

## **O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE E OS DESAFIOS NA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL**

**Autores:** Cristian Fabiano Guimarães ([cristian-guimaraes@saude.rs.gov.br](mailto:cristian-guimaraes@saude.rs.gov.br)) / Fone 55 51 32887900), Ligia Maria Correa Geyer, Liane Belardinelli Prytoluk, Leonardo da Rosa Ribeiro, Marta Grecellé, Maria Elisa Mello de Freitas, Maria Isabel Barros Bellini, Ana Luisa de Assis Brasil, Gabriel Calazans Baptista, Cristiane Fischer Achutti, Ana Maria Mejolaro Dalla Valle.

**Instituição:** Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul / Assessoria Técnica de Planejamento - ASSTEPLAN / Brasil

**Forma de Apresentação:** Oral, com multimídia (Power Point)

### **Introdução**

O Brasil é um país de dimensões continentais, com população estimada em aproximadamente 191 milhões de habitantes e que faz fronteira com Argentina, Uruguai, Paraguai, Colômbia, Venezuela, Guiana Francesa, Bolívia, Suriname, Guiana e Peru, portanto, são mais 10 países com os quais deve estabelecer pactos e contratualizações que dêem conta dessa condição de país fronteiro. Em dimensões territoriais ocupa quase 47% da América do Sul, não fazendo fronteira apenas com o Chile e Equador. É o quinto país em número de habitantes do planeta. Segundo o Censo de 2010 e documentos oficiais de 2009 o Brasil apresenta densidade demográfica de 22,4 hab/km<sup>2</sup>; crescimento demográfico de 1,17% ao ano (200/2010) e expectativa de vida de 73,4 anos (Censo 2010). Como chaga histórica ainda apresenta uma taxa de analfabetismo de 9,6% (censo 2010) e renda per capita de R\$ 16.414,00 (2009). É constituído pelo Distrito Federal e 26 estados e 5565 municípios.

As dimensões apontadas anunciam o desafio que é organizar um sistema de saúde único, universal, equitativo e igualitário e que para funcionar adequadamente não pode prescindir da participação popular e do controle social. Controle social como o controle da população sob a qualidade dos serviços de saúde e sobre a efetividade da política de saúde. O desafio maior da Política de Saúde é garantir as conquistas propostas pela Reforma Sanitária, alcançadas na VIII Conferência de Saúde (1986) e legitimadas no texto da Constituição Federal (1988) e que definem a saúde como direito do cidadão e dever do estado. Sobre esse desafio é que trata o artigo a seguir.

Em vista disso, desencadeou-se no ano de 2011 um processo de re-organização da rede de atenção à saúde no Rio Grande do Sul, que foi provocada a partir da problematização da atual configuração do processo de regionalização da saúde no Estado, e da construção de uma estratégia metodológica para o desenho das Regiões de Saúde, à luz das atualizações introduzidas na legislação do SUS no mesmo período. Esse texto apresenta o relato da experiência desenvolvida pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, a fim de apresentar algumas questões relativas a este processo.

## **A construção de um Sistema Único de Saúde brasileiro**

O Brasil no que se refere a Política de Saúde enfrenta a disputa entre dois projetos: o privatista de ideologia neoliberal que preconiza a saúde como mercadoria e o projeto da Reforma Sanitária que propõe a saúde como direito. Essa disputa se evidencia em um contexto de crise onde as refrações da questão social se expressam na precariedade do sistema de proteção social, com toda a diversidade de expressões que daí advém.

As modificações na Política de Saúde atravessaram o século XX e acompanharam os movimentos da sociedade. Na década de 1970 com o Movimento da Reforma Sanitária o modelo de saúde brasileiro vigente até então foi questionado e em seu lugar se propôs a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) legitimado pela Lei 8080/1990 o qual tem como princípio universalizar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A luta do Movimento da Reforma Sanitária foi efetivada na VIII Conferência de Saúde e passou a nortear o texto constitucional.

Desde final da década de 1980 os gestores da política de saúde propõem reformas no setor de saúde, pois a cada período as formas de organizar já não respondem à dinâmica da realidade. Ao preconizar a universalização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado essa garantia passa por acompanhar o movimento da realidade e a organização da sociedade para que o direito corresponda às demandas dos cidadãos. Essa universalização se ampara e se concretiza através da descentralização e da participação dos cidadãos nas decisões garantindo assim a integralidade da atenção, preocupação primordial na efetividade da política.

