de uma regionalização com regras muito rígidas que o Ministério acabou impondo, que precisam ser corrigidas. Mas ainda há tempo ainda de corrigir isso, a gente da saúde tem que ter o dever de corrigir..." (E04)
• Há novos aspectos geográficos, novas malhas viárias de acesso aos municípios não contemplados no documento feito em 2003	"O PDR tem que ser revisado. Há a construção das novas malhas viárias, novos acessos, então tem muita coisa que vai mudar, tem o asfalto sendo construído lá dentro por Ecoporanga então talvez Ecoporanga seja melhor ser reportar a Nova Venécia do que a Barra de São Francisco ou Colatina, isso vai depender dessas mudanças aí também, desse aspecto geográfico, e muita outra coisa, não só lá, mas na Macro Sul também, aqui no nível central também, então acho que muita coisa está sendo revista. O PDR ele não tem como ser estático, tem que ser dinâmico como a PPI e como, e a PDI também." (E20)

QUADRO 12 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR-2003 – problemas levantados nas entrevistas (continuação)

• Documento elaborado com foco na ASSISTÊNCIA	"Nós tínhamos uma regionalização plena e quando vem a NOAS, ela regionaliza a assistência, em nenhum momento ela toca na vigilância, na vigilância em saúde, ela não agregou. Então tudo isso enfraquece essa tomada de posição. E o PDR feito em 2003 dividiu em microrregiões, porém elas foram divididas pela assistência, escala e escopo. É da NOAS, da assistência, só que a assistência deveria ser pensada dentro do perfil epidemiológico, dentro de cultura, dentro de territórios, de processo, tem que ter uma outra leitura." (E03)
• Falta de clareza no documento com relação à divisão de papéis e responsabilidades	"E outra coisa, é a parte mais difícil que até hoje a gente não tem claro quais são os processos de trabalho, eles devem ser divididos em estratégicos, táticos e operacionais. Eu sei o que é operacional porque está no município, ele operacionaliza as políticas, mas o que é estratégico e tático existe um borramento desses limites, então é difícil você dizer que momento é nível central, que momento é nível regional". (E03)
• Mapa da regionalização exclusivo da saúde diferente da divisão regional das demais áreas gerou uma dissociação das demais políticas	"A primeira razão para fazer revisão do PDR-2003 é que nós ao fazermos o PDR-2003, ao cumprirmos a regra do Ministério, nós dissociamos, produzimos mais um fragmento da Saúde. A Saúde já era é absolutamente fragmentada e uma das dimensões da fragmentação é a fragmentação entre o Sistema de Saúde e os outros Sistemas Sociais, e Econômicos. Então nós fizemos isso. Nós criamos um Sistema Único, com uma regionalização singular da Saúde. Os outros sistemas têm a regionalização do estado, trabalham com outro nível de regionalização e com outro nível de financiamento: Secretaria de Planejamento, Secretaria de Economia, elas trabalham com as microrregiões administrativas e financiam-se com regras, critérios e tal, as políticas, as outras políticas sociais e econômicas elas são financiadas segundo as regras da regionalização administrativa." (E04)
• Pela divisão do PDR 2003, a o espaço geográfico da Macro Norte ficou muito grande.	"No norte eu acho que ficou muito grande aquela região ali. Tinha que ser dividido pra poder ter uma administração melhor da saúde." (E12)

QUADRO 12 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – PDR-2003 – problemas levantados nas entrevistas (conclusão)

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Após cinco anos de criação do PDR 2003, a avaliação dos entrevistados aponta o lado positivo do documento, de ter possibilitado um grande fortalecimento do interior e ter contribuído muito para a descentralização do sistema de saúde. Os municípios menores que são polos de microrregião – Venda Nova do Imigrante, Santa Teresa e Guaçuí – tiveram notável ampliação de sua organização na saúde. Por outro lado, considera-se que os grandes municípios foram prejudicados, em especial os que compõem a região administrativa metropolitana e que ficaram desconectados na divisão do PDR da saúde.

Há movimentos recentes de revisão do PDR na secretaria estadual, tomados por iniciativas individuais ou de pequenos grupos, não representando a posição da gestão estadual como um todo. Uma das opiniões de mudança propõe a criação de uma região metropolitana "virtual", sem mexer no mapa do PDR já existente, mas que permita a reaproximação dos grandes municípios próximos da capital para a solução de questões comuns. Outra opinião se refere à proposta de que o processo de definição das redes de atenção à saúde em andamento em 2008 e 2009 proporcionará maior clareza quanto a fluxos, referências, acessos viários, instalação e readequação de serviços e, portanto, o PDR deve aguardar o trabalho com as redes para depois passar por uma revisão.

3.3 **As arenas regionais intergestores: as CIMS antigas e os CGRs atuais**

Este item tem como objetivo apresentar e comparar as diferentes experiências de constituição e funcionamento de arenas de discussão regionais no estado do Espírito Santo. A análise mostra a experiência inovadora desse estado com a criação dos espaços microrregionais já desde os anos 1990, dos fatores positivos da existência dessas arenas de discussão envolvendo os entes estado e municípios de cada região, e do quanto foi importante a atuação da secretaria estadual e do COSEMS-ES nesse processo. Os técnicos do nível estadual que atuavam nas microrregiões tinham um programa de trabalho conjunto e articulado, experiência não repetida nas duas tentativas seguintes de criação de comissões microrregionais.

Junto à criação das Comissões Intergestores Microrregionais (CIMs), foram criados e incentivados os consórcios. A experiência dos consórcios foi muito bem-sucedida e por vários anos foi capitaneada e acompanhada pela secretaria estadual. Por motivos diversos, já discutidos no capítulo anterior, a proposta das CIMs foi descontinuada no início dos anos 2000. Os consórcios continuaram atuando, garantindo a oferta de determinados serviços nas microrregiões, e suas reuniões passaram a cumprir o papel de manutenção do espaço de discussão microrregional nos anos seguintes. O agrupamento de municípios em consórcios foi sendo ajustado, diferenciando-se da divisão microrregional que originalmente deveriam

seguir e que balizou a composição das CIMs, que eram as 12 regiões administrativas do estado.

Após a NOAS 01/02, com o projeto nacional de fortalecimento da regionalização, no estado do Espírito Santo a gestão estadual retomou a proposta de constituição de comissões microrregionais, estabelecendo, em 2004, as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBs Micro). Não havia consonância entre este projeto e a proposta dos consórcios, pois as CIBs Micro foram criadas dentro da lógica do Plano Diretor de Regionalização, seguindo a divisão do estado em oito microrregiões de saúde. Como consequência, a gestão da Saúde no Espírito Santo passou a organizar-se dentro de três lógicas distintas de agrupamento de municípios: as regiões administrativas do governo estadual, as regiões de saúde e os consórcios. Os colegiados de gestão regional sugeridos pela política nacional do Pacto pela Saúde, a partir de 2006, foram implementados no Espírito Santo a partir das CIBs Micro estabelecidas nas oito microrregiões e todas em funcionamento – portanto, foi realizado um movimento sem grandes percalços de ajuste do regimento interno e mudança do termo "Comissão" para "Colegiado" no nome, ou seja, Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais, sendo chamados de "os" CIBs Micro desde então.

3.3.1 As Comissões Intergestores Microrregionais – CIMs (1997)

A primeira proposta de constituição de arena regional na Saúde no estado do Espírito Santo aconteceu em 1997, fruto de um processo que conjugou a decisão do governo estadual da época de descentralizar a gestão (criando estruturas regionalizadas para a saúde e demais setores do governo) com a decisão do COSEMS-ES de contar com representantes de todas as microrregiões, para juntos formarem o Conselho Diretor do COSEMS. De acordo com Martins (2002, p. 94), a partir daí

> a ideia se expandiu para todo o estado incorporando novas ideias até que foram criadas as Comissões Intergestores Microrregionais („microbipartites") compostas pelos gestores das microrregiões e dois representantes da secretaria estadual

(resolução CIB-ES, n.º 01/97[28]). Algumas passaram a se reunir periodicamente apresentando excelente desempenho, propondo temas para discussão em plenária do COSEMS-ES e sugerindo agenda para a CIB-ES.

Um exemplo da regionalização das ações nesse período foi a aprovação, na CIB-ES, da realização de oficinas microrregionais para a preparação da Programação Pactuada e Integrada (CIB-ES, 1997).

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, constituída através da Portaria nº 185-P de 24/08/93, reunida ordinariamente em Vitória, em reunião ordinária no dia 19/02/1997 e de acordo com suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º) Criar 11 Comissões Intergestores Microrregionais de acordo com a divisão administrativa do estado do Espírito Santo, que divide o estado em 11 microrregiões administrativas de gestão;
Art. 2º) Terão representação na Comissão Intergestores Microrregional todos os municípios da microrregião, através dos Secretários Municipais de Saúde, e 02 (dois) representantes da Secretaria Estadual de Saúde;
Art. 3º) Regimento Interno desta comissão, assim como seus objetivos e atribuições serão definidos pelas Comissões Microrregionais, respeitando o Regimento Interno e acordos estabelecidos pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Vitória, 19 de fevereiro de 1997.

NÉLIO ALMEIDA DOS SANTOS
PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

QUADRO 13 - Resolução nº 01/97 – Comissão Intergestores Bipartite - Espírito Santo

Fonte: Comissão Intergestores Bipartite

A Secretaria Estadual elaborou um fôlder informativo intitulado "SUS – Microrregionalização da Saúde – Comissões Intergestores Microrregionais uma estratégia", para divulgação da proposta da criação das comissões nas microrregiões. O quadro abaixo reproduz o conteúdo do informativo, que se direciona a divulgar a proposta aos municípios.

O que é Comissão Intergestores Microrregional?
Um espaço privilegiado para a construção da reforma necessária da saúde, onde estados e municípios buscarão soluções conjuntas, dentro da realidade desse território, respeitando as diferenças existentes entre as diversas microrregiões.
Será uma ação coordenada e institucionalizada, num determinado espaço geográfico, com a pretensão de contribuir para reverter o modelo hoje existente (hospitalocêntrico) e buscar a construção de um novo status quo para o sistema, dentro da ótica da vigilância em saúde (onde o biológico, o psicológico, o cultural e o econômico interagem).
Foi criada pela Resolução nº 01/97 do CIB

Como é composta a comissão?

[28] Quando foram criadas as Comissões Intergestores Microrregionais, em fevereiro de 1997, havia no estado do Espírito Santo 11 regiões administrativas. Quando se criou a 12ª região, a Saúde também adotou a divisão e criou mais uma Comissão Intergestores.

A comissão é composta dos secretários municipais de saúde de cada microrregião e de, no mínimo, 02 técnicos da Secretaria de estado da Saúde nomeados pelo Secretário estadual de Saúde.
Não haverá a participação do usuário, tendo em vista que esta já faz representar nos Conselhos Municipais de Saúde.

Qual a finalidade da Comissão Intergestores?
É um fórum de discussão, com a finalidade de operacionalizar e otimizar sistemas de saúde, contribuindo para o avanço do processo de municipalização da saúde.
O trabalho dessas comissões tornará realidade o consorciamento de ações entre os municípios e entre os municípios e o estado, através de pactos estabelecidos na mesa de negociação, entre os gestores.
As comissões intergestores estão aí para fortalecer os conselhos municipais de saúde e torná-los atuantes na construção de políticas municipais de saúde.
Nas comissões intergestores também serão estruturados os sistemas 2º e 3º com qualidade, através de parcerias entre estado e municípios, seja através da otimização de recursos existentes, seja com a implantação de novos projetos.

O que não é a Comissão Intergestores?
Não é espaço de definição da política de saúde e/ou diretrizes dos sistemas nem fiscalização dos mesmos. Essas funções são dos Conselhos Municipais.

Onde nasceu a ideia das Comissões Intergestores?
Em discussão da política de saúde – assessoria aos municípios – com o assessor da OPAS Dr. Eugênio Vilaça, objetivando resolver a dificuldade de alcançar todos os problemas municipais, e com o desejo de chegar cada vez mais próximo da realidade de cada território, visando proporcionar uma resposta mais rápida e adequada a cada necessidade observada.
Elas representam um avanço no que diz respeito à capacidade de negociação de ambas as partes e, ao mesmo tempo, um desafio de participação conjunta na resolução de problemas.
Foram oficializadas por Decreto-Lei estadual 5.314 do Projeto de Reforma do Estado e referendado pela Resolução 01/97 do CIB
Para onde serão encaminhadas as decisões das comissões intergestores microrregionais?
Para a Comissão Intergestora Bipartite e/ou para o Conselho estadual de saúde, dependendo da amplitude da questão.
Há sempre a necessidade da aprovação da CIB, a qual dará os devidos encaminhamentos.

Como funcionará a comissão intergestores?
Para que se tenha um nível de funcionamento adequado, é preciso definir:
- uma secretaria: um dos municípios será convidado a ser Secretaria da Comissão, identificada como um canal de acesso à comissão;
- data para as reuniões: as reuniões serão ordinárias e mensais podendo, se houver necessidade, serem convocadas reuniões extraordinárias;
- pauta: definida conforme a demanda. Poderá ter temas propostos por cada participante (estado e/ou municípios), como pelo Conselho Estadual de Saúde ou Municipais, prestadores de serviços, organizações não-governamentais, etc.
- local das reuniões: será definido pelos participantes. Poderá ser móvel ou fixo.
- ata: será feita uma ata de cada reunião pela secretária da comissão, a fim de que todo o processo de participação esteja documentado.

O que é macrorregião?
É o espaço territorial composto pelas respectivas microrregiões. A Lei nº 5.120 de 01/12/1995 dividiu administrativamente o estado em quatro macrorregiões, a saber:

1) Macrorregião Metropolitana;
2) Macrorregião Norte;
3) Macrorregião Nordeste e
4) Macrorregião Sul.

A macrorregião Metropolitana é formada das microrregiões Metropolitana Expandida Norte, Metropolitana Expandida Sul, Central Serrana e Metropolitana.
A macrorregião Norte é formada pelas microrregiões Litoral Norte e Extremo Norte.
Formam a macrorregião Nordeste as microrregiões Polo Colatina, Noroeste I, Noroeste II.
A macrorregião Sul é formada pelas microrregiões Polo Caparaó e Polo Cachoeiro.

QUADRO 14 - SUS – Microrregionalização da Saúde – Comissões Intergestores Microrregionais: uma estratégia

Fonte: Secretaria de estado da Saúde – SESA/ES

Havia no governo estadual, na gestão estadual da Saúde e no Conselho de Secretários Municipais de Saúde, uma visão voltada para o estímulo ao fortalecimento dos municípios, porém bem marcada pelo interesse na criação de espaços regionais fortes, com o agrupamento de municípios, e de proporcionar a

cultura da tomada de decisão entre eles, em conjunto, e não somente o fortalecimento de municípios isoladamente. O estado do Espírito Santo acabara de ser dividido em regiões administrativas, era o início da implementação da NOB 01/96, havia a Lei do ICMS incentivando financeiramente aqueles municípios que aderissem à gestão mais avançada do SUS e que formassem consórcios; e havia o gestor estadual da saúde diretamente empenhado na criação e no êxito dos consórcios de saúde.

O grande marco do movimento de melhoria da gestão da saúde no período foi a criação da Lei Estadual nº 5.341 no final de 1996, apresentando proposta detalhada de melhoria da gestão dos hospitais no estado, como também propostas de reorganização da gestão da saúde, de gestão de recursos humanos e de estímulo à municipalização com microrregionalização. A partir dessa lei, as Comissões Intergestoras Microrregionais começaram a funcionar. Em 25 de março de 1997, tomou posse a Comissão Intergestora da Microrregião Metropolitana, conforme registra o primeiro livro de atas dessa comissão.

TERMO DE POSSE
"Aos vinte e cinco dias do mês de março do ano de hum mil e novecentos e noventa e sete, o Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, Dr. Nélio Almeida dos Santos, empossou a Comissão Intergestora da Microrregião Metropolitana, criada de acordo com a Lei Estadual nº 5.341 e Resolução nº01/97 da Comissão Intergestores Bipartite, cujos membros subscrevem este Termo de Posse."

QUADRO 15 – 1997 – Termo de Posse da Comissão Intergestora da Microrregião Metropolitana

Fonte: CIM, 1997.

Para agilizar sua implantação no estado, a Secretaria de Saúde destacou um grupo de técnicos para atuar como coordenadores de macrorregião e outro grupo de técnicos para atuar como representantes da SESA em cada uma das microrregiões. Este conjunto de técnicos do estado atuava de forma organizada, estabelecendo conjuntamente o planejamento e a tomada de decisão sobre assuntos ligados à regionalização, encontrando-se mensalmente em reuniões de trabalho. Juntos, discutiam grandes projetos de saúde e a maneira como levá-los às microrregiões; realizavam a avaliação das microrregiões; capacitavam-se e, em consequência do trabalho conjunto, trocavam experiências, adquirindo cada um deles uma dimensão da atuação em outras regiões do estado diferentes daquela que acompanhava. Também eram organizados, eventualmente, Encontros das Comissões Intergestoras Microrregionais de Saúde, promovendo a articulação, o diálogo e a capacitação

conjunta dos secretários municipais e técnicos da SESA, permitindo maior interação entre os gestores.

Segundo a opinião dos entrevistados, a constituição de fóruns regionais e o estabelecimento da lógica de divisão da saúde em regiões, nesse período, apresentou vários pontos positivos. A secretaria estadual foi beneficiada pelo processo de organização dos municípios porque foram ampliadas as relações entre as duas esferas – o processo de aprendizagem foi intenso para todos, técnicos de municípios e do estado. Essa avaliação positiva ganha importância adicional por ocorrer num período em que o estado atravessava crise financeira e política. Os depoimentos dos entrevistados apontaram vários fatores positivos da experiência vivenciada nesse período:

> a) ampliação do diálogo entre municípios, troca de experiências, apoio mútuo na construção do SUS e na organização do sistema de saúde;
>
> b) fortalecimento dos gestores municipais, que se tornaram mais capacitados ao exercício de suas funções;
>
> c) fortalecimento e empoderamento dos gestores dos municípios pequenos que se fortaleceram e começaram a participar mais ativamente nas reuniões do COSEMS_ES, da CIB-ES, dialogando melhor com os pares representantes dos municípios maiores. Organizados, apresentavam visão de suas microrregiões baseadas em discussões prévias, "colocando-se de igual para igual com os municípios mais atuantes e que tinham mais verba, e que tinham mais conhecimento técnico e que podiam interferir. Houve uma coesão muito grande;
>
> d) fortalecimento dos municípios agrupados nas microrregiões, favorecendo as discussões do Pacto da Atenção Básica e dos processos de planejamento.

O Informe da Reunião da CIB-ES, de novembro de 1999, apresenta a notícia de que não estão mais ocorrendo reuniões das CIMs nas microrregiões, mas o presidente do COSEMS, ali presente, reforçou a necessidade da continuidade dessas reuniões e da presença tanto de representantes do estado como dos municípios. Um dos motivos sugeridos na reunião para explicar tal desmobilização foi a demora da nomeação de representantes da SESA para as CIMs. Um técnico da SESA presente, na tentativa de estimular a recuperação das CIMs enfraquecidas, enfatizou o quanto era importante que todos os assuntos, para terem representatividade, fossem discutidos primeiro na macrorregião e na microrregião e depois trazidos à CIB-ES. E sugeriu que o mesmo procedimento fosse adotado pelos consórcios.

A secretaria estadual passou a reforçar a importância dos espaços regionais daí em diante, tentando reverter o quadro. Dois exemplos dessa atitude podem ser citados:

a) a metodologia apresentada pela SESA, em janeiro de 2000, para realização da PPI, previa a simulação de programação por microrregião, para que os secretários municipais tivessem uma visão de como fazer a programação de um município e também de como fazer a pactuação nas microrregiões. Seriam realizadas reuniões de pactuação promovendo a programação nos níveis municipal, microrregional, macrorregional e estadual;

b) em fevereiro de 2000, informe da CIB-ES comunicava que o Secretário de Estado de Saúde estava percorrendo todos os municípios e regiões do estado, visando a conhecer melhor cada ponto e buscar soluções para os problemas do sistema de saúde. O próprio secretário enfatizou, na reunião da CIB de novembro de 1999, a importância do bom funcionamento das microrregiões para garantir o fortalecimento das discussões relacionadas à PPI. Esse trabalho no estado antecipava a proposta de regionalização da NOAS que seria divulgada nacionalmente nos meses seguintes.

Supomos que pode ter havido algum descompasso no período – fins da década de 2000 – entre o que o governo normatizava e o que de fato acontecia na prática nas comissões microrregionais. Observamos que embora a resolução da CIB-ES que criou as essas comissões datasse de 1997, somente em 2000 foram oficializados, através da Portaria nº 198, de 8 de dezembro de 2000, os nomes dos servidores estaduais que fariam o acompanhamento das regiões. Curioso o fato de que essa portaria saiu quando já se confirmava a fragilidade da microrregionalização.

