

**S É R I E**  
**PACTOS**  
**PELA SAÚDE**  
**2006**  
**VOLUME 3**



**Regionalização  
solidária e  
cooperativa**

**Orientações para sua  
implementação no SUS**

Ministério da Saúde – Secretaria Executiva (SE)  
Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAD)  
Coordenação-Geral de Integração Programática (CGIP)

Brasília, julho de 2006.

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA | DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, Sala 351, ed. sede

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2649 Fax.: (61) 3226-9737

Homepage: [www.saude.gov.br/dad](http://www.saude.gov.br/dad)

Tiragem: 20 mil exemplares

**Ministro da Saúde (MS)**

José Agenor Álvares da Silva

**Secretário-executivo**

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

**Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização**

André Luis Bonifácio de Carvalho

**Coordenadora de Apoio à Implementação das Políticas de Saúde**

Adriana Nunes de Oliveira

**Coordenadora de Integração Programática**

Ana Lucia Pereira

**Coordenadora de Apoio à Gestão Descentralizada**

Lumena Almeida Castro Furtado

**Secretária-executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**

Maria Arindelita Neves Arruda

**Coordenação do trabalho**

Ana Lucia Pereira, André Luís Bonifácio de Carvalho, Lumena Almeida Castro Furtado

**Equipe técnica**

Déo Costa Ramos, Flávia Regina de Moraes, Laércio Ribeiro Gonçalves, Sérgio

Ricardo Schierholt

**Edição de textos**

Luís André do Prado

**Revisão final**

Lui Fagundes

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização  
Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva,  
Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

40 p. – (Regionalização Solidária e Cooperativa) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3)

ISBN 85-334-1186-3

1. Serviços básicos de saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

---

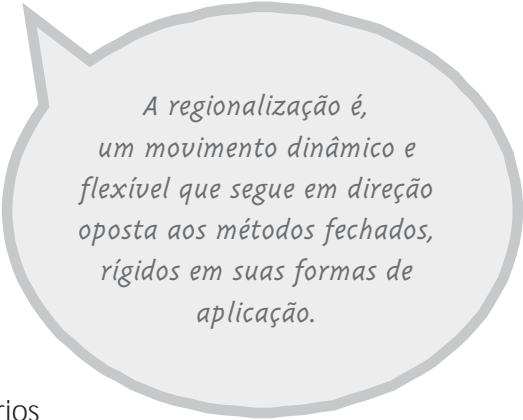
Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação –  
Editora MS – OS 2006/0703

# Apresentação

Este é o terceiro volume da Série “ Pactos pela Saúde ”, elaborado a partir das definições contidas na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que abrangem as diferentes dimensões do Pacto pela Saúde de 2006, estabelecendo caminhos para a implementação da regionalização na saúde brasileira, pactuada de forma solidária e cooperativa.

A necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde contribuiu para que a regionalização, diretriz do SUS, fosse considerada o eixo estruturante do Pacto de Gestão. Por meio de um intenso processo de revisão, gestores das três esferas do sistema pactuaram um conjunto de ações que permite identificar e reconhecer as diferentes realidades loco-regionais. Elas se concretizam por meio das regiões de saúde, criando um movimento de inteiração entre unidades e serviços de saúde e constituindo espaços regionais de planejamento e co-gestão – Cole-

giados de Gestão Regional (CGR) – dos quais participam todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.



*A regionalização é, um movimento dinâmico e flexível que segue em direção oposta aos métodos fechados, rígidos em suas formas de aplicação.*

A regionalização estimula a criatividade e a busca conjunta dos melhores caminhos e das soluções mais adequadas a cada situação. O objetivo desta publicação é fornecer orientações para a implementação da regionalização e não deve ser, portanto, entendido como um conjunto de regras ou normas rigorosas, mas como a sistematização de orientações para nortear um movimento essencial para a melhor qualificação da saúde pública brasileira.



# Sumário

- 07**      **1. Contexto e história da regionalização da saúde**
- 11**      **2. A regionalização nas leis, normas, conferências e no Pacto pela Saúde**
- 11          2.1. Constituição Federal
- 11          2.2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990
- 12          2.3. Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93)
- 12          2.4. Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96)
- 12          2.5. Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS 01/2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002)
- 13          2.6. Conferências Nacionais de Saúde
- 14          2.7. Pacto pela Saúde 2006
- 15**      **3. A regionalização e seus pressupostos**
- 15          3.1. Territorialização
- 16          3.2. Flexibilidade
- 16          3.3. Cooperação
- 17          3.4. Co-gestão
- 17          3.5. Financiamento solidário
- 17          3.6. Subsidiariedade
- 18          3.7. Participação e controle social
- 19**      **4. Objetivos da regionalização**
- 20**      **5. Sensibilização e mobilização para a regionalização**

<b>21</b>	<b>6. Desenhos, critérios e reconhecimento das Regiões de Saúde</b>
23	6.1. As regiões de saúde
23	6.1.1. Regiões de Saúde
23	6.1.2. Macrorregiões de Saúde
24	6.2. Desenhos de Regiões de Saúde
24	6.2.1. Regiões de Saúde Intramunicipais
24	6.2.2. Regiões de Saúde Intraestaduais
24	6.2.3. Regiões de Saúde Interestaduais
24	6.2.4. Regiões de Saúde Fronteiriças
25	6.3. Reconhecimento das Regiões de Saúde
26	6.4. Quadro-resumo do fluxo de reconhecimento das Regiões de Saúde
<b>27</b>	<b>7. Planejamento Regional</b>
28	7.1. Plano Diretor de Regionalização (PDR)
29	7.2. Plano Diretor de Investimento (PDI)
30	7.3. Programação Pactuada Integrada (PPI)
<b>31</b>	<b>8. Responsabilidades dos gestores na regionalização</b>
32	8.1. Responsabilidades dos municípios
32	8.2. Responsabilidades dos estados
33	8.3. Responsabilidades do Distrito Federal
34	8.4. Responsabilidades da União
<b>35</b>	<b>9. O Colegiado de Gestão Regional (CGR)</b>
36	9.1. Funcionamento do CGR
37	9.2. Agenda do CGR
<b>38</b>	<b>Bibliografia consultada</b>

# 1. Contexto e história da regionalização da saúde

A regionalização da saúde inscreve-se no contexto das políticas de redemocratização que o país vem vivenciando desde a Constituição Federal de 1988. O texto constitucional inovou o desenho federativo nacional, atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades de governo. Instituiu, portanto, a concepção de federação trina, propiciando aos municípios *status* de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da União.

