

**AValiação DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS: CONSTRUÇÃO DO MODELO
TEÓRICO-LÓGICO^a**

Sydia Rosana de Araujo Oliveira ^b

Carmen Fontes Teixeira^c

Resumo

Este estudo tem como objetivo elaborar o Modelo Teórico-lógico da Regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de subsidiar a realização de pesquisa avaliativa do grau de implantação dessa intervenção no âmbito estadual. A metodologia adotada enfatizou a revisão de literatura nacional e internacional acerca da Regionalização, que permitiu compreender os elementos teóricos para a construção do Modelo, e a revisão de documentos institucionais do SUS, dos quais foram extraídas informações referentes à sua “dimensão lógica”. O Modelo construído adota a concepção de Regionalização como um processo político-institucional que contempla a Territorialização, o Planejamento e Gestão Regional e Organização das Redes de serviços de saúde no âmbito regional e especifica os objetivos proximais e distais desse processo, tal como proposto nos documentos revisados. Concluiu-se que o Modelo construído poderá subsidiar a elaboração de um instrumento de avaliação dessa Política e sua aplicação nos vários estados pode vir a contribuir nas tomadas de decisões que visem à superação dos obstáculos e ao aperfeiçoamento desse processo.

Palavras-Chave: Regionalização. Avaliação de serviços de saúde. Gestão em saúde. Planejamento integral de saúde. Metodologia.

^a Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Affaires Étrangères et commerce international Canadá.

^b Mestre em Saúde Comunitária. Analista de Gestão em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM).

^c Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal da Bahia (UFBA). carment@ufba.br

Endereço para correspondência: Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Campus da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Cidade Universitária, Recife, Pernambuco. CEP: 50670-420. sydia@cpqam.fiocruz.br

Abstract

This study has as objective to present the Theory-Logic Model of the Regional Health Planning of the Unified Health System (SUS), elaborated with the intention to subsidize the assessment research on the degree of the establishment of this policy in the Brazilian states. The methodology adopted emphasized the revision of national and international literature concerning the Regional Health Planning, which allowed the understanding of theoretical elements for the construction of the Model. Moreover, it permitted the revision of institutional documents from the Unified health System (SUS), from where information on its logical dimension was extracted. The constructed Theory-logic Model adopts the conception of Regional Health Planning as a political-institutional process that contemplates territorialization, planning and regional management and the organization of an integrated network of services of health in the regional scope. It also specifies the long and short-term objectives of this process such as proposed in the revised documents. It could be concluded that the constructed model will be able to subsidize the elaboration of an assessment tool of this policy whose accompanying in some States can contribute to the making decision process that aim the overcome of obstacles and the perfectioning of this process.

Key words: Regional health planning. Health services evaluation. Health management. Integral health planning. Methodology.

EVALUACIÓN DE LA REGIONALIZACIÓN DEL SUS: CONSTRUCCIÓN DEL MODELO TEÓRICO-LÓGICO

Resumen

Este estudio tiene como objetivo desarrollar un modelo Teórico-Lógico de la Regionalización del Sistema Único de Salud (SUS), con el fin de subsidiar la realización de una investigación evaluativa del grado de implementación de esta intervención en el ámbito estatal. La metodología adoptada privilegió la revisión de la literatura nacional e internacional sobre la regionalización, la que permitió comprender los elementos teóricos para la construcción del modelo, y la revisión de documentos institucionales del SUS, de los cuales, fueron extraídas informaciones con respecto a su "dimensión lógica". El modelo construido

adopta el concepto de regionalización como un proceso político-institucional que contempla la Territorialización, la Planificación y la Gestión Regional y Organización de redes de servicios de salud, a nivel regional, y especifica los objetivos proximales y distales de ese proceso, como se propone en los documentos revisados. Se concluye que el modelo construido podrá subsidiar el desarrollo de una herramienta de evaluación de esa política y su aplicación, en los diversos, puede contribuir en la toma de decisiones orientadas a superar los obstáculos y la mejoría de ese proceso.