Ao longo do ano 2000, provavelmente em decorrência da dimensão dos problemas econômicos e políticos enfrentados pelo governo estadual (ESPÍRITO SANTO, 2005), as mudanças de gestores estaduais da Saúde e a realização de eleições municipais, houve descontinuidade da proposta de microrregionalização, o fim das reuniões das CIMs e a perda daquele espaço de articulação e diálogo entre os municípios e entre estes e o estado. Outros fatores sugeridos pelos entrevistados foram a existência de descontentamentos entre representantes estaduais nas CIMs e secretários municipais e a dúvida que existia quanto ao grau de institucionalização dessas comissões. Daí em diante, foram os consórcios que permitiram que

continuasse a ocorrer o diálogo intermunicípios, até que fosse retomado um movimento de reinvenção das comissões microrregionais em 2004.

3.3.2 As Comissões/Colegiados Intergestores Bipartite Microrregionais – CIB Micros (2004 e 2007)

Um novo movimento de valorização das relações intergestores nos níveis microrregionais surgiu em 2004 no Espírito Santo. As diretrizes da NOAS 01/01 e, em seguida, da NOAS 01/02, enfatizavam a organização descentralizada do sistema de saúde e o estímulo à regionalização. No estado, a proposta concreta de retomada do fortalecimento das relações intergestores surgiu a partir de um estudo de dois técnicos preocupados com a gestão da Saúde no município de Colatina, as dificuldades lá enfrentadas nas relações entre estado e município e a fragilidade existente no próprio município e na região.

Os profissionais identificaram a necessidade de elaborar um mecanismo de gestão intergovernamental que fortalecesse as relações intergestoras naquela região, porque Colatina era um município-polo na região, e a partir das diretrizes da NOAS 01/02, deveria consolidar-se como referência para os demais municípios da microrregião e outros. Eles desenvolveram a proposta de criação das Comissões Intergestoras Bipartites Microrregionais, instâncias microrregionais de negociação, pactuação e deliberação das ações e serviços de saúde, cujas deliberações deveriam ser consensuadas entre os municípios que as compunham. Este trabalho foi desenvolvido em consonância com os novos projetos e a nova visão da Secretaria de Estado da Saúde, pautada no trabalho de consultorias especializadas contratadas, atuando junto ao seu corpo técnico no projeto "Construindo o SUS no Espírito Santo".

O estudo foi apresentado à Secretaria de Estado da Saúde, ao Conselho Estadual de Saúde, à Secretaria Executiva da CIB-ES, ao prefeito de Colatina, ao secretário municipal de Saúde de Colatina, e a institucionalização de sua proposta foi sendo garantida com a aprovação de todos. O passo seguinte foi obter a aprovação dos membros da CIB-ES e do COSEMS (CANNI; GUZZO, 2004). Neste novo processo de criação de espaços microrregionais, foi considerada a divisão

regional do Plano Diretor de Regionalização da saúde do estado – o PDR 2003, que identificava oito CIBs Microrregionais.

A apresentação da proposta de organização das CIBs Microrregionais em reunião da CIB-ES aconteceu em janeiro de 2004. Houve a proposta conjunta de providenciar uma nova redação para o regimento Interno da CIB-ES que contemplasse as microrregionais. Em fevereiro, após apresentação de diferentes propostas, a CIB-ES aprovou a composição das CIBs Microrregionais com quatro secretários municipais de Saúde e quatro membros do nível estadual. A superintendente regional de Saúde de Colatina assumia o compromisso de auxiliar na implantação das CIBs Microrregionais nas demais microrregiões.[29]

[29] ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução nº 342/04.

COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE MICRORREGIONAL
* NATUREZA
Instância microrregional de negociação, pactuação e deliberação das ações e serviços de saúde, sendo suas deliberações sempre sujeitas à homologação da CIB Estadual e baseadas na Legislação vigente.
*FINALIDADE
A CIB microrregional deverá assegurar a articulação entre as esferas de governo, garantindo que o modelo de gestão descentralizado e regionalizado constitua um sistema integrado de ações e serviços de saúde;
A CIB microrregional se reunirá para analisar as ações e serviços propostos pelos municípios, pela SESA, CES e CIB, e para definir como executá-los no âmbito microrregional;
As questões de abrangência além do território microrregional, ainda que de seu interesse, deverão ser submetidas à CIB Estadual.
* COMPETÊNCIAS
À CIB microrregional compete: - cumprir e fazer cumprir as deliberações da CIB Estadual, bem como os acordos firmados na instância microrregional, sendo que estes acordos não poderão se opor às decisões da CIB Estadual. - organizar um sistema integrado de saúde, a partir da demanda por serviços de saúde, buscando atender às necessidades identificadas no âmbito microrregional; - planejar e pactuar cooperativamente as ações de saúde, bem como sua programação física, orçamentária e financeira, definindo as responsabilidades municipal, intermunicipal e microrregional, através da Programação Pactuada e Integrada; - analisar, dar parecer e encaminhar assuntos de natureza técnica-administrativa, propostos pelos gestores de saúde; - acompanhar o impacto das ações e serviços de saúde, estabelecidos a partir das pactuações bipartites; - apreciar quaisquer assuntos que lhe forem submetidos, referentes à saúde no sistema microrregional; - encaminhar à CIB Estadual, para apreciação e aprovação, as conclusões, pactuações e deliberações da CIB microrregional, formalizadas pelo Presidente da instância, em ato oficial; - propor alterações no processo de organização microrregional, considerando perfil epidemiológico e legislação vigente; - definir propostas para Assistência Farmacêutica no âmbito microrregional; - opinar sobre contratos e convênios que envolvam assistência de saúde na microrregião; - planejar ações de prevenção e educação em saúde, observando as realidades locais; - discutir, pactuar e avaliar o Pacto da Atenção Básica; - promover encontros macrorregionais, como forma de articulação entre as CIB´s microrregionais, visando acompanhamento e avaliação periódicos das ações e serviços de saúde no âmbito Regional.
FUNCIONAMENTO
A CIB microrregional será paritária, constituída por: - 04 (quatro) Secretários Municipais de Saúde da microrregião, eleitos em assembleia do COSEMS, sendo que o Secretário Municipal de Saúde do município polo da microrregião terá representação garantida; - 04 (quatro) representantes da SESA, indicados através de ato oficial pelo Secretário de Estado da Saúde. A CIB microrregional contará com uma Câmara Técnica Microrregional paritária, constituída por: - 03 (três) técnicos municipais, eleitos em assembleia do COSEMS, entre os municípios que compõem a microrregião; - 03 (três) técnicos da SESA, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, através de ato oficial. A CIB Microrregional e sua Câmara Técnica deverão possuir membros suplentes. A Secretaria Executiva da CIB Microrregional terá sede no município polo da microrregião e será composta por um técnico deste município e um técnico da SESA, sendo este indicado pelo Secretário de Estado da Saúde. A Secretaria Executiva da CIB Microrregional deverá se articular com a Secretaria Executiva da CIB Estadual. O Regimento Interno da CIB Microrregional deverá ser elaborado por uma equipe composta por um membro de cada Comissão Intergestora Microrregional, devendo o mesmo respeitar as competências oficializadas nesta Portaria e no Regimento Interno da CIB Estadual.

QUADRO 16 – 2004 - Proposta de configuração de Comissões Intergestoras Bipartites Microrregionais

Fonte: Canni e Guzzo (2004).

Em maio, surgiu a proposta do Grupo de Trabalho sobre Regionalização, formado na Secretaria de Estado da Saúde, de transformar as CIBs Microrregionais em instâncias participativas e não apenas representativas. A ideia foi apresentada ao longo do processo de implantação das comissões, quando alguns municípios manifestaram interesse e o GT levou a proposta à reunião do COSEMS-ES, em seguida encaminhada para aprovação na CIB-ES, onde foi aprovada. A Resolução da CIB-ES nº 342, de junho de 2004, formalizou a constituição das comissões microrregionais, estabelecendo a participação de todos os gestores municipais de cada microrregião, além dos quatro representantes estaduais já previstos desde a primeira proposta. Pela resolução, compete à CIB Microrregional, dentre outras funções:

- Planejar, pactuar e avaliar cooperativamente os serviços de saúde, constantes de:
  a) Pacto da Atenção Básica;
  b) PPI da Assistência;
  c) PPI da Vigilância em Saúde;
  d) Pacto da Assistência Farmacêutica;
  e) Programações físicas, orçamentária e financeira da microrregião conforme definições no PDR.
- Organizar e operacionalizar as redes de atenção à saúde, segundo os critérios estabelecidos no PDR.
- Promover encontros semestrais em nível macrorregional, como forma de articulação entre as CIBs Microrregionais, visando ao acompanhamento e avaliação periódicos das ações e serviços de saúde no âmbito regional.

Nas reuniões da CIB Estadual, era reservado um momento no início da sessão para a homologação de resoluções vindas das CIBS Microrregionais, mas a primeira ocorrência se deu apenas em novembro de 2005, quando foram encaminhadas à CIB-ES para homologação as Resoluções nºs 01 e 02 da CIB Micro Colatina.

Com o objetivo de concluir o ano de 2005 com todas as CIBs Microrregionais funcionando, foram planejadas oficinas de organização das microrregiões. No planejamento inicial, seriam 32 oficinas em todas as microrregiões, com o objetivo de conseguir a adesão dos gestores e profissionais de saúde aos projetos

prioritários: Pró-vida (para redução da mortalidade infantil e materna), Família Saudável (conjunto de estratégias para fortalecimento do PSF); e ainda, CIBs Micro (para implementação microrregional da Comissão Intergestores Bipartite. Com isso, o secretário estadual de Saúde, Anselmo Tozi, declarou na época esperar que, com essas oficinas, "cada microrregião seja capaz de planejar a organização de uma rede de serviços resolutiva e integrada num processo permanente de mobilização social dos gestores municipais e estadual, profissionais de saúde e sociedade organizada" (ESPÍRITO SANTO, 2005b).

As oficinas de trabalho seriam realizadas para que "os membros das CIBs estejam com conhecimento do papel desses colegiados bipartites, no desempenho da política de saúde, no monitoramento e avaliação das ações em cada espaço territorial". O material de apoio às oficinas apresentava como objetivo que, ao final das oficinas, "cada microrregião seja capaz de planejar saúde com visão integral, tendo como prioridade a atenção primária e suas referências, garantindo a resolubilidade das ações com compromisso solidário de melhorar a qualidade de vida da população de sua abrangência." (ESPÍRITO SANTO, 2005a)

A primeira oficina foi realizada na Macrorregião Norte em setembro de 2005, em dois dias de trabalho e com a inclusão do projeto Pró-Vida, visando à valorização do atendimento à mulher e à criança. O processo de trabalho nas oficinas envolvia estudos de casos hipotéticos e casos ocorridos nos municípios, e análise da legislação afim, extraindo-se encaminhamentos e propondo que em cada microrregião a prioridade fosse a constituição da rede de atenção da mulher e a criança (ESPÍRITO SANTO, 2005c). O material de apoio elaborado foi intitulado "Construindo o SUS-ES - Um pacto pela saúde no Espírito Santo - Oficinas Microrregionais – 2005" e dividia-se em dois guias: "Guia do Facilitador" e "Guia do Participante para Implantação das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais". Os casos hipotéticos estudados pela oficina foram pensados e construídos pelos profissionais da SESA, e o material foi elaborado com o apoio de consultoria externa.

Nas Macrorregiões Centro e Sul, não foram realizadas as oficinas de microrregionalização. Vários fatores contribuíram para que, ao final de 2005, houvesse um novo arrefecimento desse movimento de fortalecimento da regionalização: eleições e troca dos gestores municipais; afastamento de certos

técnicos estaduais que vinham acompanhando o trabalho; afastamento das superintendências de técnicos e superintendentes envolvidos com a proposta; novos técnicos representando o nível estadual e novos secretários municipais desconhecedores da questão, que não valorizaram a microrregionalização e a importância de todo o processo de regionalização; e a inexistência de uma instância macrorregional.

Embora houvesse dificuldades de mobilização, de sensibilização e falta de capacitação técnica, as reuniões das comissões continuaram acontecendo, e a construção do espaço de interação e pactuação teve continuidade. Em outubro de 2007, foi realizada no estado uma oficina coordenada pelo Ministério da Saúde para apresentar a proposta dos Colegiados de Gestão Regional. No Espírito Santo, a proposta era transformar as CIBs Micro em colegiados, cumprindo assim um dos requisitos do Pacto pela Saúde. Os colegiados foram definidos no estado com caráter participativo e consensual, com a participação todos os secretários municipais da microrregião e de quatro representantes do nível estadual indicados, sendo um deles o próprio Superintendente Regional de Saúde, membro nato. Pela proposta do Ministério, cada colegiado constituído receberia R$ 20.000,00 anuais.[30]

> Com a mudança de nome para Colegiado praticamente não houve mudança na atuação das CIB Microrregionais, só formalizou, para adequar aos processos do Ministério, mas já tínhamos aqui os mesmos processos descentralizados, com um representante da CIB estadual na região. Não mudou nada, só mudou o nome para Colegiado. Em dois Colegiados mudaram os coordenadores. No Regimento Interno foram feitas algumas mudanças, porém mudanças mínimas, não relevantes. (E01)

Entre os oito Colegiados, há três casos – Vitória, Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí – em que a coordenação não é feita pelo superintendente regional. Em Vitória, o secretário municipal de Saúde é o coordenador, e em Cachoeiro e Guaçuí quem coordena é um técnico da Superintendência Regional, ex-superintendente e muito atuante no processo de construção dos espaços de articulação microrregionais do sul do estado. Nos demais colegiados, os superintendentes regionais são os coordenadores, mantendo a cultura do modelo anterior.

[30] ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite. Relatório Técnico de reunião extraordinária da CIB/MICRO-VITÓRIA/SUS-ES realizada em 26 de outubro de 2007.

COLEGIADOS MICRORREGIONAIS	COORDENAÇÃO
CIB Micro Vitória	Sec. Mun. Saúde de Vitória
CIB Micro Vila Velha-Venda Nova do Imigrante	Superintendente Regional Vitória
CIB Micro Serra-Santa Teresa	Superintendente Regional Vitória
CIB Micro Colatina	Superintendente Regional Colatina
CIB Micro Linhares	Superintendente Regional Colatina
CIB Micro São Mateus	Superintendente Regional São Mateus
CIB Micro Cachoeiro de Itapemirim	Técnico da Superintendência Regional Cachoeiro
CIB Micro Guaçuí	Técnico da Superintendência Regional Cachoeiro

QUADRO 17 – 2009 - Colegiados de Gestão Microrregional da Saúde no Estado do Espírito Santo e coordenadores

Fonte: Comissão Intergestores Bipartite

De acordo com a Ata da reunião ordinária do CIB Micro Vitória realizada em 28 de fevereiro de 2008, no ponto de pauta de número 3, houve escolha do novo coordenador do Colegiado, e a responsabilidade até então da Superintendência Regional passou para o secretário de Saúde de Vitória:

> **3) Eleição da coordenação da CIB Micro Vitória e Escolha da Secretaria Executiva;**
>
> Foi explanado um breve histórico do papel da CIB MICRO e sua finalidade e a mudança da nomenclatura, assim como o novo regimento traz a proposta que a coordenação necessariamente não precisa estar sob a direção da Secretaria Estadual de Saúde, através de suas Superintendências Regionais. A Superintendência expôs seu interesse para continuar na coordenação da CIB, uma vez que e sabedora das dificuldades que esta CIB vem enfrentando desde a sua implantação, e que se faz necessária uma linha trabalho de parceria, conscientização e reestruturação no que diz respeito a sua representativa, para que possamos avançar nos processos de pactuação, informou ainda que está em fase de entrega de um espaço físico com infraestrutura completa incluindo máquinas, equipamentos e mobílias exclusivas para funcionamento da CIB, que contará com apoio administrativo e da Secretária Executiva. Entretanto o município de Vitória também pleiteou a coordenação, onde expôs que o município possui um bom relacionamento com os demais e que possui suporte técnico e estrutural para oferta, e que seria bom, até mesmo como experiência ter o município como articulador microrregional. Diante a exposição de ambos os pleiteadores os demais secretários e representantes presentes ratificaram a proposta do município de Vitória, que após discussão foi consenso, que a Coordenação da CIB Micro Vitória, seja conduzida pelo município. Sendo o seu coordenador o Secretário Municipal de Saúde, o qual ficará responsável de fazer a indicação da secretária executiva, ficando com a suplência o representante da Regional Vitória. (ESPÍRITO SANTO, fev 2008)[31]

A experiência recente da Microrregião Vitória, em que a coordenação está no nível municipal, tem mostrado a possibilidade de ampliação do papel municipal na tomada de decisão sobre a implementação do SUS no estado. Assumindo a função de coordenação, o município é instigado a participar mais, se envolver, apresentar propostas, não ficar apenas como observador de diretrizes tomadas exclusivamente

[31] ESPÍRITO SANTO. Comissão Intergestores Bipartite Microrregional Vitória. Ata da reunião ordinária da CIB-ES realizada em 28 de fevereiro de 2008.

pelo nível estadual na condução das políticas de saúde. Por outro lado, esta mesma experiência do CIB Micro Vitória teve duas variáveis ao longo de 2008 que prejudicaram seu andamento e o diálogo na relação bipartite estado-município para a articulação com relação à tomada de decisão da saúde: (a) a mudança do superintendente regional e (b) a ausência dos representantes estaduais em algumas reuniões.

A avaliação feita pelo nível estadual sobre o funcionamento dos colegiados é de que eles têm proporcionado avanços na relação da SESA com os municípios, permitindo à SESA: melhoria da capacidade de articulação; melhor e maior conhecimento da realidade dos municípios; aumento do conhecimento da situação de saúde regional, com participação mais efetiva do estado em todas as decisões referentes à saúde da microrregião; e acompanhamento estadual mais próximo das atividades e serviços desenvolvidos pelos municípios.

Por outro lado, apontam-se as fragilidades existentes: falta de capacitação dos membros titulares e da câmara técnica; a não-efetivação da reestruturação e do fortalecimento das Regionais, principalmente em relação à estrutura física e à carência de recursos humanos; a concentração do conhecimento técnico na SESA, dificultando o planejamento, organização e tomadas de decisões em nível microrregional e a desestruturação física e de capacidade técnica das Superintendências Regionais (ESPÍRITO SANTO, 2008b)

A consolidação dos espaços de articulação e negociação microrregional é um desafio para a implementação do SUS e para as políticas de saúde, que buscam valorizar a pactuação, a participação e a cooperação federativa. No estado do Espírito Santo, tem havido um esforço de vários profissionais dos níveis estadual e municipal no sentido de valorizar o processo de fortalecimento da regionalização, mas há clara necessidade de ampliar a sensibilização para que os colegiados bipartites, tanto o estadual quanto os microrregionais, possam atuar e contribuir para o desenvolvimento da gestão da saúde no estado e para a promoção da qualidade de vida na sociedade.

3.4 **Aspectos atuais da regionalização e das relações intergestores: Lei nº 317/04, Pacto pela Saúde, redes de atenção**

> O processo principal é regionalizar, só que todo mundo tem que aceitar, não só secretários como os prefeitos, o governador; tem que estar todo mundo falando a mesma linguagem. (E15)

O processo desencadeado nos últimos cinco anos para o desenvolvimento do SUS no Espírito Santo tem apresentado como grande bandeira a necessidade de ampliação da oferta em todas as regiões do estado, em especial da atenção terciária, somada ao incentivo à ampliação da atenção primária oferecida pelos municípios. Um marco do pontapé inicial de demonstração do interesse do estado na regionalização da saúde foi a formalização, em lei, do modelo assistencial proposto, que enfatizava esta questão.

As diretrizes da NOAS 01/02, portanto, foram colocadas em lei complementar estadual, a Lei nº 317/2004, firmando o compromisso do sistema estadual de saúde com a regionalização. O artigo 2° da referida lei afirma que "O modelo assistencial de saúde do estado do Espírito Santo é regido pelas seguintes orientações estratégicas: I - descentralização, com microrregionalização; II - estruturação a partir da atenção primária; e III - organização de sistemas integrados de serviços de saúde." Nos artigos 7° e 8°, complementando o artigo 2º sobre a regionalização:

> Art. 7º A atenção à saúde no âmbito do SES é oferecida à população sob forma descentralizada, mediante a organização do território do Estado em regiões e microrregiões, em conformidade com as orientações estratégicas que constam do artigo 2º desta Lei Complementar.
>
> Art. 8º A regionalização e a microrregionalização consiste do planejamento, organização, coordenação, execução e controle da atenção à saúde embasada nas orientações contidas nos incisos:
>
> I - garantia de acesso;
>
> II - economia de escala e de escopo;
>
> III - dispersão da atenção primária à saúde;
>
> IV - critério epidemiológico.