Sistema visceralmente contrário ao vigente até a década de 70 quando a política de saúde brasileira seguia o modelo biomédico, privatista, hospitalocêntrico, ou seja, um modelo excludente, ineficaz e ineficiente para minimizar as iniquidades. As vivências de falta de acesso aos serviços, de compra de atendimentos médicos e de trato da saúde como mercadoria desencadearam a participação popular na luta para mudar o sistema de saúde. Somados a essa insatisfação outros fatores que mobilizaram essas mudanças foram: o fim da ditadura militar, a movimentação geográfica da zona rural para os centros urbanos, a industrialização, o crescimento populacional, e ainda mais tarde o desenvolvimento tecnológico, o que criou novas demandas da população para as Políticas Públicas em especial para Política de Saúde.

O movimento popular e dos trabalhadores gestou o Movimento da Reforma Sanitária e em 1986 a VIII Conferência de Saúde os quais impuseram que novas práticas em saúde fossem construídas e que uma nova concepção de saúde alimentasse e sustentasse essas novas práticas. Essa nova concepção de saúde deveria questionar o processo saúde/doença/atenção e articular as políticas entre si determinando uma concepção de saúde ampliada e mais globalizante.

O Estado avançou de forma significativa na consolidação de um conjunto de serviços de saúde em determinadas especialidades médicas, de acordo com os principais problemas de saúde identificados a partir dos perfis epidemiológicos de morbimortalidade. Convencionou-se chamar de rede o conjunto de serviços de

assistência de média ou de alta complexidade em alguma especialidade médica, tal como cardiologia, nefrologia, oncologia, etc. Esses serviços assistenciais eram contratados pelo gestor estadual para prestar serviços aos cidadãos nos municípios do Estado.

Esse modo de funcionar que centraliza a gestão/gerência dos prestadores de serviços para o SUS no gestor estadual contribuiu para colar o conceito de região de saúde à região administrativa, e é muito próximo do modelo de gestão anterior à construção do Sistema Único de Saúde, fortemente centralizado e focado na doença.

Esse modo de gerenciar a saúde foi característico de uma saúde pública tradicional e de um modelo que compreende a saúde de forma fragmentada e não universal. Ele continuou existindo por muito tempo, mesmo após o advento do SUS, fazendo com que a lógica burocrática e administrativa produzisse a fixação da região de saúde à região administrativa (já que o gestor estadual era o responsável pela gerência dos prestadores privados), produzindo fragmentação da realidade, segmentação entre individual (município) e coletivo (região).

Identifica-se neste processo a herança colonialista que caracteriza historicamente os processos decisórios no Brasil e que sustenta a manutenção de oligarquias de poder e de fazer gestão em saúde ou em qualquer outra política pública. Esses aspectos pautaram os primeiros vinte anos do SUS quanto à diferenciação das atribuições do gestor estadual do SUS das atribuições do gestor federal e as do gestor municipal (na medida em que ela se responsabiliza pela gestão dos prestadores na assistência à saúde de média e alta complexidade). É possível inferir que essa diferenciação de atribuições provocou uma “crise de identidade” introduzida com a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, em que talvez o ente mais prejudicado tenha sido o gestor estadual, pois o cuidado à saúde ficou sob a responsabilidade do gestor municipal, enquanto a proposição e coordenação da política de saúde, do gestor federal. Exemplifica-se que no Rio Grande do Sul, a gestão estadual se estruturou ao longo desses anos, no sentido do controle dos prestadores da assistência de média e alta complexidade, sendo esta a principal característica que a diferenciava dos outros entes federados.

Ao realizar essa análise aventa-se a hipótese de que esta seja uma das razões pelas quais os municípios gaúchos não aderiram ao Pacto pela Saúde<sup>1</sup>, o qual pode ser caracterizado como um processo burocrático pois não fomentou a discussão sobre as transferências de responsabilidades pela gestão do SUS e descentralização das ações e serviços de saúde. Talvez essas condições tenham alimentado, no Rio Grande do Sul, o medo da perda do poder do gestor estadual e impedido o avanço do processo de descentralização, o que culminou nas dificuldades já aventadas com relação à

---

<sup>1</sup> Em 2006, com a publicação da Portaria que instituiu o Pacto pela Saúde no Brasil, algumas mudanças importantes na concepção de processos de gestão do SUS foram introduzidas, especialmente pelo Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde foi um avanço para o SUS, embora seus efeitos tenham sido minimizados em função da não compreensão de conceitos fundamentais nele contidos.

compreensão do conceito de região de saúde colado na região administrativa. A adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde deveria significar um olhar para si do município, oportunizando a ele refletir sobre seus processos de gestão interna, tendo em vista potencializar a capacidade do gestor municipal e acrescentar à gestão as funções fundamentais que garantiriam o desenvolvimento do SUS.