Palabras-Clave: Regionalización. Evaluación de los servicios de salud. Gestión en salud. Planificación integral de la salud. Metodología.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das políticas no Brasil vem sendo tema de inúmeros estudos que abordam vários aspectos da problemática dos serviços de saúde em diversas conjunturas. A preocupação com a organização do sistema nacional de saúde pode ser identificada desde o período da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada em 1963, na qual se contemplou a difusão de muitas das propostas então em voga no âmbito internacional, como a descentralização e a regionalização dos serviços.¹

Estas propostas de reorganização das ações governamentais no âmbito da saúde, fomentadas na década de 1960, só começaram a ser implantadas, de fato, em meados da década de 1970, quando alguns municípios, insatisfeitos com as deficiências do modelo de saúde hegemônico no país, começaram a formular políticas locais de saúde e a implantar modelos alternativos de organização de serviços.¹ Entretanto, tais iniciativas só tomaram força no ano de 1983, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), que se iniciaram de forma tímida, mas se transformaram em uma estratégia fundamental da política de saúde em 1986, com mais de 2.000 municípios aderindo à proposta.²

Para além da incorporação das propostas de municipalização e mesmo da proposta de integração de serviços públicos, como previsto nas AIS, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, gradativamente fortalecido nos anos de 1970,³ incluiu a descentralização da gestão como princípio e a regionalização dos serviços como diretriz estratégica para a reorientação do sistema. Nessa perspectiva, a 8ª CNS, realizada em março de 1986, foi o cenário de reivindicações em prol da municipalização, considerando-se que os municípios deveriam definir as políticas locais de saúde, com a formulação dos Planos Municipais de Saúde ou Planos Diretores Municipais Integrados.

Antes mesmo da aprovação das propostas apresentadas pelo movimento sanitário na Constituinte em 1988, foi elaborada a proposta de implementação de mudanças político-institucionais que configuraram o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Bahia foi o primeiro estado a assinar o convênio SUDS e a propor a regionalização territorial/populacional com a criação dos Distritos Sanitários (DS), unidades de planejamento e gestão local dos serviços de saúde que vieram a se constituir em espaços de experimentação metodológica na área de planejamento e programação local,⁴ contemplando a territorialização e a mudança na organização dos serviços e na gestão do sistema.

Nesse mesmo período, no âmbito jurídico, ocorreu a aprovação da nova Constituição Federal, que assim determinava, no capítulo relativo à Saúde: “[...] ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”.^{5:116} Após a promulgação da Constituição, a descentralização e regionalização constituir-se-ão nas principais estratégias de reorientação do Sistema de Saúde. Estas estratégias estão intimamente relacionadas e articuladas num mesmo processo, não nos permitindo que se fale isoladamente de uma ou de outra.⁶

A implementação dessas estratégias, contudo, só veio a ocorrer a partir de 1993, com a implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96), que desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo recursos federais a estados e, principalmente, a municípios, viabilizando o planejamento da assistência e a organização do modelo de saúde local.⁷

A ênfase dada ao processo de municipalização durante a década de 1990 trouxe à tona as dificuldades enfrentadas pela grande maioria destes com relação à infraestrutura de recursos e capacidade de gestão, especialmente nos municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, que representam cerca de 80% dos municípios do país. De fato, a transferência de recursos e de poder de decisão aos municípios produziram também um debate sobre a importância da regionalização, retomada como diretriz estratégica pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001,⁸ posteriormente revisada na NOAS 2002.⁹ Tanto uma quanto a outra estimulavam o fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, para que assumissem a coordenação da regionalização da assistência, organizando redes de cooperação entre os municípios, na tentativa de superar a descentralização prevista nas normas anteriores e, desta forma, (re)centralizando o processo.¹⁰⁻¹²