O Plano Estadual de Saúde 2004-2007 anunciava que a Secretaria de Estado de Saúde estava em processo de desenvolvimento institucional, quando seriam definidos sua missão, visão e valores, e que também estavam em curso mudanças com vistas à implementação efetiva do SUS nos Espírito Santo. A proposta do plano

era gerar condições para a construção de um novo modelo assistencial para o estado, que se daria mediante a implementação de sistemas integrados de serviços de saúde baseados na microrregionalização e tendo a atenção básica como porta de entrada e organizadora dos demais níveis do sistema.

Os reflexos da atuação da gestão estadual da saúde em busca de aplicação de um novo modelo para a saúde no estado começaram a aparecer já com a habilitação do estado em Gestão Plena do Sistema Estadual, de acordo com a NOAS 01/02, ao final de 2004, e com uma série de movimentos internos à Secretaria Estadual, na sua organização, e externos com a busca de melhoria da gestão hospitalar, criação de projeto de investimentos na atenção básica beneficiando muitos municípios e preparação da modelagem das redes de atenção à saúde.

Desde 2007, a gestão estadual da saúde do estado do Espírito Santo e a gestão dos municípios vêm-se organizando para se adequar ao Pacto pela Saúde através da elaboração e encaminhamento para homologação dos Termos de Compromisso de Gestão. No processo de pactuação, há um avanço na transferência de responsabilidade para o nível municipal de ações e serviços historicamente assumidos pelo nível estadual. No Pacto pela Saúde, torna-se exacerbada a preocupação apresentada, ainda em 2003, por Marta Arretche, com relação à fragilidade dos mecanismos de responsabilização dos governos locais. Para ela, "não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência" (ARRETCHE, 2003, p. 334). O avanço dos mecanismos de pactuação e cooperação apresentados nos últimos anos para a implementação do SUS podem ser consequência da ampliação das relações federativas no SUS operadas por uma complexa estrutura institucional.

Em relatório preparado pela SESA sobre a adesão dos municípios ao pacto, até o início de 2009, dentre aqueles que haviam realizado suas pactuações, já homologadas no Colegiado Intergestores Bipartite estadual (CIB-ES) e no Colegiado Intergestores Tripartite (CIT), os principais exemplos de transferência de gestão do nível estadual para o municipal são apresentadas no quadro 18, a seguir.

Município	Transição da gestão estadual para municipal	Prazo
Alf. Chaves	Laboratório, Sociedade Pestalozzi e do Sindicato Rural	01/ 2009
Baixo Guandu	Laboratórios, Clínicas de Fisioterapia e da Odontológica	12/2009
Cariacica	CR-DST Aids, US Jardim América, Laboratório Cremasco e LCR Analises Clinicas	01/2009
G. Lindenberg	Laboratório	07/ 2010
Guarapari	Hospital São Judas e do Hospital N.S. da Conceição	06/ 2009
Iconha:	Centro de Especialidade e da US Iconha	05/ 2009
Irupi	Comando Único do Laboratório de Irupi	03/ 2009
Itaguaçu	Hospital N.S. da Boa Família e da US Itaguaçu	03/2009
Itarana	Hospital São Braz, Laboratório e Clínica de Fisioterapia	12/2009
J. Monteiro	CEO, Clinica Odont. Doctor Smil e a Clinica de Fisioterapia	06/2009
Muniz Freire	Clínica, Laboratórios, APAE e a Santa Casa	12/2009
Pinheiro	Hospital de Pinheiro	07/ 2009
Rio N. do Sul	Laboratórios e Clinica de Fisioterapia	12/ 2008
São Gabriel da Palha	Laboratórios e da Fundação Hospitalar Social Rural	03/ 2009
Sooretama	Laboratório, Centro de Fisioterapia e o C. S. Geraldo Inácio	12/ 2009
Vila Velha	CAPS, Hospital de Cobilândia e os Laboratórios: Flama, São Lucas e Labortel	10/ 2008
Vitória	APAE, Laboratórios, Clínicas Radiológicas e SCAV	08/ 2008
Pactuação em fase homologação na CIB-ES		
Iuna	Alpha Diagnóstico, Laborat. Rio Pardo, APAE e a Santa Casa	12/ 2009
São Roque do Canaã	Laboratório e SERV MED	03/2009

QUADRO 18 – Espírito Santo - Pacto pela Saúde: pactuações de transferência de gestão do nível estadual para o nível municipal

Fonte: PACTO DE GESTÃO MUNICIPAL – Relatório de Pactuação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, SESA-ES, 2009.

Os referenciais de pactuação considerados pela Secretaria de Estado de Saúde levaram em conta os seguintes pontos:

- *A flexibilização no Comando Único*: com isso, considerando-se as particularidades municipais, para aqueles municípios ainda habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) pela NOB/96, criou-se a alternativa de que fizessem a opção dentro das suas possibilidades em assumir o Comando Único, escolhendo pela forma integral ou gradual.
- Previsão de implementação (modelagem desenvolvida ao longo de 2008) em 2009 da *rede de atenção à saúde da mulher e da criança* na macrorregião de saúde Macro Norte.
- Previsão de implementação (modelagem iniciada em 2008) em 2009 da *rede de atenção de urgência e emergência* na macrorregião de saúde Macro Centro.
- previsão de implementação da primeira central do *Complexo Regulador* do estado, em abril de 2009.

- existência de *três municípios com gestão do sistema municipal porém onde há prestadores de serviços gerenciados pela Secretaria Estadual e que continuarão sendo gerenciados pelo nível estadual*. São eles:

a) Barra de São Francisco (Prestador: Hospital Santa Rita)

b) Colatina (Prestadores: Hospital Silvio Avidos, Centro Regional de Especialidades e Hemonúcleo)

c) São José do Calçado (Prestador: Hospital São José)

O processo de construção dos Termos de Compromisso de Gestão do estado e dos 78 municípios iniciou-se em 2007 e continuou em 2009. Este processo tem sido acompanhado e articulado por ações da Secretaria de Estado de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, do Ministério da Saúde, do COSEMS e do Colegiado Intergestores Bipartite estadual.

A secretaria estadual criou um Núcleo de Apoio à Descentralização da Gestão da Saúde, em fevereiro de 2008, para estreitar laços entre estado e município e possibilitar uma atuação mais forte do nível estadual com relação aos municípios, especialmente no processo de adesão destes ao Pacto pela Saúde. Com o apoio técnico das Superintendências Regionais de Saúde e com a participação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo (COSEMS-ES), esse núcleo agendou reuniões em cada município e um trabalho conjunto foi desenvolvido ao longo de 2008 e continuado em 2009, objetivando um avanço nas pactuações.

Com todo esse processo, atualmente o percentual de municípios que aderiu ao pacto no estado é superior ao registrado na maioria dos estados brasileiros, já que tem havido uma série de dificuldades no nível nacional para esta adesão municipal. No Espírito Santo, 80% dos municípios já estão com o TCG publicados. O estado ocupa a 8ª posição em percentual de municípios que já aderiram ao Pacto pela Saúde, resultado fruto de trabalho intenso e articulado entre o Núcleo de Apoio à Descentralização da Secretaria Estadual, a CIB estadual, as CIBs microrregionais, as Superintendências Regionais de Saúde, o COSEMS-ES e a cooperação técnica com o Ministério da Saúde.

TABELA 7 – Brasil. Municípios com adesões ao Pacto pela Saúde publicadas, fevereiro/2010

UF	Nº MUNICÍPIOS	Nº DE ADESÕES	%
MS	78	78	100,0%
PR	399	399	100,0%
SP	645	644	99,8%
CE	184	181	98,4%
RN	167	164	98,2%
MG	853	798	93,4%
RO	52	43	82,7%
ES	**78**	**63**	**80,7%**
MT	141	101	71,6%
AL	102	60	58,8%
SC	293	162	55,3%
RR	15	8	53,3%
GO	246	124	50,0%
MA	217	99	45,6%
RJ	92	38	41,3%
TO	139	53	38,2%
PB	223	84	37,7%
BA	417	90	21,6%
AC	22	4	18,2%
PE	185	10	5,4%
PA	143	4	2,8%
AM	62	1	1,6%
PI	224	3	1,3%
RS	496	1	0,2%
AP	16	0	0,0%
SE	75	0	0,0%
TOTAL	5564	3212	56,9%

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria Técnica - Comissão Intergestores TRIPARTITE
Atualizado em 28/02/2010.

Esse Núcleo de Apoio à Descentralização foi pensado inicialmente como sendo o espaço dentro da secretaria estadual que agregaria a missão da SESA de articular suas ações com os municípios, e que sempre teve essa relação muito dispersa nos diferentes programas e setores. Historicamente, várias iniciativas de descentralização são tomadas dentro da SESA em áreas temáticas que não conversam, que não interagem. O núcleo fortaleceria a atuação da SESA sobre o processo de descentralização e de sobre a relação dela com os municípios, e criaria

um estímulo à mudança de visão centralizadora institucional, presente no modo de agir de muitos técnicos e repercutindo no modo de implementar vários projetos.

Verificou-se que seria adequado estabelecer este núcleo de apoio à descentralização dentro da estrutura da gerência de planejamento, pois assim o próprio processo de planejamento institucional teria que assumir este novo olhar e provocaria os demais setores e pessoas a pensarem o sistema de forma desconcentrada e descentralizada. Isso significa dizer que, além de se preparar para levar um papel de coordenação e de assessoria até a ponta do sistema, até os municípios, e melhorar sua articulação com eles, a secretaria estadual, nos últimos anos, tem tido que enfrentar o desafio de assumir a defesa da descentralização.

A proposta inicial para o núcleo é robusta, como reproduziremos abaixo, e sua implementação tem-se dado com alguns pontos muito positivos e diversos desafios, juntos às dificuldades do caminhar como, por exemplo, a falta de estrutura física adequada e, principalmente, a falta de uma equipe de profissionais destinados à causa do apoio à descentralização, integrando o núcleo. Os êxitos, sem dúvida alguma, foram alcançados pelo esforço redobrado de quem tem estado à frente do trabalho no núcleo, na maior parte do tempo desde a sua criação realizado apenas por um técnico.

Na *Nota Técnica* preparada inicialmente para o gestor estadual com a proposta do núcleo, constavam os seguintes objetivos previstos:

a) incentivar a cultura de participação, articulação, interação e intercâmbio entre os diversos setores da SESA e destes com os gestores municipais de saúde de demais parceiros externos;
b) propiciar o desenvolvimento de iniciativas conjuntas que fortaleçam a gestão descentralizada do SUS em direção aos municípios e/ou regiões de saúde;
c) intensificar a cultura de cooperação e apoio técnico aos municípios e permitir maior visibilidade dos problemas e desafios existentes na gestão descentralizada da saúde;
d) adotar atitudes proativas para negociação e pactuação de ações descentralizadas, oportunizadas pelos Termos de Compromisso de Gestão Municipais;
e) desincumbir, gradualmente, a SESA de operações finalísticas para assumir efetivamente seu papel de reguladora do sistema;

f) buscar novas alternativas de gestão para a descentralização dessas operações.

O documento solicitava a instituição formal do núcleo por meio de portaria, o estabelecimento claro pelo gestor estadual de qual seria a autonomia do núcleo para negociar e pactuar os avanços da descentralização, e definia os recursos necessários para seu funcionamento: a estrutura física, três técnicos de nível superior e dois profissionais para apoio administrativo, além do transporte para as regiões, quando necessário. A SESA tem o desafio de definir claramente quais são as atribuições do núcleo, "qual o papel dele e como ele vai atuar, para saber como será sua atuação junto com as Regionais, como ele deixará de ser operacional e passará a ser mais estratégico." (E06). O núcleo deverá se adequar às mudanças recentes na organização do SUS, como a implantação do SISPacto, o uso dessa ferramenta pelas superintendências para a realização do monitoramento das microrregiões, e a questão das redes de atenção à saúde, que provocará mudanças tanto no modelo de atenção à saúde ofertado quanto na governança do sistema.

Houve um grande estímulo inicial para a formalização do núcleo, devido ao elevado grau de dificuldade apresentado pelos municípios em 2007 e início de 2008, para prepararem seus termos de compromisso de gestão do Pacto pela Saúde. Ao longo do processo de preparação dos termos, muitas dúvidas e dificuldades foram surgindo, não somente dentro dos municípios, mas também na relação destes com a SESA e com o Ministério da Saúde. Todos os termos enviados para a Comissão Intergestores Tripartite em Brasília, em 2007, foram devolvidos em razão de inconsistência. Depois disso, o município de Vitória optou por buscar sua pactuação isoladamente, já que dispunha de toda a documentação organizada, e teve seu termo homologado em janeiro de 2008.

O Pacto pela Saúde forçou o nível estadual a ampliar sua atuação na condução e coordenação do processo de descentralização, assumindo frentes que não existiam anteriormente, o que trouxeram mudanças para a relação estado-município. Observamos que houve elogios de gestores municipais com relação a esse novo cenário, que parece possibilitar a construção de um canal de comunicação entre estado e municípios inexistente anteriormente.

> Um dos grandes avanços da gestão estadual na saúde no processo de descentralização foi a criação do núcleo de descentralização da SESA porque agora a gente tem, "vamos falar de descentralização, vamos ligar pro núcleo", então quando a gente tinha alguma demanda aqui a gente sempre mandava pra outros setores, rodeava muito na secretaria porque a gente não sabia pra quem

> direcionava, então hoje a gente já sabe, trata de descentralização, de todo esse processo, já tem um núcleo que a gente está procurando, então é um grande avanço. (E15)

Também houve gestores que discordaram com a forma como o estado tem atuado recentemente, pois entendem que a tomada de decisão deve ser conjunta, bipartite, e não o estado apresentar propostas já elaboradas para os municípios acatarem ou não. Tal constatação se refere em especial ao modo como a secretaria estadual tem conduzido o processo de construção e modelagem das redes de atenção, apresentando um referencial para a partir dali envolver os municípios para trabalhar. O estado tem fragilidades para assumir seu papel de coordenador, e o município, dado o histórico de omissão do estado, não aceita que o processo seja conduzido pelo estado.

Os documentos *Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos* e *Plano Diretor de Regulação, Controle e Avaliação*, aprovados para compor os pré-requisitos do estado ao pleito de habilitação em gestão plena pela NOAS 01/02, nortearam a política de saúde presente até o momento. Suas diretrizes se voltam para o fortalecimento dos municípios, organizados em microrregiões, e para a organização de sistemas integrados de serviços de saúde. A integração se daria por meio das redes de atenção, voltadas para a garantia do acesso da população a serviços e ações com integralidade e resolubilidade, fortalecendo a estruturação a partir da atenção primária.

Para a modelagem das redes, os serviços de saúde devem ser organizados de modo a permitir o acesso da população à atenção primária em saúde e aos outros níveis de atenção. A sugestão do Pacto pela Saúde é de que a implantação de redes assistenciais aconteça, primeiramente, com a constituição da rede da mulher e da criança e da rede de urgência e emergência, às quais devem ser agregadas outras redes, mediante critério de prioridade. De acordo com o planejamento feito da Secretaria de Estado de Saúde, o estabelecimento das redes aconteceria após a elaboração e implementação de protocolos e linhas-guia.

O ano de 2008 foi considerado "o ano das redes de atenção" no Espírito Santo. Em maio, a secretaria estadual, conduzindo a proposta, organizou evento de três dias para apresentar as redes de atenção. Reuniu em hotel da região serrana do estado gestores e técnicos estaduais, gestores e representantes dos municípios, representantes do Ministério Público, dos hospitais filantrópicos, do Conselho

Estadual de Saúde, diretoria do COSEMS.[32] Nesse encontro já foram capacitados os primeiros facilitadores que atuariam nas redes que seriam criadas macrorregionalmente.

A partir daí, começaram a ser realizadas as oficinas de modelagem das redes assistenciais nas regiões, começando pela rede de atenção à mulher e à criança[33] da Macrorregião Norte. A Macro Norte apresenta elevados índices de mortalidade materna e infantil e é a região que mostrava até então os maiores vazios assistenciais. Para a rede da mulher e da criança, foram realizadas quatro oficinas de modelagem, com participação do nível estadual e de todos os municípios no processo; o passo seguinte foi a constituição de comitês para definir os pontos de atenção.

Na Macrorregião Centro, foram feitas as primeiras reuniões de sensibilização, em 2008, para a constituição da rede de urgência e emergência que atuaria em duas frentes: trauma e cardiovascular.[34] A Gerência de Normalização da Secretaria Estadual está à frente desse processo e as Superintendências Regionais das macrorregiões envolvidas atuam como articuladoras com os municípios. Todo o trabalho é desenvolvido a partir da assessoria de consultores externos. Há grande expectativa de que a rede de atenção à mulher e à criança contribua muito para a redução dos índices de mortalidade, índice de câncer de colo de útero, índice de câncer de mama, índice de gravidez de risco e de uma melhoria do sistema de saúde em geral naquela região.

Acreditamos que a reorganização do sistema de saúde no estado do Espírito santo tem vários desafios a enfrentar. Pudemos observar, nas entrevistas, que há resistência de alguns gestores municipais em aderir ao modelo de implementação de redes escolhido pelo nível estadual e pactuado com todos os atores na primeira oficina, ocorrida em maio de 2008. Também identificamos que há resistência de alguns técnicos estaduais, por discordâncias com relação ao modelo adotado ou à

[32] Antes da realização da primeira oficina de modelagem de redes no estado do Espírito Santo, a secretaria estadual organizou uma viagem ao município de Janaúba, Minas Gerais, pra conhecer a experiência de redes de atenção adotada lá, seguindo trabalho desenvolvido pelos mesmos consultores que têm assessorado o projeto das redes no Espírito Santo. Foram dois grupos, em duas viagens, formados por técnicos dos municípios da Macrorregião Norte, técnicos estaduais, e superintendentes regionais da Macro Norte, representantes dos colegiados bipartites e das câmaras técnicas dos colegiados.

[33] Em 2004, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem balizado a tomada de decisão nesta área.

[34] A implantação da rede de urgência e emergência segue a orientação indicada pela Portaria nº 1.863-GM, de 2003, que definiu a Política Nacional de atenção às Urgências. No mesmo ano foi publicada a Portaria nº 1.864-GM, estabelecendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – 192 como serviço pré-hospitalar móvel obrigatório em todo o território nacional.

forma como o processo está sendo conduzido. Outra questão apontada foi o fato de a modelagem das redes ter focalizado mais na definição dos pontos de atenção e garantia de estrutura do que na organização dos processos de trabalho. O processo é complexo e seu êxito transcende em muito o trabalho árduo já desenvolvido de modelagem realizado nas primeiras oficinas.

Há vários anos planeja-se priorizar, na secretaria estadual, um projeto de fortalecimento das superintendências regionais, e somente em 2009 este objetivo parece estar sendo buscado de fato. Documentos mais recentes da SESA, como o *Relatório de Gestão 2008*, já apresentam movimentos, mesmo que modestos, no sentido de fortalecimento das superintendências regionais, como a negociação/aquisição de estruturas físicas para estabelecê-las, em Colatina e São Mateus, e o envio de veículo, equipamentos de informática e móveis de escritório.

Também identificamos a preocupação de gestores municipais da Macro Centro com a fragilidade dos Colegiados Intergestores Microrregionais para a condução do "trabalho bipartite" de implementação das redes, principalmente pelo fato de a maior parte da estrutura estar localizada nos municípios da região metropolitana, divididos em três microrregiões de saúde distintas, onde não há fórum de articulação. Os gestores dos maiores municípios do estado, localizados na região metropolitana, considerados atores-chave da construção da política de saúde no estado, não apoiaram o projeto conduzido pelo nível estadual, ao longo de 2008.[35]

No estado, mesmo com o pacto, os grandes municípios que não assumiram a gestão plena do sistema municipal na NOB 01/96 continuam sem assumir esse grau de responsabilidade e, portanto, não têm o comando único de todos seus prestadores. O nível estadual continua exercendo papel forte tanto como prestador quanto como pagador de serviços. Enquanto há certa dificuldade da própria secretaria estadual de descentralizar algumas áreas, há uma fragilidade no nível municipal, ou por incapacidade, ou por falta de interesse, ou pela baixa articulação intergestores para assumir novas responsabilidades e promover a ampliação da descentralização das ações e serviços de saúde.