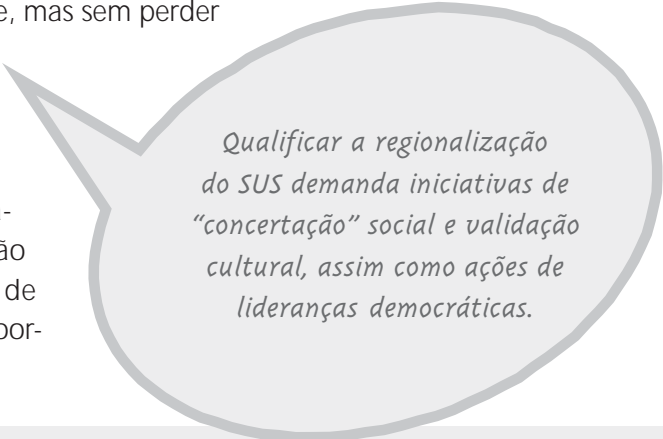
Para preservar o equilíbrio e a interdependência entre as três esferas de gestão, fundamentais à integração nacional e à redução das desigualdades territoriais, atribuiu a elas responsabilidades comuns e o compartilhamento dos recursos públicos destinados à execução descentralizada das ações governamentais. Essa concepção federativa inovadora precisa, entretanto, ser estruturada e aperfeiçoada por mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais às ações intergovernamentais, que permanecem dependentes de iniciativas setoriais. O setor Saúde tem o mérito do pioneirismo na adoção de uma série de estratégias voltadas à organização de uma rede pública integrada e resolutive, conformada no Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia em um modelo de gestão compartilhada entre as três esferas de governo.

Durante os anos 90, foram criados diversos instrumentos e mecanismos voltados à descentralização das ações e serviços de saúde, estabelecendo estratégias importantes para a ampliação das relações intergovernamentais, determinantes na implementação do SUS. Nessa perspectiva, foram criadas, por exemplo, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartite (CIT), espaços de negociação, articu-

lação e pactuação entre os gestores das três esferas no alinhamento da condução do SUS. As pactuações dessas comissões têm-se traduzido em regulamentos que fortalecem o processo de descentralização e qualificam a gestão, definindo responsabilidades para estados e municípios.

Os processos trabalhados por essas comissões e aprovados nos conselhos de saúde produziram, ao longo dos anos, um complexo arcabouço normativo destinado a regulamentar a aplicação uniforme das decisões pactuadas em âmbito nacional. A experiência de implantação do SUS tem feito a política de saúde brasileira se destacar no cenário nacional e internacional pela promoção inquestionável da qualidade de vida e da cidadania de todos os brasileiros. O sistema foi democratizado com o aumento dos mecanismos de participação social e a ampliação da descentralização nos processos decisórios; simultaneamente, cresceu o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde devido à expansão da cobertura assistencial de atenção básica e de serviços mais complexos.

Apesar de todos esses avanços, a gestão descentralizada da saúde ainda enfrenta o desafio de encontrar mecanismos que superem a fragmentação de estruturas municipais muitas vezes atomizadas com iniquidades na qualidade e na oferta de acesso, o que compromete a legitimidade do sistema. O reconhecimento social do SUS depende do aperfeiçoamento de sua gestão e da consolidação dos avanços conquistados. A descentralização precisa, portanto, seguir adiante, mas sem perder de vista a integração nacional. Como é sabido, processos de descentralização, que não são acompanhados de estratégias de coor-



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



denação e cooperação solidárias, podem aumentar as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços.

Há consenso significativo entre os gestores do SUS sobre a necessidade de novas estratégias que promovam a integralidade e a equidade no acesso à saúde a todos os usuários. A regionalização, prevista constitucionalmente, é uma estratégia eficaz na formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas.

Qualificar a regionalização do SUS demanda, porém, medidas que evitem sua redução a um conjunto de normas complexas que se sobreponham a um efetivo processo político.

Um processo de regionalização qualificado requer governos locais valorizados que levem estados e municípios a assumirem, efetivamente, os papéis que lhes cabem na definição e execução das ações, em seus respectivos territórios. A proximidade, a identidade e a capacidade de governo das municipalidades – operando em cooperação com os governos estadual e federal – são condições necessárias à coesão entre os agentes políticos e sociais de uma Região de Saúde. O fortalecimento da descentralização exige ênfase na importância dos espaços loco-regionais e uma adequada definição das competências das três esferas de governo, contexto em que estados e municípios assumem relevância estratégica.

A definição das responsabilidades dos entes federados implica conformar uma rede solidária, por meio de arranjos político-institucionais criativos e de relações contratuais sólidas, viabilizando o exercício conjunto de competências e de funções que exigem cooperação, planos integrados e gestão compartilhada de serviços de abrangência regional. Isso impõe a definição de mecanismos, nacionalmente pactuados, de modo a permitir que a gestão do SUS tenha flexibilidade e abra espaço à inovação e à sustentabilidade de projetos regionais.

Implementar a estratégia de regionalização em um país de dimensões continentais como o Brasil é – há de se reconhecer – um desafio sem paralelo, mais ainda se considerarmos as desigualdades regionais profundas que persistem em nosso sistema federativo, sem tradição de

relacionamentos intergovernamentais cooperativos, sendo que grande parte dos 5.562 municípios apresentam grande dependência financeira dos entes estadual e federal. Existem, por outro lado, muitas Regiões de Saúde já operando de forma não reconhecida, nas quais, na maior parte dos casos, não existe ainda um espaço de gestão regional. Identificar e promover a organização do SUS nessas regiões possibilitará ganhos em escala na execução das ações e serviços de saúde que demandam maiores contingentes populacionais.

A regionalização é uma estratégia importante para a governabilidade do país também por abranger medidas que promovem o desenvolvimento sócio-econômico da nação e reduzem as desigualdades sociais. A governabilidade desejada para o setor Saúde se expressa por meio de sua capacidade de ampliar o acesso da população às ações e serviços assistenciais e, também, às estratégias de prevenção e promoção da saúde. Não nos basta ter um sistema de saúde resolutivo se ele não pode contemplar o atendimento dos interesses e das necessidades da população, legitimados em soluções compatíveis com as distintas realidades de cada região do território brasileiro.

A regionalização foi, por isso mesmo, definida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde 2006, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Ela orienta a descentralização das ações e serviços e potencializa os processos de pactuação e negociação entre gestores. Seu avanço depende, porém, da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como espaços ativos de co-gestão e estimulando estados e municípios a potencializar seus trabalhos, em uma dinâmica de regionalização viva!

## 2. A regionalização nas leis, normas, conferências e no Pacto pela Saúde

*A estratégia de regionalização é uma diretriz organizativa cujos fundamentos legais vêm sendo definidos ao longo da história da Saúde brasileira.*

Uma revisão no processo de regionalização denota que ele ocorre, no plano legal, já desde os anos 50. Destacamos a seguir o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e os marcos legais relevantes da história mais recente do SUS, ocorridos após a promulgação da Carta Magna:

### 2.1. Constituição Federal

Artigo 198. " As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade".

### 2.2. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Em seu artigo 7º, reafirma as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e define competências frente à criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual.

### **2.3. Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93)**

Em sua introdução, aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, “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”.