Ainda nesta perspectiva, aborda-se a governança regional e as práticas que foram se construindo ao longo da história da política de saúde no RS e que diz respeito a um modo de produzir as instâncias de discussão e pactuação regional no estado e que deve ser refletida a luz de duas possibilidades: a primeira, à luz do movimento municipalista, pautada na visão individual de cada município, este que se vê responsável pela defesa dos interesses de saúde dos seus munícipes; e a segunda, herdeira de uma herança administrativa que tem origem na crença de que região de saúde é sinônimo de região administrativa, e que diz respeito ao modo como o processo de construção das instâncias de pactuação regional foi sendo pensado pelo gestor estadual ao longo destes dez anos.

Quanto à **primeira** possibilidade avalia-se que tomou forma na década de noventa, um movimento denominado de “municipalista” o qual foi objeto de discussão da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, dado sua importância na consolidação do SUS no Brasil e dado os limites impostos por essa forma de gestão onde as ações e serviços de saúde foram sendo descentralizadas. Esse processo levou à construção de uma lógica individualizante e individualista, onde cada município preocupava-se com a oferta de ações e serviços para a sua população, sem considerar outras formas de gestão que transcendesse o território municipal, através de uma gestão coletiva do sistema de saúde e da união solidária de um conjunto de municípios que estão geograficamente próximos.

O processo de descentralização/organização do SUS foi alavancado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2002 que propunha ampliar “as responsabilidades do município na atenção básica”, estabelecer “o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde”. A NOAS integrou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o mapa da regionalização da assistência à saúde em determinado território identificando as necessidades de investimentos em saúde daquele território a partir desse período no Rio Grande do Sul.

Importante reiterar que a perspectiva de descentralização/organização do SUS enfrenta uma forma de organização de regiões administrativas da SES criada na década de 1960, mais precisamente em 1964, quando foi criado o Departamento dos Serviços Regionais (Decreto 16.773/1964) na Secretaria, com Delegacias Regionais. A ruptura enfrenta um sistema que vem se mantendo a mais de meio século em que as regiões administrativas gerenciavam o sistema de saúde em nível regional e após a criação do SUS passam a ter papel de apoiadoras da consolidação do novo sistema de saúde proposto na Constituição Federal. Essas regiões administrativas estão sob gerência das coordenadorias regionais as quais assumiram dois papéis: gestão do SUS em nível locorregional e espaço estratégico de intensa disputa política na medida em que estão próximas da realidade cotidiana dos municípios, dos Prefeitos, dos Secretários Municipais de Saúde.

Em relação à construção das instâncias de pactuação regionais, o gestor estadual identificou a necessidade de constituir grupos de pactuação entre os gestores de forma descentralizada, ou seja, no nível da região administrativa de saúde. A partir de então, cada uma das dezenove regiões administrativas passou a contar com uma Comissão Intergestores Bipartite Regional, embora essa instância de pactuação não existisse formalmente nas normas constitucionais ou infraconstitucionais do SUS.

Alguns aspectos são importantes de ser considerados na análise da organização do Sistema de saúde brasileiro frente às transformações societárias e em especial no estado do RS. Estes aspectos incidem da seguinte forma: nas alterações de municípios entre regiões administrativas, microrregiões ou macrorregiões de saúde; no desenho das redes de saúde no estado; e finalmente na criação de instâncias de pactuação regionalizadas, que no Rio Grande do Sul apresenta peculiaridades importantes pois fornecem subsídios para a compreensão de como foi se configurando a governança regional no estado.

Com relação à alteração de municípios de regiões administrativas, é importante destacar que desde 2002 previa-se que, em médio prazo, a independência das microrregiões e das macrorregiões de saúde do território administrativo, ou seja, sua característica de expressar o território vivo da saúde deveria funcionar como indutora da necessidade de adequação das regiões administrativas. Entretanto, ao analisar as mudanças ocorridas no período de dez anos, o que se observa é que nos anos de 2004, 2006 e 2009 houve discussões e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB de mudança de municípios entre regiões administrativas de saúde. Essas modificações foram motivadas muito mais por interesses particulares dos municípios ou pela composição de arranjos políticos específicos, ou ainda, pela dificuldade das regiões administrativas de contribuir de forma qualificada com alguns municípios, do que efetivamente da necessidade do território vivo de saúde. Neste sentido, não foram as microrregiões – ou mesmo as macrorregiões – que induziram mudanças nas regiões administrativas. Da mesma forma, observa-se que os municípios demandam a troca de região administrativa sem justificar essa necessidade à luz das reais necessidades de saúde da sua população. Essas trocas se davam muito mais em função das afinidades político-partidárias do que em função de uma perspectiva de gestão coletiva dos problemas de saúde-doença da população.