[35] O ano de 2008 foi ano de eleições municipais e em muitos municípios houve troca de gestores e de partidos políticos no poder. Como o trabalho de campo deste projeto de pesquisa foi desenvolvido somente até o início de 2009, não foi possível avaliar a visão dos n vos gestores municipais sobre o tema da implementação das redes de atenção à saúde.

Outros desafios para a secretaria estadual, previstos nos documentos de gestão que garantiram a habilitação do estado em Gestão Plena, são a redução de seu papel de prestadora de serviços; seu desenvolvimento institucional para dar conta de assumir as macrofunções de financiadora, provedora e reguladora do Sistema Estadual de Saúde; e a implantação de um sistema de regulação estadual. Um conjunto de medidas e caminhos tem sido adotado com vistas à superação das fragilidades da SESA. No documento elaborado pela consultoria Macroplan, em 2008, para propor mudanças no modelo de gestão da SESA, intitulado *Ajustamento no Modelo de Organização e Gestão Estratégica e Tática da SESA: referências, análises e recomendações*, é explicitada a dificuldade que a SESA enfrenta para alcançar planejamento, governabilidade e desenvolvimento e para cumprir seu papel de gestora do sistema estadual de saúde. Esses aspectos confirmam sua limitada capacidade articuladora e coordenadora para aprimorar a regionalização da saúde.

GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ES - Problemas levantados pelo documento *Ajustamento no Modelo de Organização e Gestão Estratégica e Tática da SESA.* Macroplan, outubro de 2008		
ÁREAS DA GESTÃO		PROBLEMAS
Governabilidade		O SUS-ES possui pouca governabilidade sobre variáveis fundamentais para o cumprimento de seus objetivos, o que requer um novo posicionamento da Secretaria Estadual de Saúde, na qualidade de gestora do Sistema.
Planejamento[36]	Coordenação, apoio e monitoramento dos planos e programas do Sistema	Não há concretização de planos previstos em leis e normas; os planos estão desatualizados ou abandonados; os planos se encaixam entre si, por questões de estruturação das suas decisões ou por falta de sincronia nas formulações.
	Apoio ao planejamento e à gestão regional e municipal do Sistema, inclusive aos planos macrorregionais, microrregionais e municipais de saúde.	Não existe um apoio efetivo e consistente da SESA ao planejamento e à gestão regional e municipal, estando a Secretaria completamente desaparelhada para tanto. A estrutura central da SESA não dispõe de unidades voltadas para esse fim, ao contrário de outras secretariais estaduais, enquanto as Superintendências Regionais não possuem unidade ou pessoal destacado para apoiar as instâncias regionais e municipais.
Desenvolvimento		Atual "crise de identidade" da SESA: mudança de perspectiva de "sistema de saúde do governo do estado" para "sistema estadual de saúde". Muitas ações realizadas pontualmente em diferentes setores precisam tomar a conotação sistêmica.

QUADRO 19 - Gestão do sistema de saúde no ES: problemas levantados, 2008

Fonte: Macroplan (2008)

[36] O documento *Ajustamento no Modelo de Organização e Gestão Estratégica e Tática da SESA: referências, análises e recomendações* (MACROPLAN, 2008) aponta para as deficiências de planejamento do próprio SUS, que estabelece um elevado número de instâncias e planos, muitas vezes sem vínculos claros entre si; forte exigência por pactuação e participação, em contexto centrado numa cultura burocrática, profissional e hierárquica; dentre outros.

O grau de participação dos atores na Comissão Intergestores Bipartite, ao longo do tempo, apresenta períodos de maior ou menor representatividade dos municípios, somado a outros períodos de maior ou menor valorização desta instância por parte do gestor estadual. Essa oscilação nos mostra como a CIB-ES pode tanto ser palco de grandes acordos e articulações quanto ficar refém de uma indiferença quanto a seu papel. Em diferentes momentos, esta arena teve seus objetivos restringidos, principalmente devido a: (a) baixa participação geral fragilizou a atuação bipartite; (b) atuação estadual conduzindo as reuniões e fragilidade da representação municipal; (c) descrédito do gestor estadual; (d) distinção entre os gestores municipais participantes, com tendência de maior visibilidade daqueles gestores de municípios maiores e limitada colaboração dos gestores de municípios menores e mais afastados da região metropolitana.

Há fatores recentes e externos à saúde que trarão mudanças para a conformação das regiões de saúde e para o processo de redefinição do modelo descentralizado e regionalizado da saúde Por exemplo, há no estado novas centralidades se constituindo em decorrência do surgimento de novos polos econômicos e de desenvolvimento como, por exemplo, os municípios de Anchieta, ao sul, e Nova Venécia, ao norte. Outro fator importante é o desenvolvimento de projetos de recuperação e de ampliação da malha rodoviária estadual, que moderniza e constrói novos acessos viários, ligando municípios e regiões que até então não tinham comunicação adequada.

3.5 **Características gerais das Regiões de Saúde**

No estado do Espírito Santo, as macrorregiões de saúde estão geograficamente definidas desde o *Plano Diretor de Regionalização de 2003*, porém não se consolidaram enquanto espaço de articulação entre seus municípios e entre estes e o nível estadual ali representado. Observamos que, no modelo de regionalização proposto em fins dos anos 1990, que incluiu a criação de Comissões Intergestores Microrregionais (CIMs), compostas pelos secretários municipais e representantes do nível estadual, havia uma interação e um entrelaçamento das discussões e da tomada de decisão porque os técnicos estaduais se reuniam periodicamente e pensavam juntos os processos de trabalho, trocavam experiências,

interagiam, permitindo uma maior visibilidade das regiões para além de seus limites geográficos. Essa experiência positiva não se repetiu nos anos 2000.

A partir da NOAS 01/02 e da construção do PDR-2003, embora houvesse a previsão de criação de Planos Regionais de Saúde e de maior articulação nas regiões, o processo desenvolvido no estado fortaleceu as instâncias microrregionais. Não foram criadas estratégias de valorização dos espaços macrorregionais que discutissem as regiões de forma conjunta, permitindo a troca de experiências e, em nosso entender, nem a oportunidade de maior êxito no enfrentamento de desafios e de fortalecimento das relações intergestores e da clareza das responsabilidades de cada um na implementação do SUS.

No processo de redefinição da modelagem do sistema de saúde no estado, pautado na gestão descentralizada da saúde, ponto crucial seria repensar o formato e os papéis das Superintendências Regionais de Saúde. Uma das ações de descentralização da secretaria seria desconcentrar funções para as superintendências, de modo a ampliar sua atuação nos novos espaços microrregionais constituídos, redefinindo seus papéis, além de, com isso, possibilitar o foco da estrutura central da SESA na regulação do sistema. As superintendências, que sempre existiram tendo sua imagem muito associada à prestação de serviços assistenciais pelos Centros Regionais de Especialidades, em geral fisicamente próximos, gerando uma confusão nos papéis, no uso da estrutura física, dos sistemas e dos recursos, precisavam se readequar a suas novas funções (MENDES, 2004). No caso da Superintendência Regional Vitória, em especial, existe uma fragilidade devido à proximidade da estrutura central da secretaria estadual, onde está a tomada de decisão. Isso gera uma limitação de suas funções como, por exemplo, a não-regulação de vagas em hospitais nesta região, dado que a central de vagas da Macro Centro funciona dentro da SESA, diferentemente das outras macrorregiões. Não há um fórum de articulação entre as superintendências regionais, como já houve no passado no modelo anterior de regionalização. Com isso, o diálogo entre elas é pontual, sobre questões específicas, e no contato existente quando convocadas pelo gestor estadual.

Com a proposta da implementação das redes de atenção, faz-se necessário que a secretaria estadual redefina os papéis das superintendências, fortalecendo sua atuação na regulação do acesso e da vigilância em saúde, duas áreas onde havia urgência de descentralizar e até o presente permaneciam muito concentradas

no nível central. O projeto de fortalecimento das superintendências existe no planejamento da SESA, mas seu desenvolvimento tem sido lento, caracterizado mais por uma melhoria da estrutura física do que por uma redefinição de atribuições.

Não é fácil desconcentrar essas áreas e ter como foco um "empoderamento" das superintendências, porque para tanto é preciso criar estrutura física, convencer técnicos com *expertise* nas áreas a deslocarem-se para o interior do estado, retirar da responsabilidade delas a gestão de pontos de atenção estaduais, mudando a cultura sobre os papéis das superintendências. O organograma da secretaria estadual está sendo pensado e modificado para contemplar as necessidades recentes. Em 2009, foi divulgada abertura de edital de concurso público para selecionar servidores que atuarão nas superintendências.

O fortalecimento das regiões exige também que os próprios municípios melhorem a organização de seus sistemas municipais de saúde e assumam as responsabilidades firmadas na pactuação do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. O elevado grau de participação de muitos gestores e técnicos municipais do processo de modelagem das redes-piloto pode indicar que haverá, daí em diante, maior grau de comprometimento destes para a melhoria dos sistemas municipais. Na pesquisa que fundamenta esta tese, buscamos verificar quantos municípios do estado têm *site* da Prefeitura Municipal na internet e, principalmente para os municípios-polo, que teoricamente seriam mais organizados, buscamos levantar quantos mostram página dedicada à Secretaria Municipal de Saúde e quais informações são disponibilizadas para a sociedade. Os resultados obtidos, considerando a busca nos 78 municípios do estado, foram: 55 municípios têm *site* na internet; os 10 municípios-polo têm *site* na internet.

Quanto às informações referentes à saúde especificamente, descrevemos no quando abaixo o que encontramos nos *sites* dos municípios-polo:

MACRORREGIÃO SUL	
Guaçuí	- Há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - Há a descrição sucinta dos objetivos da secretaria; nomes dos setores; nome do gestor; contato; cotas de exames na AMA; histórico dos programas PACS e PSF no município.
Cachoeiro de Itapemirim	- Há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - Documentos de gestão estão disponíveis, inclusive Prestação de Contas; Página atualizada e bem informativa.
MACRORREGIÃO CENTRO-VITÓRIA	
Vila Velha	- Há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - Conteúdo limitado; fotos de eventos; dados do gestor; contato; listagem de unidades de saúde com respectivos endereços; outros telefones úteis da Secretaria Municipal; roteiros para inspeção sanitária; documentos de gestão, incluindo documentos de algumas audiências públicas realizadas.
Venda Nova do Imigrante	- Não há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - No próprio *site* da Prefeitura constam dados do nome dos gestores e telefones de contato. Nas notícias da prefeitura divulgadas no *site* há informes sobre a saúde.
Vitória	- Há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - Documentos de gestão estão disponíveis; há Prestação de contas trimestral desde 2004 até 2009; Notícias, Informações e contatos das Unidades de Saúde e Pronto-Atendimentos; Editais; Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais; outros
Serra	- Há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - Documentos de gestão estão disponíveis, inclusive Prestação de Contas trimestral de 2005 a 2008; Disponível também o relatório da Conferencia Municipal de Saúde de 2007. Página atualizada e bem informativa, com os objetivos da Secretaria.
Santa Teresa	- Não há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal.
MACRORREGIÃO NORTE	
Colatina	- Há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - Dados institucionais gerais; telefones de contato; notícias; quadro da estrutura organizacional disponível.
Linhares	- Não há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - *Site* geral da Prefeitura com algumas notícias e o comunicado de que um novo *site* está sendo desenvolvido.
São Mateus	- Não há página da Secretaria Municipal de Saúde no *site* da Prefeitura Municipal. - No próprio *site* da Prefeitura constam dados do nome dos gestores e telefones de contato.

QUADRO 20 - Municípios-polo de Microrregião de Saúde no ES: informações das Secretarias Municipais de Saúde disponibilizadas na internet

Fonte: www.es.gov.br/site/espirito_santo/municipios.aspx. Acesso em 31 ago. 2009.

3.5.1 Macrorregião de Saúde Centro – Vitória

A Macrorregião Centro – Vitória é dividida em três Microrregiões de Saúde: Microrregião Vitória, Microrregião Serra-Santa Teresa e Microrregião Vila Velha-Venda Nova do Imigrante.

3.5.1.1 Microrregião Vitória

MICRORREGIÃO VITÓRIA

A Microrregião Vitória é formada pelos municípios de Cariacica, Santa Leopoldina, Viana e Vitória, no total de quatro municípios, A população total dos quatro municípios é de 740.466 habitantes, sendo que 90% da população encontram-se na capital Vitória (42%) e em Cariacica (48%). Vitória é o município com economia mais avançada e melhor nível de renda, melhor IDH, e onde concentra-se grande parte das ações e serviços de saúde que atendem a seus próprios munícipes, aos munícipes do restante da microrregião e também a demandas das demais regiões do estado.

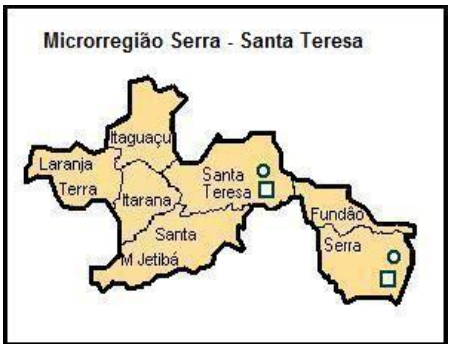
A microrregião é formada por poucos municípios, porém com realidades muito diversas. São dois grandes municípios, com população acima de 300 mil habitantes, pertencentes à Grande Vitória, sendo que enquanto a capital Vitória tem IDH de 0,86 e despesas de R$ 430,00 com recursos próprios por habitante/ano, e o município de Cariacica tem o PIB mais baixo do estado, tem IDH de 075 e aplica somente R$ 57,00 por habitante em saúde. Os outros dois municípios têm em comum o tamanho, com população abaixo de 50 mil habitantes, e dificuldades na organização de seus sistemas de saúde. Nesta microrregião, o Colegiado Intergestores experimenta, desde 2008, a coordenação sob responsabilidade de um gestor um municipal, diferentemente das demais microrregiões. O secretário municipal de saúde de Vitória coordena o CIB Micro.

TABELA 8 - Microrregião Vitória - SIOPS - receita e despesa liquidada, 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Cariacica	0,75	356.536	100,0	79,01	15,79	30,08	57,18
Santa Leopoldina	0,71	12.349	91,0	289,32	18,45	78,60	205,90
Viana	0,74	57.539	94,6	173,22	16,75	52,78	109,23
Vitória	0,86	314.042	98,7	448,94	18,47	54,17	430,28
MICRORREGIÃO VITÓRIA	***0,76***	***740.466***	***96,1***	***247,62***	***17,37***	***53,91***	***200,65***

Fonte: SIOPS

3.5.1.2 Microrregião Serra-Santa Teresa



MICRORREGIÃO SERRA-SANTA TERESA

A Microrregião Serra-Santa Teresa é formada pelos municípios de Fundão, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa e Serra, no total de sete municípios. A população total dos sete municípios é de 487.855 habitantes, sendo que a maior concentração de habitantes está em Serra, onde encontram-se 79% deste total. Há dois municípios polos: Serra e Santa Teresa.

Nesta microrregião, a peculiaridade se dá pela existência de dois municípios-polos e das diferenças marcantes entre a realidade do município de Serra – município maior, pertencente à Região Metropolitana, próximo ao litoral – e dos demais municípios pequenos situados em região serrana e com características similares entre eles quanto à economia local, aos aspectos geográficos e culturais. Entre eles, Santa Teresa é o município-polo. Este grupo de municípios da região serrana consegue se organizar e, segundo opinião entrevistados, realiza uma "regionalização solidária, participativa".

O município maior da microrregião, Serra, pertencente à Grande Vitória, não dispõe de serviços para oferecer aos munícipes da região. Todo seu sistema de saúde está voltado para sua própria população. O hospital Dr. Dorio Silva, situado geograficamente dentro do município de Serra, que atende a toda a microrregião,

por sinal atende a todo o estado, é um hospital próprio do governo estadual sobre o qual o município não tem qualquer gerência. De acordo com os entrevistados, normalmente as demandas do município da Serra ultrapassam até três vezes as demandas do conjunto dos outros seis municípios e, portanto, torna-se difícil pactuar e articular ações com realidades tão diferentes. Outra dificuldade para articulação de atenção microrregionalizada é a constatação de que os munícipes de Serra não aceitam a referência em Santa Teresa para certos procedimentos, preferindo buscar o atendimento na Grande Vitória.

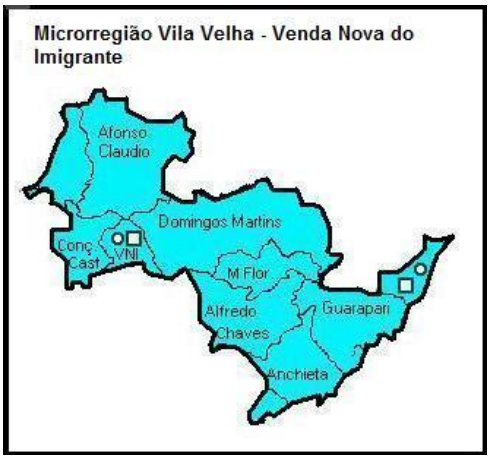
As diferentes realidades também aparecem na avaliação de indicadores microrregionais, porque muitas vezes Serra, pela dimensão do município, elevada população e problemas sociais que consequentemente tem, ao contrário da situação dos demais municípios, acaba "manchando" índices bons que os demais apresentam. O maior marco desta influência "negativa" são os dados de violência urbana. O orçamento de Serra para a saúde é quatro vezes maior do que o orçamento dos demais municípios juntos.

TABELA 9 - MICRORREGIÃO SERRA-SANTA TERESA - SIOPS - RECEITA E DESPESA LIQUIDADA – 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Fundão	0,75	15.209	100,0	352,82	29,75	74,82	279,06
Itaguaçu	0,75	13.881	89,0	284,94	19,65	108,58	191,93
Itarana	0,74	10.569	99,1	259,50	16,47	100,83	160,36
Laranja da Terra	0,72	10.802	81,2	322,39	20,87	105,44	201,37
Santa Maria de Jetibá	0,72	31.845	88,0	271,73	16,92	103,14	156,17
Santa Teresa	0,79	20.179	100,0	319,76	18,56	151,58	162,67
Serra	0,76	385.370	98,3	190,29	16,44	44,51	171,26
MICRORREGIÃO SERRA-SANTA TERESA	***0,75***	***487.855***	***93,6***	***285,92***	***19,81***	***98,41***	***188,97***

Fonte: SIOPS

3.5.1.3 Microrregião Vila Velha-Venda Nova do Imigrante



MICRORREGIÃO VILA VELHA-VENDA NOVA DO IMIGRANTE

A Microrregião Vila Velha-Venda Nova do Imigrante é formada pelos municípios de Afonso Cláudio, Alfredo Chaves, Anchieta, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Guarapari, Marechal Floriano, Piúma, Venda Nova do Imigrante e Vila Velha, no total de onze municípios. A população total da microrregião é de 661.364 habitantes, concentrada em sua maioria no município de Vila Velha (60%). São dois municípios-polo: Vila Velha no litoral e Venda Nova do Imigrante, na região serrana.

Nesta região também há dois municípios-polos e a peculiaridade de compartilhar duas realidades muito distintas: o grupo de municípios litorâneos e o grupo de municípios da região serrana, com poucos interesses em comum e grandes diferenças nos aspectos econômicos, geográficos e culturais. Vila Velha destaca-se por sua população maior do que a população do conjunto dos demais municípios e por fazer parte da Região Metropolitana e, ao mesmo tempo ser o 77º município do estado em nível de renda e esta realidade repercutir na sua limitada receita para a saúde e, consequentemente, num nível de despesa própria de apenas R$ 90,00 por habitante/ano, valor muito inferior ao montante aplicado pelos demais municípios. A diversidade na microrregião contribui para o grau de atuação limitado do Colegiado Intergestores Bipartite Microrregional.

> Vila Velha e Guarapari participam de uma micro que tem 12 municípios e que vai até Brejetuba, pega toda a região serrana. E a realidade dessa região serrana é complemente diferente da realidade do município de Vila Velha, por exemplo. Então quando a gente senta para conversar a gente acaba mais trabalhando as questões pontuais dos municípios do que pensando uma decisão para a Micro. As regiões de micro elas têm acontecido, elas são importantes e elas ajudam muitos aqueles municípios que estão mais afastados, em que às vezes o gestor não é tão participativo no COSEMS. Ela é bem informativa, dá para a gente discutir o que os municípios têm, o que o município pode fazer com aquilo que ele tem, dá para haver trocas de serviços entre municípios. (E09)

O outro polo regional é o município de Venda Nova do Imigrante, na região serrana a sudoeste do estado, distante 107 km da capital Vitória. Este polo consegue agregar os municípios do seu entorno e juntos atuam regionalmente, de

forma articulada e solidária. Venda Nova vem-se destacando como novo polo de desenvolvimento econômico, e tende a crescer e se desenvolver muito nos próximos anos, e a saúde tem que criar estruturas que acompanhem este cenário.