### **2.4. Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96)**

Dá pouca ênfase à regionalização, mas estabelece instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), que deve ocorrer de modo ascendente e com base municipal. Reforça a cooperação técnica e financeira do estado com os municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

### **2.5. Normas Operacionais da Assistência à Saúde do SUS 01/ 2001 e 01/2002 (NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002)**

A primeira estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde”. Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A necessidade de revisão de alguns as-

pectos da NOAS SUS 01/2001 levou o Ministério da Saúde (MS) a editar a NOAS SUS 01/2002 que, em termos gerais, não alterou as diretrizes preconizadas pela NOAS SUS 01/2001.

## 2.6. Conferências Nacionais de Saúde

A formulação e a implementação de uma lógica regionalizada no SUS resultaram de um movimento expressivo de reforma sanitária, que se insere no processo mais amplo de redemocratização vivenciado pelo país a partir do início dos anos 80, e que teve na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, um *locus* privilegiado para o estabelecimento das grandes diretrizes de reorganização da Saúde brasileira. Em 1992, em consequência de demandas pela ampliação do controle social, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) reivindicou e pressionou os governos para a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central “Saúde: a municipalização é o caminho”, explicitando a dimensão e o poder de articulação acumulado pelos defensores do SUS e de seu processo de descentralização na gestão dos serviços e ações de saúde no país. Na X Conferência Nacional de Saúde, o enfoque principal foi o fortalecimento da territorialização, fazendo com que as secretarias estaduais de Saúde investissem na regionalização, descentralizando suas instâncias administrativas e decisórias. A XI Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, reforçou a necessidade da promoção de um debate efetivo entre os governos federal, estaduais e suas respectivas instâncias colegiadas sobre a regionalização da saúde, garantindo apoio das secretarias estaduais de Saúde aos municípios no levantamento de suas capacidades instaladas (leitos e serviços diagnósticos) e assegurando a responsabilização solidária dos gestores, nas diversas esferas de governo, quanto à resolutividade dos serviços de referência. Com o tema: “A saúde que temos, o SUS que queremos”, a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, consolidou um documento evidenciando a necessidade de aprimoramento da regionalização

na Saúde, por meio da mobilização intensa dos vários segmentos do setor. Para fortalecer a gestão regional, foram sugeridos como pontos principais: garantir a implementação da regionalização e a hierarquização da atenção, de modo a ampliar o acesso à população, priorizando a atenção básica e a de média complexidade, sem prejuízos à atenção de alta complexidade, respeitadas as programações definidas nos planos diretores de regionalização e de investimentos.

## **2.7. Pacto pela Saúde 2006**

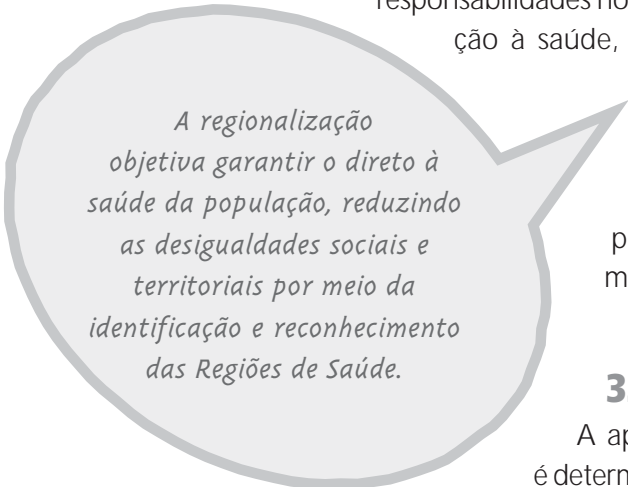
No Pacto pela Saúde 2006, a regionalização é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS – devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores, além da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs).

Detalharemos, a seguir, as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde 2006 para a regionalização da saúde.

### 3. A regionalização e seus pressupostos

É a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Para superar as dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização do SUS – principalmente em relação à descentralização das ações e serviços –, os gestores das três esferas do SUS pactuaram responsabilidades nos campos da gestão e da atenção à saúde, que, ao serem implementadas, devem abranger estratégias técnicas e políticas que consolidem a regionalização, apoiadas em pressupostos que destacaremos a seguir:



*A regionalização objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde.*

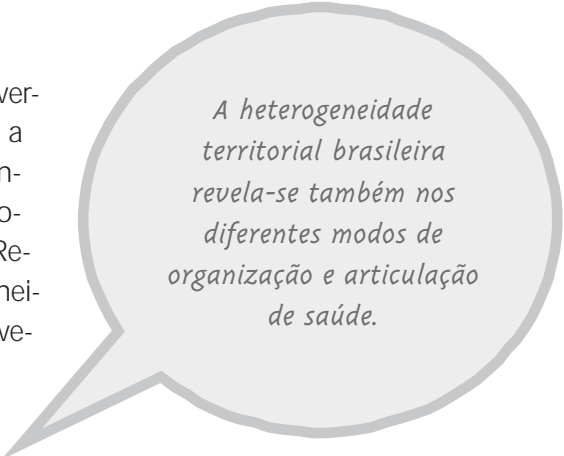
#### 3.1. Territorialização

A apropriação dos espaços locais é determinante na adequação das práticas sanitárias às reais necessidades de saúde da população, exigindo dos gestores esforços e priorizações na identificação dos desenhos já existentes, que devem ser trabalhados respeitando-se as situações regionais e suas peculiaridades. A territorialização consiste no reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes (tais como associações, igrejas, escolas, creches etc.), pelas dinâmicas das redes de transporte e de

comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região.

### 3.2. Flexibilidade

Consiste em respeitar as diversidades regionais próprias a um país de grandes dimensões, como o Brasil, no processo de identificação das Regiões de Saúde. A heterogeneidade territorial brasileira revela-se de muitas formas: nas especificidades estaduais e municipais, nas dinâmicas regionais distintas, e mesmo nas distribuições desiguais de serviços de saúde. Também é necessário que haja flexibilidade no reconhecimento das melhores conformações para as Regiões de Saúde, tendo em vista que podem ser compostas por municípios pertencentes a um ou mais de um estado; podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras.



*A heterogeneidade territorial brasileira revela-se também nos diferentes modos de organização e articulação de saúde.*

### 3.3. Cooperação

Deve caracterizar a ação conjunta entre as esferas de governo, entre gestores e entre as equipes técnicas no processo de implementação regional do SUS, por meio do partilhamento de experiências, do estabelecimento de ações de apoio ou na busca de soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas em cada território.