Com a mudança de governo ocorrida no âmbito federal em 2003, estabeleceu-se debate sobre o caráter normativo das NOBS e NOAS, retomando-se a regionalização na publicação de 2006, do Pacto pela Saúde, pela Vida e Pela Gestão, pelo Ministério da Saúde,

que passou a considerá-la eixo estruturante para a gestão do Sistema. Segundo o documento do Pacto, a regionalização visa garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e do reconhecimento das Regiões de Saúde e da gestão compartilhada, com a criação das instâncias regionais que garantam a participação da totalidade dos municípios que compõem a região.¹³

O Pacto pela Gestão explicita que a regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores, e deve ser apoiada por três instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). A proposta é que o PDR, que já era visto como a ferramenta prioritária na NOAS 2001/2002, seja o instrumento a 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 dos recursos.¹³

A regionalização no âmbito governamental assume uma perspectiva de estratégia, sendo a forma de operacionalizar, de implementar uma ação, neste caso, a reorganização de serviços e sistemas de saúde. Neste estudo, porém, optou-se por entender a regionalização como uma proposta de distribuição de poder,¹⁴ em que se desloca o poder da esfera federal para os estados, construindo instâncias de poder neste espaço, favorecendo, assim, a resolução dos problemas da reorganização do sistema neste âmbito. Esta política vem sendo implantada em todos os estados, sendo, portanto, pertinente avaliar seu grau de implantação nas diversas regiões do país.

Destarte, este estudo tem como objetivo elaborar o Modelo Lógico da Regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) que possa subsidiar a realização de “estudos de caso” ao nível estadual sobre o processo de implementação dessa política.

MODELO LÓGICO: PONTO DE PARTIDA PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A necessidade de refletir sobre as intervenções em saúde surge na década de 1970, introduzindo uma teoria, na avaliação de programas, denominada “modelização”, que objetiva fornecer racionalidade aos programas, esquematizando o processo da intervenção para atingir os resultados desejados.¹⁵ Nesse período, especifica-se a necessidade de conceituar os efeitos e a natureza da intervenção, além de demonstrar as vantagens de “modelizar” os programas sociais devido a sua complexidade.¹⁶

“Modelização” é a ação intencional de elaborar e de construir, pela composição de símbolos, tornando inteligível um fenômeno complexo.¹⁷ “Modelizar” é “[...] representar o objeto, seus movimentos e suas relações, tendo por referência uma construção teórica: a teoria do objeto-modelo”.^{18:43} Assim, além da esquematização do objeto, é necessário um segundo momento, de agregação da racionalidade que une suas múltiplas dimensões ou aspectos. Este processo é designado de construção de modelo teórico.¹⁹

Modelo teórico é, pois, um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo, que é, por sua vez, a representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal. Os objetos-modelo, portanto, fazem parte das teorias científicas e os modelos teóricos encerram objetos-modelo. Vale ressaltar que, ainda que seja possível ou mesmo desejável que se representem os modelos teóricos por meio de diagramas ou de símbolos é imperiosa a descrição das ideias, dos enunciados que compõem a teoria específica.¹⁹

No campo da avaliação, os diversos autores^{15,18,20-23} são unânimes quanto à necessidade de “modelização” das intervenções, sejam elas de um programa ou de uma política, como o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, porém não há consenso quanto ao termo a ser utilizado, podendo ser empregadas as diversas terminologias: modelo lógico, teoria do programa, modelo de programa, linha de resultados, mapa de causa, teoria da ação. A expressão comumente utilizada no campo da avaliação é “modelo lógico”, que surgiu nos anos de 1980, para ajudar a estabelecer e testar as intervenções governamentais no Canadá, bem como a conceber um instrumento de avaliação adequado.²⁴

A teoria do programa reúne um conjunto de postulados sobre o modo pelo qual o programa produzirá os benefícios sociais esperados e sobre a estratégia e a tática adotadas para atingir seus objetivos e impactos.¹⁵ Pode ser dividida em dois passos: Teoria do impacto – uma teoria causal que descreve uma sequência de causas/efeitos em que certas atividades do programa são as causas instigadoras e certos benefícios sociais são os efeitos eventualmente produzidos – e Teoria de processo – estratégias e táticas adotadas para atingir os objetivos.