A partir da análise deste primeiro aspecto é possível enunciar o seguinte: ou os fluxos de assistência e os serviços não sofreram mudanças significativas nos últimos dez anos, ou existe um modo de funcionamento que tende a produzir uma adequação dos municípios às regiões administrativas. Quanto a não existência de mudanças significativas nos fluxos observa-se que houve crescimento acentuado na última década do setor de serviços de saúde no estado, e que este processo foi interiorizado, portanto essa afirmação não se confirma. Quanto à adequação dos municípios às regiões administrativas, ou seja, a uma forma conservadora de organização analisa-se que havia um processo centrípeto que empurrava os municípios para a composição de regiões de saúde pautadas a partir do corte/desenho de região administrativa.

Quanto à **segunda** possibilidade que se refere à composição das redes de atenção à saúde no Estado. É possível considerar que o Estado avançou de forma significativa nesses dez anos na consolidação de um conjunto de serviços de saúde em determinadas

especialidades médicas, de acordo com os principais problemas de saúde identificados a partir dos perfis epidemiológicos de morbimortalidade. Convencionou-se chamar de rede o conjunto de serviços de assistência de média ou de alta complexidade em alguma especialidade médica, tal como cardiologia, nefrologia, oncologia, etc. Esses serviços assistenciais eram contratados pelo gestor estadual para prestar serviços aos cidadãos nos municípios do Estado, tendo como referência a trama das relações político-partidária.

### A regionalização da saúde como um novo palco de decisões e organização

Para alcançar o **Objetivo maior** que era o planejamento da regionalização no estado do Rio Grande do Sul a partir da atualização/desenho das Regiões de Saúde, alguns **objetivos iniciais** destacaram-se como fundamentais na construção da metodologia para a implementação do processo. Abaixo apresenta-se os mais significativos:

- 1) inverter a lógica de desenho das Regiões de Saúde centrada nas regiões administrativas da Secretaria Estadual da Saúde (SES) que foram construídas no início dos anos dois mil à luz da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Trata-se, neste caso, de inverter a lógica de desenho das Regiões de Saúde centrada na assistência médico-hospitalar (atenção secundária e terciária), para a construção de uma proposta que tivesse a atenção primária à saúde como ponto de partida para a construção da rede de atenção à saúde. Dessa forma, a construção do desenho metodológico teve como pressuposto que o desenho das Regiões de Saúde deveria levar em consideração outros critérios que não apenas os assistenciais, integrando à compreensão da região de saúde os aspectos culturais, geográficos e a capacidade de gestão;
- 2) garantir a construção de estratégia para estimular a governança regional e o planejamento em saúde, fazendo do método um dispositivo de educação permanente. Especialmente no que diz respeito à capacidade de gestão da região de saúde, considerou-se importante a criação de condições na região de saúde para o desenvolvimento da capacidade de governança regional;
- 3) estimular que a criação das Regiões de Saúde fosse um processo cooperativo entre o Gestor Estadual e os Gestores Municipais, tendo em vista avançar na descentralização das ações e serviços de saúde.

No **método** de construção de uma nova lógica de planejar a organização das regiões de saúde foi necessário elaborar um elenco mínimo de critérios que passaram a orientar o desenho e recorte das regiões de saúde no Estado. Este elenco mínimo foi definido em 05 critérios que incluíram: 1. urgência e emergência; 2. atenção psicossocial; 3. assistência ambulatorial especializada e hospitalar; 4. vigilância em saúde; 5. atenção primária em saúde.

O conceito de regionalização diz respeito à organização territorial, cujo objetivo é a estruturação de um sistema funcional de saúde, a partir do ordenamento das ações e

serviços assistenciais de forma hierarquizada para garantir o acesso da população, considerando suas necessidades de saúde. Região de saúde é a “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, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras”.

As Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul anteriormente à introdução do processo de atualização/desenho proposto em 2010, se configuravam da seguinte forma: o menor nível de complexidade é o módulo assistencial, seguido pela microrregião e macrorregião de saúde. O módulo assistencial era constituído de um grupo de municípios entre os quais um município é sede, com capacidade de ofertar com suficiência um conjunto mínimo de procedimentos definidos como primeiro nível da média complexidade, tanto para a toda a população do módulo (NOAS, 2002).