### 3.4. Co-gestão

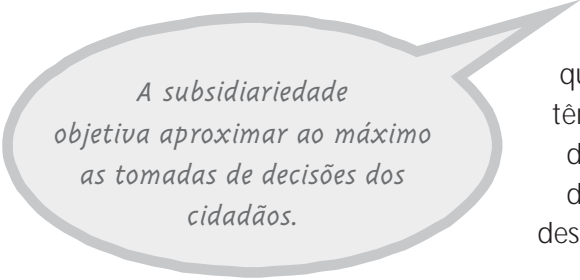
A regionalização exige dos gestores esforços permanentes – políticos e técnicos – de planejamento, articulação e pactuação. Para isso, é necessário que seja constituído um espaço de co-gestão que se efetive por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) – arranjo institucional que propicia um novo significado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

### 3.5. Financiamento solidário

Para que a regionalização tenha êxito, é importante que haja uma clara definição dos recursos financeiros destinados a apoiar os processos e iniciativas que a envolvem. Devem ser priorizados os investimentos que a fortaleçam, respeitando as estratégias nacionais e estaduais, assim como o Plano Diretor de Investimento (PDI) e o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços, nos espaços regionais. Desse modo, garante-se acesso amplo às ações e serviços de saúde, reduzindo as desigualdades de oferta existentes nas Regiões de Saúde.

### 3.6. Subsidiariedade

É um princípio que deve nortear as tomadas de decisão, pelo qual uma função não deve ser repassada à esfera subsequente sempre que puder ser exercida pela esfera local. No caso da Saúde, quando da distribuição de competências entre as esferas de gestão, devem considerar a possibilidade de assumirem, as responsabilidades, não transferindo-as à esfera sub-



*A subsidiariedade  
objetiva aproximar ao máximo  
as tomadas de decisões dos  
cidadãos.*

seqüente. E entre municípios, não deve ser repassado para outro o que pode ser realizado no município de origem. Isso pressupõe pactuação sobre quais sejam as responsabilidades mínimas não-compartilhadas e as responsabilidades que devam ser objetos de compartilhamento, entre as esferas de gestão.

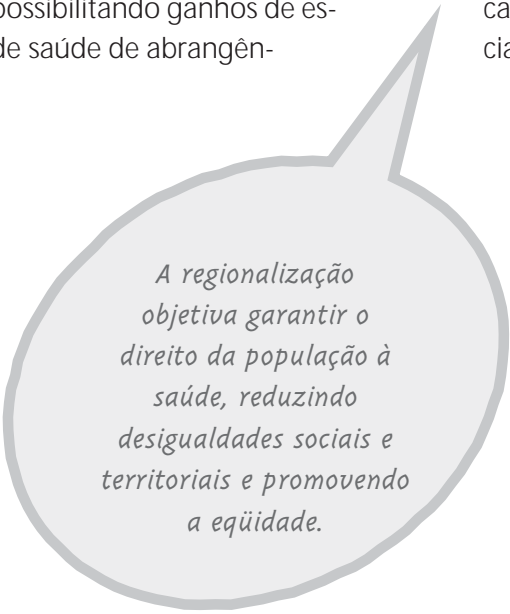
### **3.7. Participação e controle social**

Princípio doutrinário do SUS, a participação e o controle social têm possibilitado avanços significativos na qualificação do sistema, viabilizando a formulação de políticas de saúde que expressem as necessidades reais da população, captadas por meio de canais de participação direta, como as conferências de saúde ou os conselhos de saúde, existentes em todas as esferas de gestão. Também nos espaços regionais os gestores de saúde devem estimular e apoiar a mobilização e a participação social.

## 4. Objetivos da regionalização

Estratégia importante para a qualificação do SUS e para a efetivação de relações intergestores mais solidárias e cooperativas, a regionalização deve se pautar pelos seguintes objetivos gerais:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal.
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locais regionais se expressem nas regiões (e não fora delas).
- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de saúde de abrangência regional.



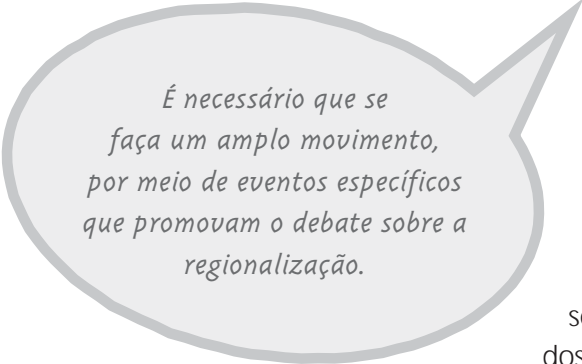
*A regionalização objetiva garantir o direito da população à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais e promovendo a equidade.*

## 5. Sensibilização e mobilização para a regionalização

A articulação entre os gestores é determinante para o que o processo de descentralização alcance os resultados desejados. Nas diferentes esferas do sistema, eles cumprem papel central na sensibilização dos atores envolvidos, assim como na constituição e no bom desenvolvimento das Regiões de Saúde. Para tanto, é necessário que se façam eventos, como, por exemplo, debates, palestras, oficinas de trabalho etc., envolvendo as equipes das secretarias estaduais e municipais, os profissionais das unidades e dos serviços de

saúde em geral, os membros dos conselhos de saúde e a sociedade civil. Tudo de forma a mobilizar os envolvidos diretamente e a comunidade, na estruturação das ações de saúde nas regiões.

O papel do estado, como coordenador da regionalização, e do Co-sems, como espaço de articulação dos gestores municipais, são igualmente importantes nesse processo em que vários temas e questões devem ser criteriosamente analisados, de forma a se chegar ao desenho das Regiões de Saúde e à definição dos modelos de atenção mais adequados aos objetivos da regionalização. As definições tomadas nesse processo, implicando possíveis mudanças necessárias na estrutura já existente, devem ser refletidas no Plano de Desenvolvimento Regional (PDR).



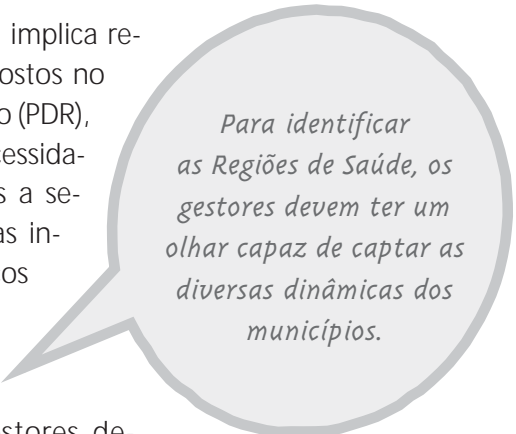
*É necessário que se faça um amplo movimento, por meio de eventos específicos que promovam o debate sobre a regionalização.*

## 6. Desenhos, critérios e reconhecimento das Regiões de Saúde

Implementar a regionalização implica refletir sobre os desenhos propostos no Plano Diretor de Regionalização (PDR), existente, avaliando-se as necessidades de mudanças, os acertos a serem feitos, a identificação das interações regionais entre serviços e ações de saúde já existentes e as que serão criadas.

Para identificar as novas Regiões de Saúde, os gestores devem se nortear por critérios que passaremos a apresentar, buscando sempre manter um olhar diferenciado, de modo a inserir cada município no formato de regionalização que lhe seja mais efetivo.