TABELA 10 - Microrregião Vila Velha/Venda Nova do Imigrante - SIOPS - receita e despesa liquidada, 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Afonso Claúdio	0,72	30.773	98,8	202,85	19,28	79,87	124,64
Alfredo Chaves	0,75	13.983	85,1	285,31	22,94	48,32	239,02
Anchieta	0,79	19.459	100,0	819,80	17,85	148,84	711,70
Brejetuba	0,68	10.949	97,9	347,68	19,90	102,93	244,74
Conceição do Castelo	0,71	11.326	61,2	351,99	19,42	88,23	244,83
Domingos Martins	0,74	31.175	100,0	233,32	18,72	82,20	156,84
Guarapari	0,79	98.073	92,0	138,63	16,38	47,44	97,18
Marechal Floriano	0,75	12.699	100,0	375,64	21,14	80,28	288,05
Piuma	0,78	16.249	100,0	272,17	21,70	90,33	170,79
Venda Nova do Imigrante	0,78	18.610	100,0	331,65	19,13	104,24	227,42
Vila Velha	0,82	398.068	96,2	122,32	16,63	32,72	90,85
MICRORREGIÃO VILA VELHA-VNIMIGRANTE	***0,75***	***661.364***	***93,7***	***316,49***	***19,37***	***75,06***	***182,28***

Fonte: SIOPS

3.5.2 Macrorregião de Saúde Sul – Cachoeiro de Itapemirim

A Macrorregião Sul – Cachoeiro de Itapemirim é dividida em duas Microrregiões de Saúde: Microrregião Cachoeiro de Itapemirim e Microrregião Guaçuí.

3.5.2.1 Microrregião Cachoeiro de Itapemirim

MICRORREGIÃO CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

A Microrregião Cachoeiro de Itapemirim é formada pelos municípios de Apiacá, Atilio Vivacqua, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Iconha, Itapemirim, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, Vargem Alta, composta ao todo por treze municípios. A população total da microrregião é de 407.613 habitantes, concentrados especialmente em Cachoeiro de Itapemirim (48%). Cachoeiro de Itapemirim é o grande centro de referência para toda a região sul do estado.

Cachoeiro é polo e é referência para toda a região sul, porém os serviços prestados para a região são todos estaduais, próprios ou contratados, e sobre os quais a Secretaria de Saúde de Cachoeiro não tem qualquer gerência. Neste município há dois hospitais particulares, três hospitais filantrópicos e um hospital psiquiátrico estadual, onde a Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro, oferta e compra serviços para atender a toda a população da microrregião Cachoeiro e da microrregião Guaçuí. No município está localizado um dos Centros Regionais de Especialidades do governo do estado, ofertando consultas especializadas à população da Macrorregião Sul.

> Cachoeiro é município sede de macro, de micro, é município polo. Quem coordena essa situação é a Superintendência Regional de Saúde. Quem faz essa pactuação é a Regional de saúde. Então o município ele não tem nada a ver com essa pactuação, ele entra na pactuação da PPI como um município qualquer, só que é o polo Cachoeiro, então todos acham que o município de Cachoeiro que tem a gestão, mas não, é a Regional que faz. O órgão responsável por essa PPI, pra gerenciar exames, consultas, cirurgias, é a Regional. O município simplesmente executa as cotas que ele recebe do estado. (E12)

O grande centro de referência de toda a região sul é Cachoeiro e quando a população não é referenciada para lá, ou vai para Guaçuí ou para Vitória. A Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiro já tem realizado algumas ações de média complexidade, porém somente para seus munícipes, pois considera não ter estrutura para atender ainda à população de todos os demais 23 municípios da

Macrorregião Sul.

> Na região sul, há muito pouco investimento em outros lugares. Cachoeiro continua sendo ponto de apoio desses municípios menores. Tanto que o serviço de alta complexidade só é feito aqui. Média, alguns municípios, muitos poucos municípios do sul fazem. Então a referência de média e alta complexidade continua sendo Cachoeiro, que continua drenando essas pessoas todas pra cá. Hospital por exemplo, o hospital aqui acaba sendo um hospital regional, porque ele atende a todo o sul. Mas em algumas áreas é preciso levar o paciente para a Região Metropolitana, ou porque não tem a especialidade aqui, ou por falta de leitos aqui. Os exames e consultas especializadas, compradas pelo estado, eles não foram comprados aqui em Cachoeiro. Ou se compra esses exames em Guaçuí ou em Vitória. Aqui são feitos raio-X, ultrasom, alguns outros exames, mas a cota é pequena aqui. O resto, tudo vai pra Guaçuí ou Vitória. (E12)

> Algumas ações a gente já executa, o município não quer assumir de fato ainda, mas ele realiza muitas ações de Média, só não quer assumir isso no papel ainda porque ele não tem estrutura suficiente pra pegar esses vinte e três municípios no sul do estado, a rede não aguenta, não suporta, então a gente faz muita coisa pros nossos munícipes, porque pra você assumir a média complexidade você vai acabar tendo que assumir a região, por ele ser município polo, e pra isso a gente não tem estrutura. (E12)

Na região, Cachoeiro é o município com menor volume de recursos despendidos *per capita* em saúde, R$ 93,34, embora seja o município-polo de toda a região, onde há oito municípios com despesas *per capita* superiores em 40% a 60% e um município que aplica 200% a mais e outro que aplica 300% a mais do que Cachoeiro. Dentre os 13 municípios, há nove com população inferior a 30 mil habitantes.

TABELA 11 - Microrregião Cachoeiro de Itapemirim – SIOPS: receita e despesa liquidada, 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Apiacá	0,72	7.617	100,0	332,12	23,95	103,17	236,91
Atilio Vivacqua	0,73	8.878	99,1	414,36	26,25	105,14	289,04
Cachoeiro do Itapemirim	0,77	195.288	100,0	137,11	15,78	47,79	93,34
Castelo	0,76	32.250	98,8	263,36	18,12	90,30	157,36
Iconha	0,79	11.496	88,3	333,53	19,40	84,98	217,36
Itapemirim	0,69	30.833	93,4	206,29	16,14	53,33	141,16
Jeronimo Monteiro	0,71	10.701	86,8	224,42	17,25	76,79	140,14
Marataizes	0,72	31.221	73,3	189,49	20,93	57,90	120,56
Mimoso do Sul	0,74	26.208	99,2	233,90	16,86	123,13	117,90
Muqui	0,72	13.841	96,0	266,43	19,24	110,42	142,48
Presidente Kennedy	0,67	10.307	84,5	483,17	37,96	99,33	377,98
Rio Novo do Sul	0,76	11.111	100,0	246,27	20,60	72,38	179,30
Vargem Alta	0,73	17.862	100,0	300,45	17,38	122,14	155,86

MICRORREGIÃO CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	***0,73***	***407.613***	***93,8***	***279,30***	***20,76***	***88,22***	***182,26***

Fonte: SIOPS

Na microrregião, há a peculiaridade da proximidade de alguns municípios com a divisa de estado com o estado do Rio de Janeiro e a existência de fluxos de pacientes interestaduais. No caso do município de Presidente Kennedy, por exemplo, onde não há maternidade, há uma tendência dos partos de lá serem realizados no outro estado.

3.5.2.2 Microrregião Guaçuí

MICRORREGIÃO GUAÇUÍ

A Microrregião Guaçuí é formada pelos municípios de Alegre, Bom Jesus do Norte, Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Irupi, Iúna, Muniz Freire, São José do Calçado, no total de onze municípios. A população total da microrregião é de 169.806 habitantes, distribuídos em três municípios com população na faixa de 20.000 habitantes (Guaçuí, Alegre e Iúna) e demais municípios com população menor do que 20.000 habitantes cada.

Esta microrregião guarda estreita relação com os serviços prestados em Cachoeiro de Itapemirim. Na própria micro Guaçuí, o polo Guaçuí tem uma Agência Municipal de Agendamento que realiza marcação por telefone para várias especialidades, para municípios da região. O controle é informatizado, porém sem sistema de informação, com previsão de implantação do sistema GIL. Os municípios têm uma ótima relação, sua maioria tem participação frequente nas reuniões do Colegiado Intergestores. É uma região com histórico de municípios onde há troca frequente de secretários de Saúde, prejudicando muito a operacionalização dos sistemas municipais e a articulação regional.

Para os serviços de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, cirurgia cardíaca, exames de hemodinâmica, entre outros, a referência é Cachoeiro de Itapemirim. Atendimentos e cirurgias em neurologia são referenciados para Vitória. Na microrregião Guaçuí, um dos municípios (Ibatiba) não concordou com a distribuição em microrregiões proposta pelo Plano Diretor de Regionalização em 2003 e propôs a sua anexação a outra microrregião. Na região, há uma preocupação em tentar revisar o PDR de 2003 e promover alguns ajustes como, por exemplo, aproximar os municípios de Apiacá e de Mimoso do Sul desta microrregião, onde já estabeleceram fluxo para alguns serviços.

TABELA 12 - Microrregião Guaçuí – SIOPS: receita e despesa liquidada, 2007

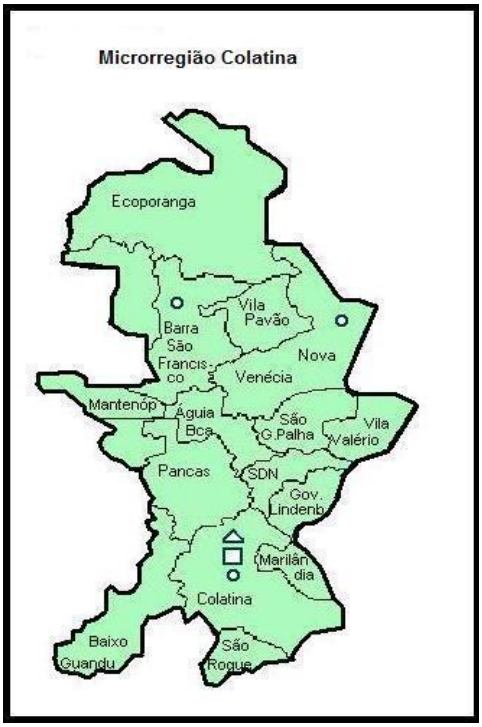
Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Alegre	0,74	30.473	99,7	287,03	27,04	113,12	174,68
Bom Jesus do Norte	0,77	9.318	72,5	256,76	19,43	126,77	164,89
Divino de São Lourenço	0,69	4.837	99,4	321,05	15,34	106,92	215,41
Dores do Rio Preto	0,77	6.106	100,0	376,21	26,03	87,80	307,53
Guaçuí	0,74	25.761	100,0	238,20	27,28	66,42	173,30
Ibatiba	0,69	19.649	100,0	239,36	25,33	102,18	181,82
Ibitirama	0,72	8.994	100,0	297,89	16,03	108,88	174,60
Irupi	0,72	10.369	92,7	305,00	19,57	79,91	186,54
Iuna	0,73	25.533	100,0	182,15	16,76	59,20	116,12
Muniz Freire	0,72	18.196	99,4	243,69	19,65	74,77	172,97
São José do Calçado	0,75	10.570	96,7	324,59	15,89	172,02	152,57
MICRORREGIÃO GUAÇUÍ	***0,73***	***169.806***	***96,4***	***279,27***	***20,76***	***99,82***	***183,68***

Fonte: SIOPS

3.5.3 Macrorregião de Saúde Norte – Colatina-Linhares-São Mateus

A Macrorregião Norte – Colatina-Linhares é dividida em três Microrregiões de Saúde: Microrregião Colatina, Microrregião Linhares e Microrregião São Mateus. Esta macrorregião conta com a peculiaridade de possuir duas representações regionais do nível estadual: a Superintendência Regional Colatina e a Superintendência Regional São Mateus.

3.5.3.1 Microrregião Colatina



MICRORREGIÃO COLATINA

A Microrregião Colatina é formada por dezessete municípios: Água Doce do Norte, Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Colatina, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Mantenópolis, Marilândia, Nova Venécia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Vila Pavão, Vila Valério. A população total é de 389.542 habitantes, divididos entre o município-polo Colatina (27%) e o restante dos municípios. Colatina é o grande centro e grande referência de toda a região, com destaque também para Nova Venécia e Barra de São Francisco. Colatina é um município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB 01/96 e, no entanto, seus serviços municipais são prestados principalmente para seus munícipes, não para a região. Muitos serviços de média e alta complexidades em Colatina estão sob gestão do nível estadual.

Em Colatina, há oferta estadual no Hospital Silvio Avidos, no Centro Regional de Especialidades e no Hemocentro. O município é responsável pela contratualização com a Santa Casa de Misericórdia e com o Hospital São José. No Hospital São José, há também convênio com o estado para oferta de leitos de UTI. Colatina tem a maior concentração tecnológica em saúde da Macrorregião Norte, embora Linhares tenha receita maior, devido ao elevado desenvolvimento econômico. Nos últimos anos, vem aumentando gradativamente a oferta de média e alta complexidades em Colatina, fortalecendo seu papel histórico de referência de toda a região noroeste, não só da Microrregião Colatina, e também de municípios de outras microrregiões da Macro Norte, como Linhares, João Neiva, Aracruz. Colatina tem dificuldades de assumir o comando único porque sua receita é limitada e a complexidade dos serviços ofertados no município é muito grande, com custos elevados.

TABELA 13 - Microrregião Colatina – SIOPS: receita e despesa liquidada, 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Agua Doce do Norte	0,66	11.934	98,9	263,79	17,70	92,76	145,13
Aguia Branca	0,69	9.281	98,2	230,39	17,39	57,09	172,97
Alto Rio Novo	0,68	6.198	100,0	326,92	17,65	117,01	196,50
Baixo Guandu	0,71	28.637	100,0	256,13	22,25	61,03	198,80
Barra de São Francisco	0,70	39.627	100,0	175,18	7,01	76,15	76,15
Colatina	0,77	106.637	95,7	266,13	15,29	195,23	90,64
Ecoporanga	0,70	23.296	100,0	274,85	19,93	122,50	171,89
Governador Lindemberg	-	9.890	85,6	335,33	18,35	112,86	233,81
Mantenópolis	0,68	11.463	96,8	297,68	16,86	134,44	161,48
Marilândia	0,75	10.226	99,0	326,05	23,20	84,24	241,00
Nova Venécia	0,74	44.380	99,0	204,10	15,83	100,64	106,26
Pancas	0,67	18.465	99,7	306,80	21,57	128,83	171,29
São Domingos do Norte	0,71	7.840	100,0	275,63	18,61	60,22	216,76
São Gabriel da Palha	0,74	28.878	84,2	168,26	16,72	54,99	107,61
São Roque do Canaa	0,75	10.439	68,0	334,51	23,94	89,34	230,52
Vila Pavão	0,69	8.705	100,0	219,87	18,00	39,26	191,43
Vila Valério	0,70	13.646	72,8	227,53	16,71	49,74	179,88
MICRORREGIÃO COLATINA	***0,71***	***389.542***	***94,0***	***264,07***	***18,06***	***92,73***	***170,12***

Fonte: SIOPS

3.5.3.2 Microrregião Linhares

MICRORREGIÃO LINHARES

A Microrregião Linhares é formada pelos municípios de Aracruz, Ibiraçu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama, ao todo seis municípios. A população total da microrregião é de 261 mil habitantes em Linhares (47%) e em Aracruz (28%). O município de Linhares tem se desenvolvido muito nos últimos anos, com crescimento significativo da sua receita, principalmente em virtude do repasse de royalties do petróleo. A queda de arrecadação tem ocorrido de forma significativa, no entanto, desde o fim de 2008, como reflexo da crise econômica mundial. Aracruz também tem grande oferta de serviços.

Com o estímulo do PDR à constituição de referências macrorregionais, alguns serviços que no passado era referenciados da Micro Linhares para Vitória passaram a ser referenciados para Colatina, e lentamente a população e até mesmo os profissionais da saúde atuando na ponta do sistema vão-se acostumando e aceitando o novo fluxo.

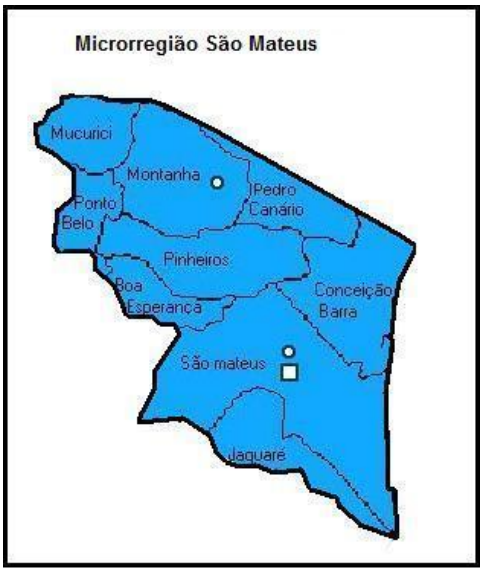
O município de Linhares, em comparação a Colatina, tem receita maior e com isso, considerando ser um município em Gestão Plena do Sistema de Saúde, optou pela municipalização do Hospital Geral de Linhares, estadual, e assumiu todo seu custeio. O hospital atende principalmente à população de Linhares, Sooretama e Rio Bananal, além de ser referência em urgência e emergência na região. O hospital é credenciado no Ministério da Saúde e recebe recursos para a área de cardiologia, onde é referência no estado. A interação com Colatina será estreitada, ampliando o dinamismo do sistema de saúde na Macrorregião Norte, assim que for concluído o acesso rodoviário entre as duas cidades.

TABELA 14 - Microrregião Linhares – SIOPS: receita e despesa liquidada, 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Aracruz	0,77	73.358	100,0	442,08	19,09	115,86	327,61
Ibiraçu	0,78	10.312	73,8	333,51	21,15	79,79	250,94
João Neiva	0,77	14.403	100,0	330,86	19,61	124,59	200,09
Linhares	0,76	124.564	100,0	370,33	28,71	120,71	249,70
Rio Bananal	0,73	16.587	100,0	284,88	19,37	89,72	194,74
Sooretama	0,70	21.867	100,0	190,79	20,17	51,91	138,56
MICRORREGIÃO LINHARES	***0,75***	***261.091***	***95,6***	***325,41***	***21,35***	***97,10***	***226,94***

Fonte: SIOPS

3.5.3.3 Microrregião São Mateus



MICRORREGIÃO SÃO MATEUS

A Microrregião São Mateus é formada pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus – nove municípios ao todo. A população total da Microrregião é de 233.932 habitantes, sendo que 41% estão localizados no município-polo de São Mateus. Esta é a região do estado considerada por muitos entrevistados como a de menor nível de renda e maiores vazios assistenciais. Em São Mateus há o hospital estadual Roberto Arnizaut Silvares e um Centro Regional de Especialidades estadual.

No município de São Mateus, há também uma Superintendência Regional de Saúde que apóia principalmente a Microrregião de Saúde de São Mateus e que, junto com a Superintendência de Colatina, coordena e articula as ações do nível estadual na Macrorregião Norte. Recentemente, tem sido buscada a implantação de serviços de hemodiálise em São Mateus.

TABELA 15 - Microrregião São Mateus – SIOPS: receita e despesa liquidada, 2007

Municípios	IDH	População	%Transf U SUS/ Transf SUS	Despesa Total com Saúde/hab.	% Receita Própria Saúde (EC29)	Receita Transf SUS/ hab	Desp. Rec. Próprios/ hab
Boa Esperança	0,69	12.912	100,0	291,64	17,58	122,56	169,08
Conceição da Barra	0,69	26.230	100,0	252,65	16,04	97,36	156,66
Jaguaré	0,69	21.949	100,0	323,12	18,99	93,07	222,65
Montanha	0,72	17.998	85,7	268,19	23,35	69,49	199,14
Mucurici	0,68	5.755	100,0	358,87	16,15	112,17	247,77
Pedro Canário	0,67	23.204	86,2	222,35	18,22	104,52	131,84
Pinheiros	0,71	22.663	48,1	239,03	16,10	110,02	129,01
Ponto Belo	0,70	6.831	91,6	371,27	23,82	113,68	266,68
São Mateus	0,73	96.390	100,0	154,95	18,01	49,16	116,74
MICRORREGIÃO SÃO MATEUS	***0,70***	***233.932***	***90,2***	***275,79***	***18,70***	***96,89***	***182,17***

Fonte: SIOPS

4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A regionalização do sistema de saúde no Brasil tem sua conformação definida pelo conjunto dos aspectos que caracterizam a federação brasileira e as relações intergovernamentais. Depende do estabelecimento de processos de coordenação e cooperação entre os entes federativos para o sucesso da implementação do sistema de saúde regionalizado. Se a implementação das políticas de saúde de forma descentralizada, como vem sendo desenvolvida no Brasil, depende cada vez mais de uma ampliação da capacidade de coordenação federativa das ações para a regionalização do sistema, o desafio colocado aos representantes da União, estados e municípios é ainda maior.