A estratégia adotada em 2010 para conduzir a atualização/desenho das Regiões de Saúde foi conduzida pela Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN) /SES que propôs a nucleação do Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da SES/RS (GTPMA), formado por membros de diferentes departamentos/setores da SES e com a participação de algumas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) ficando esse GTPMA sob a coordenação da ASSTEPLAN.

O GTPMA disparou o processo de discussão e atualização do Plano Diretor de Regionalização – PDR no Estado, o que atravessou todo ano de 2010 e de 2011 e culminou com a apresentação de uma proposta de desenho das regiões de saúde para discussão da Comissão Intergestora Bipartite (CIB)<sup>2</sup> em julho de 2012. Quanto ao PDR é importante destacar que este instrumento foi integrado à gestão do SUS a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2002, tendo como objetivo apresentar o mapa da regionalização da assistência à saúde num determinado território, bem como identificar as necessidades de investimentos. Atualmente, esse instrumento de planejamento foi integrado aos Planos de Saúde.

O **produto final**, ainda em construção, se materializou na elaboração do Documento Técnico que apresenta a construção de trinta e uma (31) Regiões de Saúde e o levantamento de um conjunto de necessidades de saúde para análise e identificação de metas a serem alcançadas, estimulando o planejamento regional. Esse produto só foi possível a partir de um processo democrático e participativo de reorientação da atenção à saúde no estado do Rio Grande do Sul que obedeceu a orientação do Ministério da saúde, mas que realizou o passo a passo do planejamento conforme o perfil político-econômico-social do estado.

Esse processo democrático busca superar uma forma de organização de regiões administrativas que existe desde a década de sessenta, bem como a submissão das Regiões de Saúde à estrutura burocrática da Secretaria da Saúde. As regiões administrativas são coordenadas pelas coordenadorias regionais que se caracterizam como equipamentos fundamentais para a gestão do SUS em nível locorregional e como espaço estratégico onde observa-se intensa disputa política, uma vez que é o órgão da SES que está mais próximo da realidade cotidiana dos municípios, dos Prefeitos, dos

---

<sup>2</sup> Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Secretários Municipais de Saúde. Entretanto, a região administrativa não deve pautar o desenho das regiões de saúde, sob o risco de imprimir às regiões a burocracia de estado.

## **Reflexões Finais**

Identifica-se atualmente que o maior desafio da regionalização pode ser representada metaforicamente por dois fios tecerem o vínculo quase indissolúvel entre a região de saúde e a região administrativa: o aspecto colonialista da região de saúde, que sustenta a manutenção de oligarquias de poder político, e o modo tradicional e conservador de fazer gestão em saúde, que diferenciou ao longo dos primeiros vinte anos do SUS as atribuições do gestor estadual do SUS das atribuições do gestor federal e as do gestor municipal.

Para avançar a descentralização em saúde, especialmente com relação aos processos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul, tendo em vista enfrentar o desafio de construir uma rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária, faz-se necessário inverter a lógica individualizada que tem orientado os gestores municipais, para a construção de processos coletivos de gestão.

O gestor estadual percebeu a importância de modificar a lógica de estruturação das regiões de saúde, para que as mesmas não tivessem como foco principal (estruturante) a assistência à saúde, ou seja, uma organização pautada apenas nos serviços. Dessa forma, questões culturais, geográficas e de transporte também podem ser levadas em conta, além do critério da melhoria da capacidade de planejamento e governança no nível da região de saúde, potencializando o processo de gestão local/regional.

Por fim, vale destacar que a problematização da regionalização que foi desencadeada no Rio Grande do Sul constituiu-se como um importante produto / resultado desse trabalho, haja vista que provocou mudanças na maneira como atualmente percebe-se o território das regiões de saúde. Este trabalho está longe de ser concluído, pois se trata de intervir sobre processos culturais que possuem implicações importantes inclusive no processo de trabalho dos servidores estaduais.

## **Referências**

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Lei 8080/1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IX Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho. Relatório Final. MINISTÉRIO DA SAÚDE: BRASÍLIA, 1992.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. MINISTÉRIO DA SAÚDE: BRASÍLIA, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto Pela Saúde. Portaria nº. 399/2006. BRASÍLIA, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto 16.773/1964.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. Plano Diretor de Regionalização. Segrac: Belo Horizonte, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL. Minuta Resolução CIB das Regiões de Saúde (mimeo).