Como as identidades e características regionais são diversas, é preciso que haja flexibilidade no processo de configuração do desenho regional da Saúde. Por exemplo, em municípios de grande densidade populacional e/ou extensão territorial, como algumas capitais, temos os Distritos de Saúde ou outras formas de organização territorial que possibilitam, respeitando-se os critérios apontados, a estruturação de regiões que podem ser reconhecidas como intramunicipais. Por sua vez, nas faixas territoriais fronteiriças com outros países latino-americanos, o Brasil possui aproximadamente 447 municípios em 11 estados que podem constituir regiões bi ou trinacionais. A identificação dessas Regiões de Saúde Fronteiriças deve, necessariamente, contar com o envolvimento direto do Ministério da Saúde



*Para identificar as Regiões de Saúde, os gestores devem ter um olhar capaz de captar as diversas dinâmicas dos municípios.*

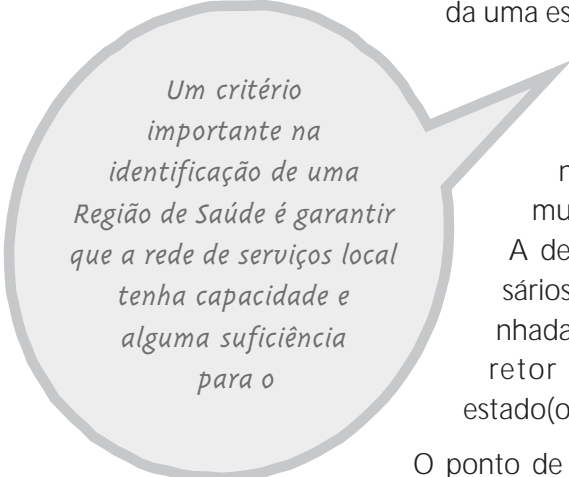
(MS), por implicar, na articulação dos sistemas locais de saúde, ações e decisões diplomáticas e legais.

O ponto de “corte” no nível assistencial que vai delimitar a Região de Saúde deve atender a critérios que propiciem resolutividade ao território, com suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Caso esse nível de suficiência ainda não

tenha se estabelecido na região, deve ser elaborada

uma estratégia para o seu alcance, explicitada no planejamento regional realizado pelo Colegiado Gestor Regional (CGR) e nos Planos de Saúde dos estados e dos municípios que compõem a região.

A definição dos investimentos necessários deverá estar expressa e acompanhada de um cronograma no Plano Diretor de Investimento (PDI) do(s) estado(os).



*Um critério importante na identificação de uma Região de Saúde é garantir que a rede de serviços local tenha capacidade e alguma suficiência para o*

O ponto de “corte” da média complexidade na Região ou na Macrorregião de Saúde deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo em vista a realidade da região e do estado. Em estados com maior adensamento tecnológico, também a alta complexidade pode estar contemplada em uma Região de Saúde. Todo planejamento regional deve considerar parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso. A identificação e a organização dos espaços regionais devem favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores, organizados nos CGRs, e, ainda, fortalecer o controle social.

## **6.1. As Regiões de Saúde**

### **6.1.1. Regiões de Saúde**

São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma “regionalização viva”.

### **6.1.2. Macrorregiões de Saúde**

São arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, de qualquer modalidade, com o objetivo de que elas organizem, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando desse modo a atenção à saúde das populações desses territórios. A identificação das Macrorregiões de Saúde deve considerar, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas e seus desenhos precisam constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do(s) estado(s) envolvido(s).

## **6.2. Desenhos de Regiões de Saúde**

### **6.2.1. Regiões de Saúde Intramunicipais**

Organizam-se dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional. Nesses municípios, a gestão vem sendo em geral estruturada por meio da constituição de Distritos de Saúde, que podem ser agrupados nas Regiões de Saúde Intramunicipais, seguindo os mesmos critérios pactuados para a identificação e organização das demais Regiões de Saúde. Dentro de um mesmo município, podem ser organizadas várias Regiões de Saúde compostas por tantos Distritos de Saúde quanto convier ao atendimento das demandas do território. Todas devem ser consideradas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), de seus respectivos estados.

### **6.2.2. Regiões de Saúde Intraestaduais**

São compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado, sendo a situação mais comum na organização das Regiões de Saúde.

### **6.2.3. Regiões de Saúde Interestaduais**

São compostas, seguindo os critérios gerais já descritos acima, por municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes (dois ou mais) – situação comum a áreas limítrofes entre territórios estaduais. O desenho dessas Regiões de Saúde deve ser o que melhor responder às necessidades de saúde locais. Elas devem constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos. Isso quer dizer que uma mesma Região de Saúde Interestadual fará parte de mais de um PDR.

### **6.2.4. Regiões de Saúde Fronteiriças**

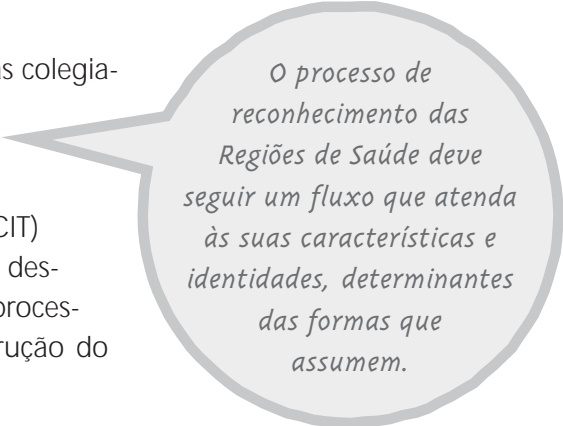
São compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um ou mais estado e um ou mais país(es) vizinho(s). Nessas



regiões, os municípios, o(s) estado(s) e a União devem participar da instituição da Região de Saúde em parceria com gestores dos países envolvidos, objetivando alcançar o desenho que melhor atenda às características e necessidades locais. Deve estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos.

### 6.3. Reconhecimento das Regiões de Saúde

Deve ser feito pelas instâncias colegiadas do SUS – ou seja, pelas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) –, atendendo aos critérios já descritos acima e subsidiando o processo de qualificação da construção do PDR, quais sejam:



*O processo de reconhecimento das Regiões de Saúde deve seguir um fluxo que atenda às suas características e identidades, determinantes das formas que assumem.*