Os sistemas federativos apresentam fragilidades e enfrentam a necessidade de constantes pactuações entre os entes federados e de constituição de canais sistemáticos de intermediações de interesses verticais e horizontais. A coordenação federativa é pressuposto fundamental para o sucesso das propostas de organização do sistema de saúde no Brasil, de forma regionalizada.

Apresentamos nesta tese outras duas questões, além da necessidade da coordenação federativa, que consideramos primordiais para os estudos e a definição de políticas de regionalização do sistema de saúde: (a) a complexa conceituação de região e (b) a intersetorialidade. Neste trabalho, procuramos incluir o debate de diferentes áreas do conhecimento sobre o que é região, sobre desenvolvimento regional e planejamento regional. Com isso, provocamos a quebra de um silêncio, já que na maioria das propostas de regionalização da saúde não estão presentes questões fundamentais colocadas por autores importantes dos estudos regionais. Este tema é alvo de debates e existência de diferentes correntes de opinião, e pela revisão bibliográfica que realizamos pudemos identificar quão complexa é a temática.

A inclusão da intersetorialidade para ampliar os estudos sobre modelos de regionalização é fundamental porque o mapa brasileiro da regionalização depende de vários vetores e, portanto, limitar as propostas de regionalização ao olhar restrito sobre o setor saúde apenas gera um grande vazio. Este vazio é pouco suportado do

ponto de vista da tomada de decisão e da implementação de política institucional. Mostra-se essencial incluir no debate da regionalização da saúde a análise do movimento gerado por outros setores e instituições, com vistas ao desenvolvimento de políticas com coordenação federativa. O território não pertence somente ao setor saúde, e a organização do território depende de uma complexa rede de articulações pactuações e ações tomadas por setores e instituições de diversas áreas, que se somam e se complementam.

No Espírito Santo, por exemplo, é problemática a existência de uma lógica própria de regionalização da saúde diferente da divisão político-administrativa do governo estadual, definidora da organização regional de todas as demais áreas de governo, menos da saúde. É expressiva a regionalização no estado, como parte da gênese de sua organização, não só na saúde. A definição de um modelo isolado de regionalização da saúde prejudica a regionalização como um todo. Para instigar essa necessidade de revisão e de superação de uma visão míope limitada ao setor saúde, há novos desafios recentes no estado do Espírito Santo para transformar a saúde numa área com maior diálogo intersetorial e maior articulação. Com o crescimento econômico e o desenvolvimento regional, despontam municípios que historicamente desempenhavam papel tímido na economia capixaba. São as novas centralidades que surgem, aproximando-se em desenvolvimento das já tradicionais capitais regionais.

No estado do Espírito Santo, historicamente, a Secretaria de Estado de Saúde (SESA) tem apresentado perfil centralizador da tomada de decisão sobre as políticas de saúde. Municípios têm apresentado perfil de dependência com relação ao estado e à União, embora tenham apresentado uma transformação quanto às responsabilidades assumidas desde o processo de municipalização da NOB 01/96.

Como o estado geograficamente tem um tamanho pequeno, com área de 46 mim km2, é difícil o nível central abrir mão do controle da execução das políticas, apesar do discurso e de movimentos recentes em prol de reorganização do sistema, da ampliação dos serviços ofertados no interior e da constituição de redes de atenção. Até onde pudemos acompanhar na pesquisa, com relação às redes de atenção, havia sido desenvolvido somente o esforço gigantesco inicial de construção dos projetos a partir das oficinas de sensibilização. Propostas de regionalização e de constituição de redes de atenção aparecem nos documentos de gestão da SESA já

desde o Plano de Saúde 2003-2007 e retornam no de 2008-2011. Nos documentos de planejamento, também aparecem há anos projetos de reestruturação e redefinição de funções das Superintendências Regionais de Saúde, presentes nas quatro macrorregiões de saúde do estado desde o primeiro modelo de regionalização de 1990.

A regionalização do sistema de saúde no estado do Espírito Santo é caracterizada por um histórico de várias experiências distintas: uma no início dos anos 1990; outra no fim dos anos 1990; a terceira na primeira metade dos anos 2000 e a quarta mais recente, pós-Pacto pela Saúde. Questões de ordem política, econômica e de organização da SESA contribuíram para que experiências fossem implementadas e depois de certo período houvesse o enfraquecimento da proposta. Uma característica peculiar no estado que afetou sobremaneira a implementação de projetos de longa duração nas políticas de saúde foi o grande número de secretários de Saúde que assumiram a gestão estadual ao longo das duas últimas décadas.

Em 1990, foi aprovada lei estadual pioneira com modelo de regionalização. No final dos anos 1990, aconteceu a primeira experiência de constituição nas microrregiões de fóruns de articulação entre gestores estaduais e municipais. Houve forte atuação da esfera estadual enquanto coordenadora e articuladora do processo. Técnicos do nível estadual que realizavam a cooperação com as microrregiões e atuavam nas comissões microrregionais eram muito organizados enquanto grupo e capacitavam-se e planejavam as ações nas microrregiões em conjunto. Podemos dizer que este foi um grande exemplo de constituição de uma rede federativa e de existência de coordenação e cooperação, para o desenvolvimento das políticas de saúde no estado, destacando-se o fato de esta rede estar voltada à criação de espaços regionais de discussão e articulação.

As Comissões Intergestores Bipartites criadas em 2004 e 2005 permitiram ao Espírito Santo experimentar fóruns participativos antes mesmo de essa modalidade ser proposta pelo Pacto pela Saúde de 2006. Os Colegiados de Gestão Regional propostos pelo Pacto pela Saúde parecem ser o que existe de mais concreto já em andamento dentre as propostas do Pacto, sendo vistos como um avanço com relação ao modelo de paridade entre estado e municípios definido pela NOB 01/96. No caso do estado do Espírito Santo, embora inicialmente propostas como paritárias, as CIBs Micro foram aprovadas para funcionarem como participativas,

envolvendo já desde 2005 todos os gestores municipais das microrregiões em seus fóruns. Com isso, após o Pacto pela Saúde, as mudanças das CIBs Micro para a nova proposta não foram significativas.

Numa comparação do que se desenvolveu no estado em termos de regionalização desde a Constituição de 1988 até os dias atuais, podemos dizer que o proposto no Pacto pela Saúde de 2006 se concretizou pela adesão do estado e da maioria de seus municípios dada pelas assinaturas dos Termos de Compromisso de Gestão. O estado ocupa o oitavo lugar em percentual de municípios com adesão ao pacto. O Pacto pela Saúde tem tido uma implementação lenta em todo o Brasil, e dados de fevereiro de 2010 indicam que em 30% dos estados a adesão dos municípios praticamente não aconteceu.

Coexistem atualmente no estado do Espírito Santo três formatos de regionalização, com três divisões regionais distintas. Esse é um grande desafio que a gestão estadual na Saúde deve enfrentar para a conformação de um sistema estadual de saúde, integrando ações e serviços municipais, estaduais e federais, públicos e privados, articulação com outros setores. Os consórcios de saúde precisam ser pensados dentro deste sistema, passando a ser acompanhados pela gestão estadual. O Plano Diretor de Regionalização de 2003 precisa ser revisto e sua divisão regional, criando lógica própria da saúde, tem que ser repensada. Havia pontos positivos, como a garantia da intersetorialidade, quando a organização regionalizada da saúde seguia a divisão político-administrativa do estado, nos anos 1990. Com as novas centralidades sendo desenvolvidas no estado, há perspectivas de redefinição das próprias regiões político-administrativas, e o setor saúde tem que fazer parte desse contexto.

Os resultados desta pesquisa nos permitem elaborar algumas recomendações para a organização do SUS no estado do Espírito Santo e para contribuir para sua agenda de regionalização do sistema de saúde. Uma importante decisão diz respeito à necessidade de institucionalização da cooperação intergovernamental dentro da Secretaria de Estado da Saúde. Para tanto, uma primeira medida seria o fortalecimento do Núcleo de Apoio à Descentralização da Gestão da Saúde criado em 2008 dentro da SESA, funcionando inicialmente sem os recursos necessários e voltado majoritariamente à articulação com os municípios para a adesão de todos ao Pacto pela Saúde. Deve ser formalizado o espaço

institucional desse núcleo, oferecendo-se meios para que se estabeleça a interlocução necessária entre esta área e o secretário e subsecretários.

A SESA deve estabelecer a cooperação técnica com os municípios visando à regionalização como uma de suas funções primordiais. É preciso que tal cooperação se torne parte da agenda de prioridades da SESA e seja assumida pelo conjunto dos gestores e técnicos como tal. Além disso, a relação da SESA com o nível federal em termos do estabelecimento de um canal de cooperação e diálogo sobre a coordenação das políticas de saúde no território estadual e como realizar a cooperação técnica com os municípios deve ser ampliada. A ação propositiva da SESA para com o Ministério da Saúde estimulará a criação de meios, por parte do nível federal, para que esse laço se estreite.

Outra recomendação à gestão estadual no estado do Espírito Santo está relacionada ao estreitamento da cooperação intergovernamental por meio dos consórcios. Estes devem fazer parte da política de uma política de fortalecimento da regionalização e da cooperação entre as esferas estadual e municipal, e a gestão de seu acompanhamento deve ser assumida pela SESA institucionalmente. Com a institucionalização de uma estrutura de acompanhamento de consórcios na SESA, deve ser buscada maior articulação entre os colegiados intergestores microrregionais, as Superintendências Regionais, a SESA e esses consórcios, com vistas a ampliar a articulação e da organização de planejamento e formulação de políticas de cunho regional, envolvendo a participação de todos. A SESA deve realizar uma avaliação dos consórcios existentes e condições de funcionamento, buscando analisar se há diferenças entre a missão de cada um, quanto alcançam as metas propostas e o quanto significa sua existência para a região onde atuam. A estratégia de atuação deve ser definida a partir dessa avaliação inicial, a ser realizado em articulação com o COSEMS e os CIBs Microrregionais, além de ser feito o seu acompanhamento pelas Superintendências Regionais.

Com relação aos Colegiados Intergestores Microrregionais (CIBs Micro), entendemos que é necessário fortalecer a cooperação interfederativa nas arenas microrregionais. A ampliação da participação e valorização da arena pelos membros representantes do estado deve acontecer a partir da maior institucionalização da política de regionalização e de cooperação intergovernamental dentro da SESA. Os representantes dos municípios precisam sentir esse papel coordenador e articulador

da esfera estadual e devem poder contar com trabalho de capacitação de RH da SESA. Ao mesmo tempo, o COSEMS deve ter papel fundamental na condução do processo de fortalecimento da atuação municipal. Os CIBs Micro devem atuar na programação e no planejamento regional, sendo capazes de exercer o papel de governança das redes de atenção à saúde que estão sendo pensadas e criadas. Os CIBs Micro devem se fortalecer para serem o grande ponto de interseção entre estado e municípios na operacionalização de uma rede federativa dentro da política de saúde no estado do Espírito Santo. As áreas responsáveis pela gestão do planejamento e do financiamento da saúde, dentro da SESA, devem estar alinhadas à agenda de regionalização. A SESA tem que assumir e valorizar a Programação Pactuada e Integrada, incluindo-a como função primordial dentro das ações de coordenação intergovernamental.

Esta tese sobre a regionalização na política de saúde no estado do Espírito Santo foi desenvolvida a partir da abordagem de um conjunto de aspectos que contribuem para o entendimento de quais são os papéis da gestão estadual da saúde e como se estabelecem as relações intergovernamentais para o desenvolvimento dessa política. A partir do olhar mais profundo sobre a realidade da organização do sistema de saúde no Espírito Santo e dos processos de regionalização, encontramos alguns resultados que contribuem para futuros estudos. Os pontos levantados sugerem o caminho intelectual a ser perseguido como continuidade do aqui desenvolvido.

O passo primordial na trilha a ser seguida é ampliar estudos sobre a intersetorialidade. Faz-se necessário estabelecer prioridades para a questão da intersetorialidade, na busca de solução para problemas que transcendem o debate setorial. Artigo recente de Ana Luiza Viana e outros autores (VIANA et al., 2008) ressalta a necessidade de introdução da abordagem público-privada aos estudos sobre a regionalização da saúde, e a presente tese pode contribuir com a sugestão da inclusão do tema da intersetorialidade. Para tanto, é necessário rever a lógica de divisão do território que vem sendo aplicada nas políticas de saúde, com viés setorial, descolada dos modelos adotados pelos governos para o conjunto das políticas. No Espírito Santo, verificamos que há um trabalho de Hércules para a todo tempo ajustar dados, indicadores, valores financeiros, organizados pela Saúde dentro da divisão microrregional própria do setor, à lógica de divisão regional do

estado, para o cumprimento de ações de planejamento, de financiamento, de prestação de contas ao governo estadual.

A este ponto acrescentamos outro desdobramento futuro da pesquisa, com o objetivo de aprofundar a investigação sobre tendências de que sistemas regionalizados se configurem de forma hierarquizada. Uma hipótese é que, como temos o exemplo do setor da Educação, a distribuição da estrutura regionalizada de acordo com o ente federativo, seguindo hierarquia por nível de complexidade dos serviços, não seja apenas questão de acordo para a divisão de responsabilidades. Talvez esta divisão confirme um modelo, não somente uma proposta racional de divisão de atribuições, pensada como de caráter transitório e progressivo, em que cada ente vai assumindo novas responsabilidades de acordo com sua capacidade em dado momento.

Outra questão relevante para uma continuidade dos estudos é a necessidade de repensar as regiões metropolitanas e o grau de dependência das políticas de saúde com relação aos serviços ofertados em seu território. Os municípios da região metropolitana no estado do Espírito Santo, definida segundo a divisão político-administrativa do estado, que são a capital Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Guarapari e Fundão, não têm espaço de diálogo nas políticas de saúde porque a Saúde segue sua divisão territorial própria. No projeto de divisão regional da Saúde, estabelecido no Plano Diretor de Regionalização de 2003, definiu-se que cada um dos municípios maiores da região metropolitana participasse de uma microrregião de saúde diferente.

A região metropolitana tem uma série de questões de saúde próprias de grandes espaços urbanos, como o problema dos elevados números de casos de dengue, além de questões de organização do sistema de saúde, dado que grande parte dos serviços se situa em seu território. Há problemas nas relações federativas porque há fragilidades tanto no diálogo entre o estado e estes municípios quanto na relação município-município. Já adiantamos algumas recomendações iniciais como desafios à gestão estadual da saúde e à Comissão Intergestores Bipartite, que devem incluir na agenda a necessidade de institucionalizarem um espaço de discussão macrorregional, não existente, para dar início à busca de solução para estas questões já apontadas. Sugerimos a criação de comissões intergestores macrorregionais, além do esforço para ampliar a visão de uma organização do

sistema de saúde regionalizada, da qual faz parte o processo de planejamento, sendo portanto essencial a criação dos planos regionais de saúde. Indo além, também é necessário provocar a ampliação do debate sobre a configuração das próprias regiões metropolitanas no Brasil, suas condições de gestão, de partilha de poder e de financiamento. Este tema vem sendo discutido recentemente por vários autores e indica-se que há uma diversidade de situações no Brasil devido às peculiaridades destacadas nas várias Constituições Estaduais, criadas em 1989 após a Constituição Federal de 1988.

Este trabalho teve a preocupação de trazer para o debate da regionalização da saúde a existência de desafios contemporâneos, citados por Carlos Vainer (2006), colocados aos campos da ciência que estudam a região, o local, as escalas em geral que se transformam e modificam estruturas e ação política, e as relações, mostrando que deve ser evitado o "congelamento confortável das escalas". Compartilhamos da posição do autor de que "o poder, mais do que nunca, não está nem no local nem no regional, nem no nacional nem no global... mas na capacidade de articular escalas, de analisar e intervir de modo transescalar" (VAINER, 2006, p. 28). O desafio está colocado para se repensar o modelo de descentralização do SUS e de organização do sistema.

A participação social fundamental ao debate das políticas de saúde não foi objeto de análise desta tese. O recorte escolhido foi o da observação das relações federativas para, como desafio futuro, incorporar e criar paralelos entre a discussão da regionalização e de como se configura a participação social no SUS dentro dessa organização regionalizada. Dada a relevância da temática, já estamos desenvolvendo junto a outros pesquisadores um estudo sobre aspectos do controle social no estado do Espírito Santo, ainda em andamento, e em breve pretendemos apresentar contribuições para discutir a relação dos conselhos de saúde com a condução das políticas de saúde no ES, sobretudo no que tange a seu processo de descentralização e de regionalização das ações e serviços.

A modelagem das redes de atenção à saúde, por exemplo, e a tomada de decisão compartilhada sobre vários temas importantes do SUS têm sido conduzidas, no estado do Espírito Santo, de 2008 em diante, por acordos e consensos entre gestores estadual e municipais, em fóruns onde a participação da sociedade é limitada. Celia Almeida (ALMEIDA, 2003, p. 217) argumenta que o incentivo das

políticas de saúde à ampliação da pactuação e negociação cria um processo de decisão institucionalizado, desenrolado nas arenas intergovernamentais que são as Comissões Intergestoras como a CITs e as CIBs, de caráter burocrático, deslocando a participação social, e que este fator é agravado pelo "desprestígio dos fóruns colegiados com participação paritária da sociedade civil, como os conselhos de saúde".

O grande desafio deste trabalho foi seu pioneirismo de apresentar uma análise acadêmica da questão da descentralização e da regionalização e, principalmente, da análise das relações intergovernamentais no setor saúde no estado do Espírito Santo, sem poder contar com muitas referências bibliográficas sobre o tema, portanto assumindo humildemente a existência de lacunas, imprecisões na análise, limitações. A análise do estado do Espírito Santo baseou-se essencialmente nos documentos de gestão do governo do estado e da Saúde, nas atas das comissões intergestores e nos depoimentos dos entrevistados.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de sociologia e política*. Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005.

ABRUCIO, F.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M.F.; BEIRA, L. (Org.). *Tópicos de economia paulista para gestores públicos*. São Paulo: FUNDAP, 2007. Disponível em:<http://www.rn.gov.br/contentpeducoducao/ aplicacao/search-escola/arquivos/pdf/paper>. Acesso em: 15 abr. 2009.

ABRUCIO, F.; SOARES, M. *Redes federativas no Brasil:* cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Adenauer, 2001.

ABRUCIO, F. 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. 77-126.

_____. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de administração pública.* Edição Comemorativa 1967-2007, p. 67-86, 2007.

AFFONSO, R.B.A. Descentralização e reforma do Estado: a federação brasileira na encruzilhada. *Economia e sociedade*. Campinas, 14, 89-126, jun. 2000.

AFONSO, J.R. Brasil: um caso à parte. XVI REGIONAL SEMINAR OF FISCAL POLICY CEPAL/ILPES, Santiago de Chile, 29.01.2004. Disponível em: <http://www.eclac.org/ilpes/noticias/paginas /6/13526/ RobertoAfonso.pdf> Acesso em: 28 maio 2008.

_____.; ARAÚJO, E. Pós-constituinte e impostos indiretos: deformar ou reformar? In: PINTO, M. P.; BIASOTO JR., G. *Política fiscal e desenvolvimento no Brasil.* Campinas: UNICAMP, 2006.

_____.; REZENDE, F. A federação brasileira: desafios e perspectivas. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. (Org.) Federalismo e integração econômica regional: desafios para o Mercosul. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, FGV e Fórum of Federations, 2004. p. 301-362.

_____. Novos desafios à descentralização fiscal no Brasil: as políticas sociais e as de transferência de renda. In: SEMINÁRIO REGIONAL DE POLÍTICA FISCAL. 18., *Anais*... Santiago do Chile: CEPAL/ILPES. 2006.

ALMEIDA, C. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set-dez 2003.

ALMEIDA, M.H.T. Recentralizando a federação? *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ANDRADE, L.O.; SANTOS, L. Redes interfederativas de saúde e o SUS. *Divulgação para saúde em debate.* Rio de Janeiro, n. 42, p. 27-34, abril 2008.

ARAUJO, F.C. Ordenamento das finanças públicas e as condições fiscais dos estados brasileiros. Tese (Doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2006a.

ARAUJO, T. B. Planejamento regional e relações intergovernamentais. In: AFFONSO, R.; SILVA, P.L. (Org.). *A federação em perspectiva:* ensaios selecionados. São Paulo: FUNDAP, 1995, p. 473-494.

_____. Dinâmica regional brasileira: rumo à desintegração competitiva? In: OLIVEIRA, M.A.G. *Política e contemporaneidade no Brasil*. Recife: Bagaço. p. 245-298, 1997.