- **Regiões de Saúde Intramunicipais**

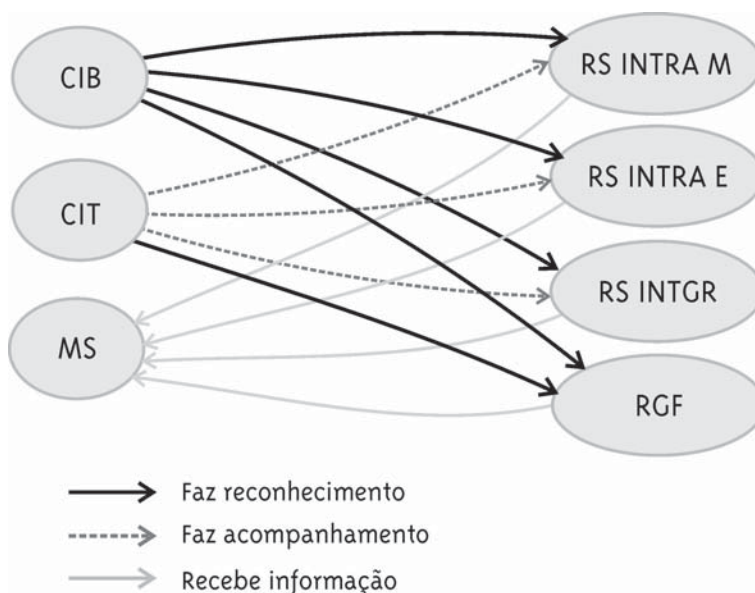
O gestor de saúde municipal identifica e informa à Comissão Intergestores Bipartite sobre a organização de uma ou mais Região de Saúde, envolvendo mais de um Distrito Sanitário dentro de seu território municipal. A CIB faz o reconhecimento da mesma e informa à Comissão Intergestores Tripartite e ao Ministério da Saúde sobre a constituição da Região de Saúde Intramunicipal, para fins de acompanhamento.

- **Regiões de Saúde Intraestaduais**

Os gestores municipais e o gestor estadual identificam a Região de Saúde situada nos limites geográficos de um único estado e formam seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa sobre sua criação à Comissão Intergestores Bipartite, que se encarregará de reconhecê-la e de informar o fato à Comissão Intergestores Tripartite e ao Ministério da Saúde, para que façam o acompanhamento.

- Regiões de Saúde Interestaduais**  
 Os gestores de municípios situados em dois ou mais estados com os gestores estaduais identificam a Região de Saúde e formam seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa às respectivas Comissões Intergestores Bipartites dos estados envolvidos sobre a organização da nova Região de Saúde Interestadual. As CIBs a reconhecem comunicando o fato à Comissão Intergestores Tripartite e ao Ministério da Saúde, para que façam o acompanhamento.
- Regiões de Saúde Fronteiriças**  
 Os gestores de municípios, de estado(s) situado(s) na fronteira com outros países, junto com o gestor federal identificam a Região de Saúde e formam seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa a(s) respectiva(s) Comissão(ões) Intergestores Bipartite(s) e a Comissão Intergestores Tripartite para que ambas reconheçam e informem ao Ministério da Saúde para que este faça o acompanhamento da nova Região de Saúde Fronteiriça.

## 6.4. Quadro-resumo do fluxo de reconhecimento das Regiões de Saúde



## 7. Planejamento Regional

*O planejamento da Região de Saúde deve ser um processo dinâmico que estabelece as prioridades e estratégias da saúde local, em função de suas aplicações.*

O planejamento regional exige revisão periódica de objetivos, seja em decorrência de mudanças de cenários ou de obstáculos que possam surgir. Deve atender às decisões dos gestores, por serem frutos de suas percepções sobre as necessidades sociais, na busca de soluções para os problemas de saúde da população.

Necessário ao desenvolvimento regional e imprescindível à concretização dos compromissos assumidos pelos gestores ao assinar o Termo de Compromisso de Gestão, o planejamento das ações de saúde é mais que uma exigência formal, ele expressa as responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde, deixando patente a necessidade de articulação entre os processos de Regulação e de Programação Pactuada e Integrada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com o Plano Diretor de Investimento (PDI).

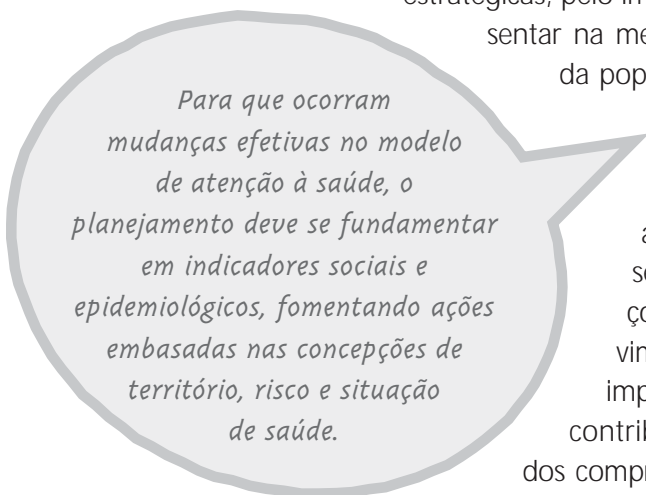
Por meio da PPI, as ações de saúde são previstas, norteadas a alocação dos recursos financeiros a partir dos critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Nela, os gestores explicitam os “pactos de referência” pelos quais um município passa a atender à população de outro município, ambos integrados à mesma Região de Saúde, detalhando os recursos destinados ao atendimento de sua própria população e da população a ele referenciada.

Portanto, o compartilhamento de metodologias e de tecnologias, aliado a um ciclo integrado de planejamento, monitoramento e avaliação de resultados, é que possibilita aos quadros técnicos, aos ges-

tores e aos usuários um acompanhamento qualificado da execução das ações e serviços de saúde. É também fundamental ao desenvolvimento dos trabalhos que práticas novas no campo da Saúde sejam sempre discutidas e consideradas, assim como a integração de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

Os compromissos instituídos pelo Pacto pela Vida, priorizando seis áreas estratégicas, pelo impacto que elas podem representar na melhoria da situação de saúde

da população brasileira, requererem dos gestores esforços concentrados na execução de ações conjuntas. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) será, neste contexto, um espaço privilegiado para o desenvolvimento das atividades que, se implementadas adequadamente, contribuirão para o cumprimento dos compromissos acordados.



*Para que ocorram mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde, o planejamento deve se fundamentar em indicadores sociais e epidemiológicos, fomentando ações embasadas nas concepções de território, risco e situação de saúde.*

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

## **7.1. Plano Diretor de Regionalização (PDR)**

Sendo um dos principais instrumentos de planejamento em Saúde, o PDR deve traçar o desenho final do processo de pactuação dos gestores, podendo conter:

- a caracterização do estado;

- a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas;
- os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde, caracterizando as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas;
- a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) estruturados e a serem estruturados, com sua composição;
- situação geo-localizada, da estruturação de redes de atenção à saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde, articuladamente com o processo das PPIs;
- a identificação dos “complexos regulatórios” – existentes e a serem implantados;
- outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde, em âmbitos regionais.

*Sendo um movimento vivo, o processo de regionalização deve resultar de ações de construção e reconstrução desencadeadas pelos gestores com o objetivo de garantir uma atenção à saúde qualificada para a população.*

## 7.2. Plano Diretor de Investimento (PDI)

Deve expressar os recursos de investimento tripartite que visam a superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde em consonância com o planejamento estadual e regional. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para o alcance de suficiência na atenção à saúde, incluindo as ações de vigilância e promoção em saúde, segundo as características peculiares a cada Região ou Macrorregião de Saúde. Os planos de investimento serão discutidos e aprovados na CIB, sendo que seu desenho final pode conter os recursos financeiros de investimento destinados:

- ao processo de regionalização;
- ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde;

- à recuperação, readequação, expansão e organização da rede física de saúde;
- para aquisição de equipamentos;
- à constituição dos espaços de regulação;
- à promoção da equidade inter-regional;
- a outras necessidades pactuadas regionalmente.

Para o ano de 2006, os recursos federais de investimento estão previstos em dois eixos:

**Eixo 1** – Estímulo à regionalização – Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias estaduais e nacionais, considerando os próprios PDIs atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional, e parâmetros de escala e de escopo com equidade no acesso.

**Eixo 2** – Investimentos para a atenção básica – Recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme a disponibilidade orçamentária e transferidos “fundo a fundo” para municípios que apresentarem projetos selecionados, de acordo com critérios pactuados na CIT. Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e expansão da rede física de saúde, assim como a constituição de espaços de regulação. Os projetos de investimento apresentados ao MS deverão ser aprovados nos respectivos conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

### 7.3. Programação Pactuada Integrada (PPI)

É um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, define e quantifica as ações de saúde para atendimento das populações residentes nos territórios, bem como efetiva os pactos intergestores que objetivam garantir o acesso da população aos serviços de saúde.

## 8. Responsabilidades dos gestores na regionalização

*As atribuições e as competências dos entes federados podem ser traduzidas – de forma sucinta – na promoção, proteção e recuperação da saúde da população.*

Qualificar a atenção à saúde é um desafio central a ser enfrentado pelos gestores do SUS. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde definem as atribuições e as competências dos entes federados. Contudo, apesar das definições legais e normativas e do rico processo de negociação e pactuação verificados no SUS, em muitos momentos temos registrado um baixo grau de responsabilização por parte dos gestores, entre outras razões pela fragilidade dos processos de trabalho ocorridos em várias esferas de governo.

Durante a construção do Pacto de Gestão 2006, formalizou-se um compromisso para a assunção das responsabilidades sanitárias, com a meta de se garantir atenção às necessidades de saúde da população, tendo por base as competências, os territórios, a organização dos serviços e a gestão do sistema. Essas responsabilidades, detalhadas na Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, organizam-se em sete eixos:

- responsabilidades gerais de gestão do SUS;
- responsabilidades na regionalização;
- responsabilidades no planejamento e programação;
- responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema;
- responsabilidades na gestão do trabalho;
- responsabilidades de educação em saúde;
- responsabilidades na ampliação da participação e do controle social.

A seguir, destacamos as responsabilidades inerentes ao “eixo da regionalização”, para cada ente federado.

## **8.1. Responsabilidades dos municípios**

Algumas das responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos, enquanto que outras devem ser pactuadas entre as municipalidades e/ou de acordo com as complexidades das redes de serviços localizadas nos territórios municipais, de forma a garantir o cumprimento das responsabilidades sanitárias locais. São responsabilidades das municipalidades:

- contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuações estabelecidas;
- participar dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimento (PDI);
- executar as ações de referência regional de sua responsabilidade, em conformidade com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde, acordada nos Colegiados de Gestão Regional (CGRs).

## **8.2. Responsabilidades dos estados**

- contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;



- coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e as pactuações na CIB;
- coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das Regiões de Saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários à regionalização, conforme a pactuação estabelecida;
- apoiar técnica e financeiramente as Regiões de Saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- participar dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimento (PDI).

### **8.3. Responsabilidades do Distrito Federal**

- contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidário e cooperativo, assumindo os compromissos pactuados;
- coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das Regiões de Saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- apoiar técnica e financeiramente as Regiões de Saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- participar dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), cumprindo as obrigações técnicas e financeiras conforme pactuações estabelecidas;
- participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no Plano de Saúde do Distrito Federal, no planeja-

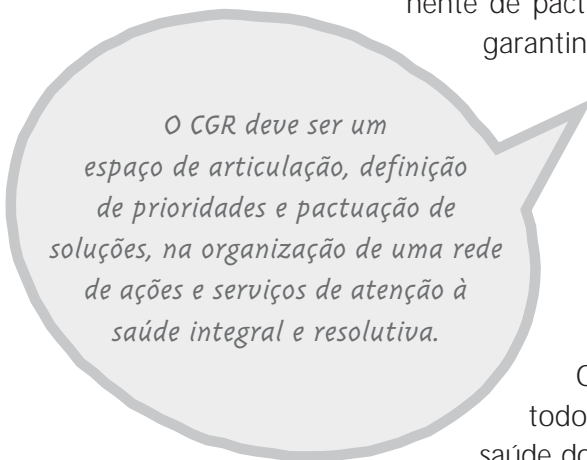
- mento regional, no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no Plano Diretor de Investimento (PDI);
- propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e participando da sua constituição;
  - disponibilizar, de forma cooperativa, os recursos humanos, tecnológicos e financeiros disponíveis, conforme pactuação estabelecida.

## **8.4. Responsabilidades da União**

- contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- coordenar o processo de regionalização em âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais, observando as normas vigentes e as pactuações na CIT;
- cooperar técnica e financeiramente com as Regiões de Saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade inter-regional e interestadual;
- apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- fomentar a constituição das Regiões de Saúde Fronteiriças, participando do funcionamento de seus Colegiados de Gestão Regional (CGRs).

## 9. O Colegiado de Gestão Regional (CGR)

Imprescindível a um processo de regionalização qualificado, o Colegiado de Gestão Regional (CGR) deve operar como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS.



*O CGR deve ser um espaço de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, na organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva.*

Suas decisões devem se dar sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento de todos com os compromissos pactuados.

O CGR deve ser composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais). Nas Regiões de Saúde de Fronteiras, o gestor federal também deverá compor o Colegiado. Nos estados onde já funcionam Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIB-R) constituídas por representação, não sendo possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios ao Colegiado Regional, deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, prevendo a inclusão de todos o gestores e o pleno funcionamento do CGR.

Os desenhos e formas de organização dos CGRs devem espelhar as diversas possibilidades de conformação das Regiões de Saúde: portanto, deve envolver representações dos Distritos de Saúde nos casos das Regiões de Saúde Intramunicipais e dos municípios envolvidos, nos casos das Regiões de Saúde Intraestaduais, Interestaduais

ou Fronteiriças. A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

## 9.1. Funcionamento do CGR

Para que o Colegiado de Gestão Regional (CGR) cumpra plenamente suas funções é importante que conte, ainda, com apoio técnico constituído por meio da estruturação de Câmara(s) Técnica(s) Permanente(s) e/ou Grupo(s) de Trabalho(s). Ela(s) deve(m) ser integrada(s) por técnicos das secretarias estaduais e municipais de Saúde, tendo como função oferecer o suporte necessário ao CGR, disponibilizando as informações e análises essenciais à fundamentação das decisões a serem tomadas.