_____. Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: FLEURY. S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006b. p. 373-396.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais. *DADOS – revista de ciências sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e saúde coletiva,* v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BAHIA, L.; COSTA, N.; VAN STRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência e saúde coletiva*, v. 12 (Supl.), p.1791-1818, 2007.

BAHIA. Secretaria de Estado da Bahia. Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional (DIPRO). Nota técnica sobre PPI. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/ dipro/download/ppi2009/ Notatecnica sobreaPPI-2008.06.2009.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2010.

BANDEIRA, P.S. Uma experiência de institucionalização de regiões no Brasil: os COREDEs do Rio Grande do Sul. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL, 2007, Florianópolis. Colóquio Internacional Sobre Desenvolvimento Territorial Sustentável, 2007.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRAGA NETO, F.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.*). Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Edição Administrativa do texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n°1/1992 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n° 1 a 6/1994. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006a.

_____. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 14 set. 2000.

_____. Lei Complementar nº 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 07 de abril de 2005.

_____. 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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 31 dez 1990.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em:< http://siops.datasus.gov.br.> Acesso em: 2 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde. Coordenação de Integração Programática. Disponível em: .<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28763.> Acesso em: 21 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização – DAD. Informações gerais. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dad.> Acesso em: 2 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z*: garantindo saúde nos municípios., 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Ministerial nº 648/GM, de 28 de março de 2006. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863-GM, de 29 de setembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864-GM, de 29 de setembro de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 e anexos. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006c.

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 eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS*: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Interface dos instrumentos do sistema de planejamento e dos instrumentos de pactuação do SUS*. Brasília, setembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Nota Técnica* nº 21/2007 – SIOPS/AESD/SE/MS, 2007.

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.

CANNI, M.; GUZZO, M.S.P. *As relações intergestores existentes no município de Colatina e sua influência no processo de regionalização do sistema público de saúde.* Projeto de Intervenção apresentado como requisito parcial para obtenção do Grau de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Vitória: SESA/ES, COSEMS–ES, UFES, EMESCAM, 2004.

CASTRO, I. E. A região como problema para Milton Santos. *Scripta Nova*, Barcelona (Espanha), v. VI, n. 124, p. 19-25, 2002.

CASTRO, I. E. *Geografia e política*. Território, escalas de ação e instituições. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

CASTRO, I. E.; LOBATO, R. B.; GOMES, P. C. *Brasil*: questões atuais da reorganização do território. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

COMISSÃO Intergestores Bipartite (CIB-ES). Resolução nº2, de fevereiro de 1997.

COMISSÃO Intergestora da Microrregião Metropolitana. Espírito Santo. Ata de reuniões,1997.

CONSELHO Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Revista CONASEMS*. ano VI, nº 31, set-out, 2009

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde. *Nota Técnica* nº 21. Brasília, 24 de agosto de 2009. 2009b

CONSELHO Nacional de Secretários de Saúde. *Nota Técnica* nº 20. Brasília, 20 de agosto de 2009. 2009a

COSEMS-RJ. Manual do Gestor. Rio de Janeiro, 1999.

CUNHA, Rosani E. da. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO CLAD SOBRE REFORMA DO ESTADO E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. 9., Madri, Espanha, novembro de 2004.

DAIN, S., LIMA, L. et al. *Relações fiscais e financiamento do SUS*: breve balanço do Pacto pela Saúde e construção de alternativas para a partilha intergovernamental de recursos na saúde. Projeto de pesquisa "Análise das estratégias de financiamento, incentivos e demais modalidades e critérios de repasse de recursos no SUS, em articulação com a gestão do sistema em nível intergovernamental". Mimeo, s.d.

DAIN, Sulamis. *A economia política da reforma tributaria de 2003*. In: PINTO, M. P.; BIASOTO JR., G. (Org.). *Política fiscal e desenvolvimento no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2006.

DAIN, Sulamis. *Do direito social à mercadoria*. Tese (Concurso de professor titular) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, supl., p. 1851-1864, 2007.

DALLARI, S.G. Os *estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

ESPÍRITO SANTO. Constituição do Estado do Espírito Santo. 05 de outubro de 1989. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 63, de 30 de dezembro de 2009. Disponível em: http:// www.tce.es.gov.br/PortalTcees/ Paginas/download.

ESPÍRITO SANTO. Instituto Jones dos Santos Neves. Investimentos Previstos para o Espírito Santo – 2007-2012. Disponível em http://www.ijsn.es.gov.br. Acesso em 15 de setembro de 2008. 2007b.

ESPÍRITO SANTO. Instituto Jones dos Santos Neves. Mapa de Divisão Regional do Espírito Santo. Coordenação de Geoespacialização, agosto de 2008. Disponível em www.ijsn.es.gov.br. Acesso em: 29 jan. 2009. 2008h.

ESPIRITO SANTO. Instituto Jones dos Santos Neves. Panorama Econômico – Espírito Santo 2009. Agosto de 2009.

ESPIRITO SANTO. Lei Complementar Nº 317 de 30 de dezembro de 2004. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito

Santo – SES/ES, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP, e dá outras providências. 2004a.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 5.120, de 30 de novembro de 1995. Dispõe sobre a criação de Macro Regiões de Planejamento e Micro Regiões de gestão Administrativa no Estado do Espírito Santo.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 5.341, de 19 de dezembro de 1996. Institui o Programa de Aprimoramento Gerencial do Sistema de Saúde do Estado do Espírito Santo.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 5.344, de 19 de dezembro de 1996. Altera a distribuição de ICMS - Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação aos Municípios do Estado.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 5.469, de 22 de setembro de 1997. Altera dispositivos da Lei nº 5.120, de 01 de dezembro de 1995, que dispõe sobre a Regionalização do Estado do Espírito Santo.

ESPÍRITO SANTO. Nova Série das Contas Regionais – PIB ES (mudança de base). Nota do Instituto Jones do Santos Neves. Secretaria de Estado da Fazenda. s/d. Disponível em http://www.ijsn.es.gov.br/contasregionais /novaserie.pdf. Acesso em 10 de julho de 2008. 2008a

ESPIRITO SANTO. Plano Estadual de Saúde – Quadriênio 2008-2011. Vitória: Governo do Estado, 2008. 2008b

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Ajustamento no Modelo de Organização e Gestão Estratégica e Tática da SESA - Modelo de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde - Referências, análises e recomendações. Vitória: Macroplan, 2008. 2008f.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Consórcios. Nota Técnica nº01/08. 2008c

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Consórcios. Relatórios sobre a atuação dos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Espírito Santo. Vitória, 2007 e 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Consórcios*. Relatório da Visita Técnica realizada à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Vitória, fevereiro, 2008. 2008i.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Construindo o SUS no Espírito santo.* Um pacto pela saúde no Espírito Santo. Oficinas Microrreginais-2005. Implantação das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais. Guia do Facilitador e Guia do Participante. Vitória, 2005a.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Nota Técnica sobre o Pacto de Gestão*. Vitória, 2008e.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Notícias. "Oficinas Microrregionais discutem projetos prioritários da saúde". SESA, 12/09/2005. 2005b.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Pacto de Gestão*. Pacto da Saúde. 2008, Vitória, 2008g.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2004-2007*. Vitória, 2004b.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Regulação, Controle e Avaliação.* Vitória, 2004c.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de Gestão Anual 2006*. Vitória, 2007a.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório de Gestão Anual 2007*. Vitória, 2008d.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Relatório Técnico Executivo: Oficina de Implantação da CIB Micro Colatina*. Colatina, 26 e 27/09/2005. 2005c.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. *Saúde para todos:* descentralização do desenvolvimento da saúde. Secretaria de Estado da saúde 1996-1998. Apresentação. Vitória, s.d.

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

FELICÍSSIMO, J.R. Descentralização e Regionalização Politico-Administrativa. *São Paulo em perspectiva,* v. 5, n. 4, p. 60-72, out-dez. 1991.

FELICÍSSIMO, J.R. Estado regional no Brasil: dilemas de um drama inconcluso. *São Paulo em perspectiva*, v. 3, n. 1/2), p. 13-24, jan-jun 1989.

FERREIRA, P.C.B. *O processo de implantação da Norma Operacional Básica 01/96 no estado do Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Práticas em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FLEURY, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

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

FRANCO, M.L. *Análise de conteúdo*. 3 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A.L. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. (Org.) *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS, 2005. p. 307-352.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A.C. *Finanças públicas: teoria e prática no Brasil.* 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

GIL, A.C.; LICHT, R.H.; YAMAUCHI, N.I. Regionalização da saúde e consciência regional. HYGEIA, Revista *brasileira de geografia médica e da saúde*, v. 2, n. 3, p. 35-46, dez 2006.

GIOVANELLA et al. (Coord.). *Estudos de caso sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos.* Relatório Final Vitória. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de Saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 21, p. 1017-1025, 2005.

HAESBAERT, R. Região, diversidade territorial e globalização. *GEOgraphia*, Niterói, ano 1, n. 1, 1999.

HUTCHINSON, P.L.; LAFOND, A.K. *Monitoring and evaluation of decentralization reforms in developing countries health sector.* Bethesda. MD: The Partners of Health Reforms Project/ABT Associates Inc, 2004.

INOJOSA, R.M. *Gestão social governamental:* os novos paradigmas do setor público. Palestra realizada na I Conferência Internacional de Gestão Social, realizada em Porto Alegre, 2004. Disponível em: http://www.sesirs.org.br/conferencia/ conferencia 2005/ papers/inojosa.pdf. Acesso em: 21 out. 2009.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. *Articulações entre o serviço público e o cidadão*. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

KOGA, D.; NAKANO, K. Perspectivas territoriais e regionais para políticas públicas brasileiras. *Revista serviço social e sociedade*, n. 85, mar. 2006.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. La Construcción del Federalismo Democrático en Brasil. *Revista de Economia Información Comercial Española*, v. 810, p. 105-122, 2003.

LEVCOVITZ, Eduardo. Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS (um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde - 1974/1996). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.

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. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social/UERJ, 2006.

LIPJHART, Arend. *Democracies*. Patterns of majoritarian and consensus government in twenty-one countries. New Haven: Yale University Press, 1984.

LOPREATO, F.L. *O colapso das finanças estaduais e a crise da federação*. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

LOPREATO, F.L.C. Um novo caminho do federalismo no Brasil? *Economia e sociedade*, Campinas, v. 9, p. 95-114, dez. 1997.

MACHADO, C.V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social/UERJ, 2005.

MANSUR, M.C. o financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARTINS, E.P. *O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo no processo decisório (1997-2000)*: um estudo exploratório. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MARTINS, Gilberto de A. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, E.V. *A modelagem da gestão descentralizada do SUS no Espírito Santo.* Vitória, 2004. (mimeo).

MENDES, E.V. *A organização da saúde no nível local.* São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MORA; GIAMBIAGI. *Federalismo e endividamento subnacional*: uma discussão sobre a sustentabilidade da dívida estadual e municipal. Brasília: IPEA, 2005 (Texto para Discussão n. 1.142).

MORA, M. *Federalismo e dívida estadual no Brasil.* Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão n. 866).

NEVES, L.A.S.; RIBEIRO, J.M. Consórcios de Saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, Rio de Janeiro, out. 2006.

NEVES. L.A.S. Consórcio intermunicipal de saúde da região de Penápolis (SP): elementos da cooperação política. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. e BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde e Sociedade, v. 13 (3): 44-57, set-dez 2004.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 435-472, 2008.

OLIVEIRA Jr, Mozart, 1993. Critérios para repasse dos recursos federais: papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. Artigo de discussão para a 11a Conferência Nacional de Saúde (mimeo), 2000.

OLIVEIRA, José Teófilo. *O ajuste fiscal do governo do estado do Espírito Santo no triênio 2003-2005*. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Fazenda, 2006.

OUVERNEY, A.M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Divulgação para saúde em debate*. Rio de Janeiro, n. 42, p. 12-22, abril 2008.

PAIM, J.S. Regionalização em saúde: a atualização de uma agenda política. *Divulgação para saúde em debate*. Rio de Janeiro, n. 42, p. 23-26, abril 2008.

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

PINTO, M. P.; BIASOTO JR., G. *Política Fiscal e desenvolvimento no Brasil.* Campinas: Editora da UNICAMP, 2006.

QUEIROZ, L. et al. *Consórcios públicos e o SUS*: adventos da nova regulamentação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA/ABRASCO, Olinda, Pernambuco, novembro 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/banner_consorcio_publico.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2010

REZENDE, F.; OLIVEIRA F.A. (Org.). *Descentralização e federalismo no Brasil:* desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, dez. 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. *Manual de orientações técnicas:* Programação pactuada e integrada da assistência – PPI. Porto Alegre, agosto 2008. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: 25 jan. 2010.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico. *SUS*: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: IDISA, 2007.

SANTOS, Lenir. O que são redes? In: SILVA, Silvio Fernandes. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS*: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA, 2008. p. 29-34.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Laura Maria. *O Brasil*: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHNEIDER, A.C. Cooperação Intermunicipal? Um estudo sobre o consórcio de saúde da região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, Silvio Fernandes. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS*: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA, 2008.

SINGER, Paul. A raiz do desastre social: a política econômica de FHC. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.). *O desmonte da nação:* balanço do governo FHC. Petrópolis: Vozes, 1999.

SODRÉ, Francis. *O campo político da saúde do trabalhador*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

SOLLA, J.; CHIORO, A. atenção ambulatorial e especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SOUZA, Celina; DANTAS NETO, Paulo Fábio (Org.). *Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de sociologia e política*, Curitiba, v. 24, p. 105-122, 2005.

SOUZA, Celina. *Subnational constitutionalism in Brazil:* taxing, spending and borrowing. Paper apresentado no Seminário "Federalism and Subnational Constitutions: designs and reforms", realizado em Bellagio, Italia, março 2004.

SOUZA, Renilson R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C.; VIANNA, C. *Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999, p.15-58.

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

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, n. 4, . 893-902, 2007.

TSEBELIS, George. Processo decisório em sistemas políticos: veto players no presidencialismo, parlamentarismo, multicameralismo e pluripartidarismo. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 12, n. 34, p. 89-117, 1997.

VAINER, C.B. Fragmentação e projeto nacional: desafios para o planejamento regional. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PLANEJAMENTO URBANO E REGIONAL. 12., Belém: 2007.

VAINER, C.B. Regionalismos contemporâneos. In: AFFONSO, R.B.; SILVA, P.L.B. *A federação em perspectiva:* ensaios selecionados. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 449-471.

VARGAS, Neide C. Estados no Brasil e o controle fiscal e financeiro pela União no pós-real. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

VIANA, A.L. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan.-jun., 2008.

APÊNDICE A – Categorias de análise da pesquisa de campo

EIXO I - O ESPIRITO SANTO
CATEGORIA DE ANÁLISE I.1 - O Espírito Santo no federalismo brasileiro
UNIDADES DE REGISTRO
a) ES - Plano 2025 e outros instrumentos de planejamento e gestão do governo estadual
b) Espírito Santo ente federativo
EIXO II - O SUS NO ESPIRITO SANTO
CATEGORIA DE ANÁLISE II.1 - Governo e política estadual e suas influências sobre a implementação do SUS no ES
UNIDADES DE REGISTRO
a) ES - Relação Crescimento estadual-Atenção à Saúde
b) ES – relação entre governo, economia e saúde
CATEGORIA DE ANÁLISE II.2 - O financiamento da saúde no Espírito Santo
UNIDADES DE REGISTRO
a) SIOPS
b) Financiamento da REGIONALIZAÇÃO
c) Financiamento federal, estadual, municipal
d) Financiamento estadual
e) Financiamento Média Complexidade
f) Financiamento Atenção Primaria
g) Financiamento Alta Complexidade
h) Financiamento X Indicadores
i) Financiamento X Oferta de Serviços
j) Fundo de Saúde
k) PPI
CATEGORIA DE ANÁLISE II.3 – Política e Gestão do SUS no Espírito Santo
UNIDADES DE REGISTRO
a) Gestão Estadual da Saúde-ATUAL
b) Gestão Estadual da Saúde-HISTÓRICO
c) Gestão Municipal da Saúde
d) Fatores Externos influenciando o SUS no ES
e) Papéis SESA
f) Atores – COSEMS, Ministério da Saúde, Conselho de Saúde, Ministério Público
g) Atenção a saúde – primaria, media, alta
h) Intersetorialidade
i) Pacto pela Saúde
j) PDR 2003/NOAS
k) Relações entre esferas de governo na gestão do SUS
l) CIB Estadual

m) Lei do ICMS e GPSM no ES
EIXO III - A REGIONALIZAÇÃO NO SUS NO ESPIRITO SANTO
CATEGORIA DE ANÁLISE III.1 - A gestão (organização e funcionamento) do SUS nas regiões
UNIDADES DE REGISTRO
a) Visão da SESA sobre a Regionalização
b) Visão do município sobre a Regionalização
c) Microrregioes de Saúde Antigas
d) Microrregião (ões) - CARACTERÍSTICAS GERAIS
e) Macrorregião (ões)
f) Superintendências
g) Redes de atenção e regionalização
CATEGORIA DE ANÁLISE III.2 - As concepções de (políticas de) regionalização adotadas no ES
UNIDADES DE REGISTRO
a) Lei 4.317/90
b) Lei 5120/95 e repercussão na saúde
c) PDR 2003/NOAS
d) Lei 317/04
e) Consórcios
CATEGORIA DE ANÁLISE III.3 - O Espaço de Discussão Regional Intergestores ou A atuação das arenas regionais intergestores
UNIDADES DE REGISTRO
a) CIB Micro
b) CIM – Comissão Intergestores Microrregional

APÊNDICE B – Trechos das leis e normas federais sobre regionalização da saúde

Legislação	**Sobre a regionalização da saúde**
Constituição Federal de 1988	"Art. 198: As ações e serviços de públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade"
Lei 8.080, de 1990	"Art.7 – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde de todos os níveis de assistência; II – integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.(...) Art. 8 – As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de saúde – SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente."
Lei 8.142, de 1990	"Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: (...) IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Art. 3° Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. § 1° Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1° do mesmo artigo. § 2° Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados. § 3° Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2° desta lei."
NOB 01/91	"PARTE I – FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL: (...) 1.1.8 – O Sistema de Cobertura Ambulatorial será executado em 04 (quatro) etapas:

	(...) 3ª – articulação entre Municípios através da constituição de Consórcios com o objetivo de desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam; (...) PARTE II – INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO (...) 2.3 – DOS CONSÓRCIOS ADMINISTRATIVOS INTERMUNICIPAIS 2.3.1 – Os Consórcios Administrativos serão acordos firmados, na forma do subitem 1.1.8.3.1, entre entidades da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes. 2.3.2 – Aplicam-se aos Consórcios Administrativos todos os princípios e preceitos regedores dos convênios. 2.3.3 – Os Consórcios dependem de autorização legislativa para serem validamente celebrados e serão dirigidos por um profissional da área de saúde, por um Prefeito ou por qualquer membro da população indicado pelos representantes junto ao consórcio, de cada município. 2.3.4 – Comporá, ainda, os consórcios, um Conselho Fiscal e uma Diretoria Administrativa."
NOB 01/93	"Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS – a Lei 8.080 de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90 – e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993. A construção do SUS e um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos: a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social; b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões; c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, corno mecanismo privilegiado de participação e controle social; d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde; e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população. f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modele para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

	g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo. Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.”
NOB 01/96	“4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município — o SUS-Municipal — voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. (...) A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a consequente espoliação crescente de outros. (...) As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação. O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados. (...) 5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais. Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES). (...) 8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO (...) A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais. (...) 9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE (...) Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na

	consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.
NOAS 01/02	"CAPÍTULO I – DA REGIONALIZAÇÃO 1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. 1.1 O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. I.1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (...) 2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização – PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. 3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. 4. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir: (...) b) o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais. 5. Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR: a) região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais. b) módulo Assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 8 – Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características: - conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou - município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios. c) município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A) – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e

	para a população de outros municípios a ele adscritos. d) município-pólo (GPSM ou GPAB-A) – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção. e) unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado. (...) 6.1.1 na sua elaboração: a) cabe às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais. b) o PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência. c) o PDR subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões. (...) 8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. (...)18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado. 19. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, economias de escala, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações. (...) 22.2 Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores."
Pacto pela Saúde – 2006 – Pacto de Gestão	"O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos.

	Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. As prioridades do Pacto de Gestão são: DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação. ESTABELECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. (...) A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no corpo deste documento. O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada. O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR. 2.1- Objetivos da Regionalização: Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal; Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país; Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

	- Regiões de Saúde As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território; (...)Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares. O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município. (...) Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB; O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva; O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.”