*É de responsabilidade do CGR definir uma agenda de trabalho a ser cumprida pelos técnicos integrantes da(s) Câmara(s) Técnica(s) Permanente(s).*

Se convier, poderão ainda ser criados grupos de trabalho a serem integrados por técnicos dos municípios e do(s) estado(s) envolvido(s). A disponibilização dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros para o processo de regionalização consta entre as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais e da União, o que deve contribuir para um processo solidário e cooperativo de gestão.

Outro ponto fundamental é a organização de uma " agenda regular e freqüente de reuniões", articulada com a agenda da CIB. Definido o desenho da Região de Saúde, sua composição, forma de funcionamento e a agenda do CGR, poderá ainda ser instituído um regimento próprio que contribua para seu aprimoramento, organização

*Muitas discussões e assuntos prioritários, de âmbito do CGR, terão que ser pactuados na Comissão Interrogativa Bipartite (CIB).*

e funcionamento. Esse regimento deve ser elaborado em consonância com as competências inerentes à CIB, sem incorrer em concorrência, sobreposição ou superposição de funções.

## 9.2. Agenda do CGR

Destacamos a seguir algumas ações relevantes que devem compor as agendas dos CGRs:

- fazer a identificação e o reconhecimento da Regiões de Saúde;
- adotar processos dinâmicos no planejamento regional;
- atualizar e acompanhar a Programação Pactuada Integrada (PPI) de atenção à saúde;
- elaborar o desenho do processo regulatório, definindo claramente os fluxos e protocolos necessários;
- priorizar as linhas de investimentos;
- estimular estratégias que contribuam para a qualificação do controle social;
- apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde;
- construir estratégias para que sejam alcançadas as metas prioritizadas no Pacto pela Vida, com a definição, se necessário, de outras prioridades loco-regionais;
- constituir processos dinâmicos para a avaliação e o monitoramento regional;
- aprimorar os mecanismos de regulação da assistência à saúde;
- fortalecer as iniciativas e ações contidas no Pacto em Defesa do SUS;
- coordenar a agenda e o trabalho da(s) Câmara(s) Técnica(s) Permanente(s);
- dentre outras.

# Bibliografia consultada

BARACHO, J. A. O. "O princípio da subsidiariedade: conceito e evolução". Ed. Forense. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. "Política Nacional de Desenvolvimento Regional". Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional/Secretaria de Programas Regionais. Proposta para discussão. Mimeo. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. "Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil: estudos básicos para caracterização da rede urbana". IPEA/IBGE/Unicamp. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. "A Regionalização das políticas públicas no Brasil". Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Seminário. Mimeo. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. "Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais". Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. "Pactos pela Vida e de Gestão - Regulamento". Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 2. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. "Política Nacional de Atenção Básica". Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 4. Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. "Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde". Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 5. Departamento de Regulação, Controle e Avaliação/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. "A política de descentralização do SUS – conquistas, limites e desafios em um contexto de mudanças". Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Documento de discussão interna. Mimeo. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. "*HumanizaSUS* – Política Nacional de Humanização". Série B, Textos Básicos em Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização/Secretaria Executiva. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 687, de 30/03/06. "Aprova a Política de Promoção da Saúde". Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01 – "Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso". Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 116. Brasília, 2001.

BRASIL, Senado Federal. "Constituição: República Federativa do Brasil". Centro Gráfico do Senado Federal. Brasília, 1988.

CABRAL, I. M. "A regionalização da saúde". Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Documento para discussão interna. Mimeo. Brasília, 2004.

GUIMARÃES, R. B. "Regiões de Saúde e suas articulações escalares". Texto para discussão interna do Grupo de Discussão sobre a regionalização. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. "Regiões de Saúde e escalas geográficas". Caderno de Saúde Pública, 21(4):1017-1025. Rio de Janeiro, jul/ago, 2005.

HEIMANN, L. S. [et al.] "Quanto Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS". CD-ROM. Ministério da Saúde, IDRC, RISS, Polis. São Paulo, 2002.

JUNIOR, N.C. "Política de Regionalização da Saúde". Relatório dos Estudos da Política de Regionalização da Saúde MS/BM. Brasília, 2005.

LEITE, M. P. "Desenvolvimento econômico local e descentralização na América Latina: A experiência da Câmara Regional do Grande ABC no Brasil". Projeto Cepal/GTZ. Mimeo. São Paulo, 1999.

LIMA, A. P. G.; PASTRANA, R. "Diagnóstico da situação atual de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil". Organização Panamericana da Saúde. Ministério da Saúde. Relatório de Pesquisa. Mimeo. Brasília, 2000.

LUCCHESI, P. T. R. "Processo alocativo e redução de desigualdades regionais: equidade na gestão do Sistema Único de Saúde". Secretaria Executiva/Ministério da Saúde/Abrasco/ENSP/Fiocruz. Mimeo. Brasília, 2001.

MENDES, E. V. "Programa de reforma do sistema estadual de saúde do estado da Bahia: sistemas microrregionais de serviços de saúde e consórcios intermunicipais de saúde". Relatório de consultoria realizada para o Banco Mundial, na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Mimeo. Bahia, 2000.

\_\_\_\_\_. "Sistemas Locais de Saúde". Ed. Hucitec. São Paulo, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde". Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde, "Descentralização e Municipalização da Saúde". Brasília, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, "O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social". Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, "Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos". Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003.

MISOCZKY, M. C.; BASTOS, F. A. "Avançando na implantação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde". Dacasa Editora. Porto Alegre, 1998.

\_\_\_\_\_ "Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde". Rap. 335-351. 2004.

NASCIMENTO, V. B. "SUS, Gestão Pública da Saúde e o Sistema Federativo Brasileiro" .. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

\_\_\_\_\_ "O SUS e o desafio da regionalização da saúde". Momento APSP/ Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo, 2004.

\_\_\_\_\_ "A assistência hospitalar no ABC: uma questão regional". In: *Experiências Inovadoras no SUS: Relatos e Experiências/Gestão de Serviços de Saúde/Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde*. Reforsus: Ministério da Saúde. pp. 243-275. Brasília, 2002.

OLIVEIRA, M. H. B. "Pactos de Gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização". In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, C. M. M. "Gestão de Sistemas de Saúde". UERJ, IMS. Rio de Janeiro, 2003.

PIRES, M. C. S. "Descentralização e Subsidiariedade". Revista de Informação Legislativa, a. 37, nº 147. Brasília, jul/set, 2000.

SANTOS, M. "A Natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção". Ed. Hucitec. São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_ "O Espaço do cidadão". Ed. Nobel. São Paulo, 1998.

SANTOS, N. R. "Territorialização e Regionalização. Texto para discussão interna do Grupo de Discussão sobre a regionalização". Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília, 2004.

SOUZA, C. "Relações Intergovernamentais e a Reforma da Administração Pública". In: MELO, M. A. (org.). "Reforma do Estado e Mudança Institucional no Brasil". Ed. Massangana. Recife, 1999.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional. Núcleo de Estudos da População. "Aglomerados de Saúde". Ministério da Saúde. 26 v. Série G. Estatística e Informações para Saúde, nº 31. Brasília, 2001.