APÊNDICE C – Sobre os blocos de financiamento do Pacto pela Saúde de 2006

O Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde de 2006 estabeleceu que os recursos federais seriam transferidos a estados e municípios em blocos de financiamento, no total de seis: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos. O Bloco da Atenção Básica, constituído por dois componentes: Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

Os recursos do PAB Variável são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde. O Ministério da Saúde propõe o incremento de recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais, correspondente a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do estado, condicionado à pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e informado ao plenário da CIT, devendo atender às especificidades estaduais e ser regulamentado por ato normativo específico.

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O primeiro (MAC) destina-se ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde. Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico. Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio

do FAEC e não contemplados acima, com o Pacto devem ser incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite.

O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde tem dois componentes: Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; Componente da Vigilância Sanitária em Saúde. No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, também estão incluídos recursos federais com repasses específicos.

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico; Componente Estratégico; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional. O Bloco de Gestão do SUS é composto por: Componente para a Qualificação do SUS; e Componente para a implantação de ações e serviços de saúde. Cada um dos blocos teve sua regulamentação dada pela publicação de Portarias específicas pelo Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais na forma de blocos de financiamento, como previsto no Pacto. E a Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009, acrescentou mais um bloco, o Bloco de Investimentos.

APÊNDICE D – Projeto Construindo o SUS no Espírito Santo (continua)

PROJETO CONSTRUINDO O SUS – ES			
PORTARIA	**OBJETO**	**JUSTIFICATIVA**	**OBJETIVOS PROPOSTOS**
035	Redução da Mortalidade Infantil	• Compromisso prioritário do Governo com a redução da mortalidade infantil • Necessidade de detalhar técnica e operacionalmente o projeto prioritário da redução da mortalidade infantil no Estado	I - Elaborar o diagnóstico da morbi-mortalidade infantil por microrregião, faixa etária e causas básicas; II – Definir estratégias de intervenção de acordo com o perfil epidemiológico identificado, relativas aos serviços de saúde e a outros setores; III – Desenhar a rede assistencial integrada de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e às crianças de até 01 ano de idade, consistente com o Plano Diretor da Regionalização; IV – Sugerir ao Secretário de estado da Saúde instituções e personalidades para compor o Comitê Estadual de Defesa da Vida; V – Desenvolver propostas para implantação de comitês de mortalidade infantil e de mortalidade materna no Estado; VI – Desenvolver e coordenar o desenvolvimento das oficinas de alinhamento sobre o programa de redução da mortalidade infantil em todas as microrregiões do estado; VII – Elaborar o protocolo clínico integrado de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e às crianças até 01 ano de idade; VIII – Propor uma estratégia de mobilização social para o programa de redução da mortalidade infantil; IX – Outros objetivos definidos pelo grupo e aprovados pela Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Projeto Construindo o SUS – ES

PROJETO CONSTRUINDO O SUS NO ES (continuação)

036	Desenvolvimento Institucional	• Necessidade de desenvolver a capacidade institucional do Sistema Público Estadual de Saúde, segundo as novas demandas, definidas pela Legislação do SUS.	I – Alinhar o conceito de desenvolver capacidade institucional; II – Elaborar o diagnostico da capacidade institucional do Sistema Público Estadual de Saúde; III – Elaborar o plano de desenvolvimento da capacidade institucional do Sistema Público de Saúde Estadual; IV – Conceber e implantar o sistema gerencial do Sistema Público de Saúde Estadual; V - Outros objetivos definidos pelo grupo e aprovados pela Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Projeto Construindo o SUS – ES
037	Atenção Primária	• Necessidade de desenvolver técnica e operacionalmente as diretrizes do projeto prioritário "Programa Saúde da Família"	I – Alinhar conceitualmente a atenção primária à saúde como estratégia de organização primária à saúde; II – Desenvolver o sistema de certificação das equipes do PSF; III – Desenvolver o incentivo estadual do PSF e os termos de compromisso de gestão; IV – Desenvolver o prontuário de saúde da família; V – Desenvolver o sistema de monitoramento das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; VI – Desenvolver o sistema de educação permanente das equipes de PSF; VII – Desenvolver o projeto físico das unidades básicas de saúde da família; VIII – Desenvolver o sistema de melhoria da qualidade da atenção à saúde; IX – Elaborar e implantar, junto com o GT Desenvolvimento Institucional, o lugar institucional da atenção primária no sistema gerencial da SESA; X - Outros objetivos definidos pelo grupo e aprovados pela Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Projeto Construindo o SUS - ES

PROJETO CONSTRUINDO O SUS NO ES (conclusão)

038	Regionalização	• Necessidade de implantar o Plano Diretor de Regionalização – PDR-ES; • Necessidade de implementar o Plano Diretor de Investimentos – PDI; • Necessidade de operacionalizar a Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência do ES; • Necessidade de institucionalizar as Micro e Macrorregiões de Saúde previstas no PDR; • Necessidade de reestruturar as instâncias gestoras de âmbito regional (Superintendências Regionais de Saúde)	I – Institucionalizar as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais; II – Implantar as Centrais de Regulação, macro e microrregionais, para agendamento eletrônico de internações hospitalares, de consultas médicas especializadas, de exames diagnósticos e para a regulação da urgência e emergência; III – Desenvolver instrumentos de apoio técnico e financeiro aos hospitais e pólos microrregionais para aumentar sua resolutividade; IV – Implementar gradualmente sistemas integrados de saúde nas microrregiões de saúde, estimulando a implantação de novos pontos de atenção à saúde, nele incluído o Sistema Estadual à Urgência, a partir da atenção pré-hospitalar; V – Adequar o PDI em consonância com as prioridades definidas pela SESA; VI – Instituir o monitoramento da PPI da Assistência, selecionando instrumentos e indicadores para tal; VII – Iniciar processo de contratualização, como instrumento de regulação do sistema; VIII - Outros objetivos definidos pelo grupo e aprovados pela Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Projeto Construindo o SUS - ES
039	CONSTRUINDO O SUS - ES	• Necessidade de coordenar e acompanhar de forma sistemática as atividades dos diversos grupos técnicos constituídos com vistas ao desenvolvimento do Sistema Estadual de Saúde e da capacidade institucional da SESA – Projeto Construindo o SUS – ES; • Necessidade de articular as atividades dos grupos técnicos com o apoio de consultores externos	

Fonte: Elaboração própria a partir de Diário Oficial do estado do Espírito Santo, de 29 de março de 2004.

APÊNDICE E – Quadro de governadores e secretários estaduais de saúde do estado do Espírito Santo – anos 1980, 1990 e 2000

PERÍODO GOVERNO ESTADUAL	GOVERNADOR	ANO INÍCIO GESTAO	PERÍODO GESTAO SAÚDE	NOME DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE	DECRETO DE NOMEAÇÃO	DECRETO DE EXONERAÇÃO
1979-1983	Eurico Vieira de Rezende	1979	16/03/1979-15/03/1983	Gélio Faria		
1983-1986	Gerson Camata	1983	15/03/1983-14/05/1986	Douglas Puppin		
1986-1987	José Moraes	1986	25/06/1986-16/03/1987	Arildo Abreu		
1987-1990	Max de Freitas Mauro	1987	16/03/1987-30/06/1988	Gilson Carone		
		1988	30/06/1988-21/11/1989	Nilton Gomes Oliveira (Baiano)	746-P, PUB. 30/06/88	826-P, PUB. 21/11/89
		1989	01/12/1989-16/03/1991	Jarbas Ribeiro de Assis Jr		
1991-1994	Albuíno Azeredo	1991	16/03/1991-08/01/1993	Luiz Alberto Tavares		
		1993	08/01/1993-29/07/1993	Geraldo Correa Queiroz		
		1993	29/07/1993-01/04/1994	Luiz Buaiz		
		1994	12/04/1994-16/05/1994	Antonio Vieira de Mello		
		1994	17/05/1994-01/08/1994	João Vidal Moraes		
		1994	08/08/1994-01/01/1995	Hércules Silveira		
1995-1998	Vitor Buaiz	1995	01/01/1995-09/02/1996	Pedro Benevenuto		
		1996	09/02/1996-05/03/1996	Luiz Carlos Cecilliote da Cunha (designado)		
		1996	05/03/1996-27/04/1998	Nélio Almeida	73, pub. 06/03/1996	172, pub. 27/04/1998
		1998	27/04/1998-30/12-1998	Valdir Turini	174, pub. 27/04/1998	635, pub. 30/12/1998
1999-2002	José Inácio Ferreira	1999	01/01/1999-06/03/2001	João Felício Scardua	08-P, PUB.01-01-99	222-S, PUB 06-03-01
		2001	06/03/2001-05/04/2002	Nilton Baiano (Gomes Oliveira)	223-S, PUB. 06/03/01	557-S, pub. 05/04/2002
		2002	06/04/2002-14/04/2002	Rosane Ernestina Mageste	405-R, Port. Respondendo	
		2002	16/04/2002-31/12/2002	Carlos José Cardoso	715-S, PUB. 16/04/02	2296-S, PUB. 31/12/02
2003-2006	Paulo Hartung	2003	01/01/2003-21/07/2003	José Tadeu Marino	12-S, PUB. 02/01/03	1532-S pub. 22/07/2003
		2003	22/07/2003-27/07/2003	Francisco José Dias da Silva (respondendo)	1533, pub. 22/07/2003)	
		2003	29/07/2003-04/01/2005	João Felício Scardua	1575-S PUB.29/07/03	07-S, PUB. 04/01/05
		2005	04/01/2005-	Anselmo Tozi	08-S, PUB. 04/01/05	
2007-2010	Paulo Hartung	2007	mantido	Anselmo Tozi		

FONTE: elaboração própria a partir de dados obtidos na SESA-ES, busca no *site* do *Diário Oficial do Estado*, arquivos do governo, internet. Restrito às últimas três décadas (1979 a 2009)

APÊNDICE F – Consórcios municipais de saúde no ES – 1998 (continua)

ESPÍRITO SANTO			
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE GESTÃO MUNICÍPIOS POR REGIÃO		**CONSÓRCIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE MUNICÍPIOS POR CONSÓRCIO**	
Situação inicial - 1998			
1 - METROPOLITANA	Vitória Vila Velha Cariacica Serra Viana Fundão Guarapari		
2 - METRÓPOLE EXPANDIDA SUL	Anchieta Piúma Iconha Itapemirim Alfredo Chave Marataízes	CONSÓRCIO EXPANDIDA-SUL	Anchieta Piúma Iconha Itapemirim Guarapari
3 – CENTRAL-SERRANA	Santa Leopoldina Santa Maria do Jetibá Santa Teresa São Roque do Canaã Itarana Itaguaçu	CONSÓRCIO CENTRAL-SERRANA	Santa Maria do Jetibá São Roque do Canaã Itarana Itaguaçu
4 – SUDOESTE SERRANA	Domingos Martins Marechal Floriano Afonso Cláudio Conceição do Castelo Venda Nova do Imigrante Laranja da Terra Brejetuba	CONSÓRCIO SUDOESTE SERRANA – CIS PEDRA AZUL	Domingos Martins Marechal Floriano Afonso Cláudio Conceição do Castelo Venda Nova do Imigrante Laranja da Terra Brejetuba Santa Maria do Jetibá
5 – POLO LINHARES	Ibiraçu João Neiva Aracruz Linhares Rio Bananal	CONSÓRCIO POLÍGONO NORTE	Ibiraçu João Neiva Aracruz Santa Teresa São Roque do Canaã Fundão
		CONSÓRCIO ENTRE LINHARES E RIO BANANAL	Linhares Rio Bananal
6 - PÓLO COLATINA	Colatina Marilândia Itaguaçu Baixo Guandu Pancas Alto Rio Novo Itarana		
7 - NOROESTE I	Vila Pavão Barra de São Francisco Água Doce do Norte Mantenópolis Ecoporanga	CONSÓRCIO REGIÃO NOROESTE	Vila Pavão Barra de São Francisco Água Doce do Norte Mantenópolis Ecoporanga São Gabriel da Palha Águia Branca São Domingos Alto Rio Novo Pancas

Consórcios municipais de saúde no ES – 1998 (conclusão)

8 - NOROESTE II	Nova Venécia Boa Esperança São Gabriel da Palha Águia Branca São Domingos Vila Valério	CONSÓRCIO * (nome não identificado)	Nova Venécia São Gabriel da Palha Águia Branca São Domingos Vila Valério
9 – LITORAL NORTE	Jaguaré São Mateus Conceição da Barra Pedro Canário	CONSÓRCIO REGIÃO NORTE	Nova Venécia Boa Esperança Vila Valério Jaguaré São Mateus Conceição da Barra Pedro Canário Pinheiros Montanha Mucurici
10 - EXTREMO NORTE	Pinheiros Montanha Mucurici		
11 - PÓLO CACHOEIRO	Cachoeiro de Itapemirim Vargem Alta Castelo Jerônimo Monteiro Muqui Atilio Vivacqua Mimoso do Sul Apiacá Bom Jesus do Norte São José do Calçado Presidente Kenedy Rio Novo do Sul	CONSÓRCIO POLO CACHOEIRO	Cachoeiro de Itapemirim Vargem Alta Castelo Jerônimo Monteiro Muqui Atilio Vivacqua Mimoso do Sul Apiacá Bom Jesus do Norte São José do Calçado Presidente Kenedy Rio Novo do Sul
12 - CAPARAÓ	Alegre Guaçui Dores do Rio Preto Ibitirama Divino São Lourenço Iúna Irupi Ibatiba Muniz Freire	CONSÓRCIO REGIÃO CAPARAÓ	Alegre Guaçui Dores do Rio Preto Ibitirama Divino São Lourenço Iúna Irupi Ibatiba Muniz Freire

Fonte: Atas das Reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do Espírito Santo, 1997. Em vermelho, destacamos aqueles municípios que pertencem a outra região administrativa.

ANEXO A – Espírito Santo – Pacto de Gestão do SUS - sobre as ações para a organização da alta complexidade, 2008

ESPÍRITO SANTO – PACTO DE GESTÃO DO SUS - SOBRE AS AÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE
Ações:
1) Organização da alta complexidade com aumento do número de leitos de UTI e UTIN: Ampliação e otimização dos serviços de UTI dos Hospitais filantrópicos do SUS na perspectiva de aumento de 86 leitos para 116 leitos em 12 meses reduzindo a necessidade de compra de leitos na rede privada.
2) Ampliação do acesso da população à Hemodiálise na Macrorregião Norte nos Municípios de Linhares (em funcionamento) e São Mateus (2008)
3) Implantação da Atenção Oncológica na Macrorregião Norte.
4) Apoio à estruturação e insumos estratégicos da rede hospitalar para ampliar a capacidade instalada e para minimizar os vazios assistenciais, identificados historicamente e contemplados no PDR. Investimentos: **Macrorregião Centro** Hospital Evangélico de Vila Velha – R$ 1.600.000,00 Santa Casa de Misericórdia de Vitória – R$ 300.000,00 Santa Casa de Misericórdia de Vitória – R$ 4.600.000,00 (construção de unidade de terapia intensiva com 30 leitos, equipamentos como parte da Rede de Urgência Emergência da Região Metropolitana). Hospital dos Servidores Públicos – R$ 980.000,00 (destinados à área de ortopedia e urologia) Hospital dos Servidores Públicos – R$ 1.350.000,00 (em fase de consolidação). **Macrorregião Sul** Hospital Evangélico de C. do Itapemirim – R$ 1.550.000,00 Hospital Infantil de C. do Itapemirim – R$ 1.100.000,00 Santa Casa de Misericórdia de C. Itapemirim – R$ 2.300.000,00 Hospital São José em Alegre – R$ 2.500.000,00 **Macrorregião Norte** Hospital Geral de Linhares – R$ 800.000,00
5) Implantação da Política Estadual de Incentivo à ampliação e otimização do Serviços de Terapia Intensiva dos Hospitais Filantrópicos do SUS, por adesão, para reequilibrar financeiramente os custos operacionais das UTI, com a consequente ampliação da oferta. (Diárias de R$ 640,00). Valor Estimado: R$ 24.000.000,00

Fonte: Pacto de Gestão Estadual – Espírito Santo. Versão Final, 20/12/2007

ANEXO B – Constituição Estadual do Espírito Santo – artigos sobre regionalização

(...)
Art. 150
§ 1º - A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública estadual, direta e indireta, para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.(...)
§ 4º - Os planos e programas estaduais, regionais e setoriais, previstos nesta Constituição, serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pela Assembleia Legislativa.(...)
§ 6º - O projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito sobre as receitas e despesas decorrentes de isenções anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia.
§ 7º - Os orçamentos previstos no § 5º, I e II, compatibilizados com o plano plurianual, terão entre suas funções, a de reduzir as desigualdades regionais segundo critério estabelecido em lei.(...)

Art. 162 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (...)

Art. 164 No sistema único de saúde compete ao Estado, além das atribuições estabelecidas na Constituição Federal e na legislação complementar: (...)
II - responsabilizar-se pelos serviços de abrangência estadual ou regional, ou por programas, projetos ou atividades que não possam, por seu custo, especialização ou grau de complexidade ser executados pelos Municípios; (...)
VIII - desenvolver o sistema estadual público regionalizado de coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados; (...)
Art. 211 O Estado estabelecerá política de desenvolvimento estadual a ser orientada e executada conforme princípios e objetivos estabelecidos nesta Constituição, através de:
I - elaboração do plano estadual de desenvolvimento e dos orçamentos, estruturados de forma a garantir a regionalização adequada da distribuição dos recursos estaduais;
II - articulação, integração e descentralização dos diferentes níveis de governo e de suas entidades da administração direta e indireta, a nível regional; (...)
Art. 212 – (...)
Parágrafo único - Será garantida a participação dos Municípios no sistema estadual de planejamento e na elaboração dos planos e programas anuais e plurianuais regionalizados. (...)
Art. 213 São instrumentos básicos da política de desenvolvimento estadual o plano estadual de desenvolvimento, o orçamento estadual regionalizado, o plano de ordenação territorial e os planos e programas regionais de duração anual e plurianual.
§ 1º - O plano estadual de desenvolvimento deverá estabelecer as exigências necessárias a compatibilização dos investimentos privados de grande impacto com os objetivos do desenvolvimento estadual.
§ 2º - O plano de ordenação territorial deverá conter a regulamentação das atividades econômicas através o zoneamento industrial, agrícola e ambiental.
§ 3º - Na elaboração do orçamento estadual regionalizado deverão ser consultados os Municípios integrantes das respectivas regiões. (...)
Art. 215 Lei complementar disporá sobre a política de incentivos, visando a redução das desigualdades regionais e ao desenvolvimento equilibrado do Estado.
Art. 216 O território estadual poderá ser dividido mediante lei complementar, total ou parcialmente, em unidades regionais, tais como regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesses comuns, nos termos do Art. 25, § 3º, da Constituição Federal. (...)
§ 2º - Considera-se região metropolitana o agrupamento de Municípios limítrofes que apresentem cumulativamente grande porte e excessiva densidade demográfica, intensas relações de natureza econômica e social, elevado grau de urbanização contínua entre dois ou mais Municípios, tendo a presença ou de uma aglomeração urbana, ou de uma cidade-pólo, ou da Capital do Estado, que comande e estruture a integração regional, caracterizando-se como área de influência sobre outras regiões do Estado ou do País.
§ 3º - Considera-se aglomeração urbana o agrupamento de Municípios limítrofes que apresentem intensas relações de integração funcional de natureza econômica e social, multiplicidade de ofertas de bens e serviços que atendam a própria região ou, eventualmente, outras regiões estaduais, formando, ou com tendência a formar, áreas de urbanização contínua entre dois ou mais Municípios.
§ 4º - Considera-se microrregião o agrupamento de Municípios limítrofes que apresentem, entre si, ou com a cidade-pólo regional, relação funcional de natureza econômica, social ou físico-territorial, com oferta de bens e serviços que atendam preponderantemente a seu próprio âmbito. (...)
Art. 217 A lei disporá sobre a criação, organização e composição das unidades regionais e dos órgãos públicos que implementarão a política de desenvolvimento estadual.
§ 1º - A gestão das unidades regionais deverá estar baseada no princípio da co-gestão entre Estado e Municípios, com a participação da sociedade civil no processo decisório e no controle das instituições.

§ 2º - Para a organização, o planejamento e a gestão das unidades regionais deverão ser destinados, obrigatoriamente, recursos financeiros específicos no orçamento estadual e nos orçamentos dos Municípios que as integram.

Art. 218 Serão instituídos, mediante lei, mecanismos de compensação financeira ou de investimentos para os Municípios que, por atribuições e funções decorrentes do planejamento regional, sofrerem diminuição, perda de receita ou aumento de despesas.