Outras classificações possíveis para a Teoria do programa são prescritiva ou descritiva, devendo analisar o programa e a lógica de como ela trabalha, além do porquê os componentes da intervenção, juntos, irão causar os resultados esperados.²⁵ Há ainda a Teoria de implantação (modelo operacional), que estabelece a sequência de implantação, e a Teoria do programa (modelo teórico), que apresenta as hipóteses sobre o modo como a implantação se transforma em resultados desejados. Esta última subdivide-se. Quando a Teoria do programa é encontrada em documentos e fundamentada explicitamente no conhecimento

científico, diz-se que ela é “Teoria de programa articulada”; quando a teoria não está bem descrita, chama-se “Teoria do programa implícita” ou “Teoria tácita”.²⁰

Autores²³ estabelecem uma descrição semelhante à apresentada acima,²⁰ distinguindo três modelos principais na “modelização” das intervenções: modelo causal, que representa o problema a corrigir e suas causas (análise estratégica); modelo lógico teórico, que acompanha o avanço lógico entre os objetivos de produção e os objetivos mais distais da intervenção, trazendo todas as consequências possíveis; e o modelo lógico operacional, que estabelece a ligação entre as estruturas, os processos e os objetivos de produção intimamente ligados ao processo. Neste estudo, adotar-se-á a expressão Modelo Teórico-lógico, entendendo-o como um “híbrido”, uma combinação dos modelos propostos por este autor e a perspectiva de uma dimensão *teórica* e uma dimensão *lógica* (a sequência das ações que dão concretude à teoria).

CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

A construção de um Modelo Lógico é o ponto de partida para o desenvolvimento de pesquisa avaliativa em saúde. Os autores que trabalham nessa área definem pesquisa avaliativa como um julgamento, mediante a utilização de metodologia científica, sobre as relações que existem entre os diferentes componentes da intervenção^{26,27} ou ainda aquela que “[...] repousa sobre um trâmite científico que permite a análise e compreensão das relações causais entre os diferentes componentes da intervenção. Ela visa compreender o como e o porquê dos resultados alcançados.”^{d 23:39, tradução nossa}

Para diversos autores,^{23,28,29} uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação visando, em um ambiente dado, durante um período de tempo dado, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Todo sistema organizado de ação pode ser descrito com base em cinco componentes: Estrutura, Atores e suas práticas, Processo de ação, Finalidades, Ambiente/contexto.

Neste trabalho, optou-se por realizar a construção do Modelo Teórico-lógico em dois momentos. Realizou-se, inicialmente, uma revisão dos documentos da política nacional de saúde que tratam da questão da Regionalização, assumindo-se o Pacto pela Gestão como referencial para a análise e identificação dos componentes da estratégia de regionalização. Em seguida, foram categorizadas as informações coletadas em colunas (estrutura, processo e resultados). Realizou-se, então, o questionamento de cada componente para a construção da cadeia lógica, descrevendo a sequência de causa-efeito, entre os elementos, numa lógica

articulada em uma série de relações “se-então” ou *Forward/backward mapping*.²¹ Em seguida, tratou-se de sistematizar e diagramar os elementos que compõem cada uma das dimensões do Modelo. Na dimensão *teórica*, trabalhou-se com a concepção de Regionalização, assumindo-a como uma política, isto é, uma proposta de distribuição do poder.¹⁴ Nessa perspectiva, tomou-se como referência o modelo do ciclo da política³⁰ e o modelo político e contingente.³¹ O primeiro entende a formulação da política como fruto da interação de diferentes atores que identificam problemas e definem objetivos; o segundo considera que o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política, pois a implantação de uma intervenção dependerá do apoio dos diferentes atores.

A dimensão *lógica* do Modelo correspondente à operacionalização do processo de regionalização. A sistematização dos elementos que o compõem foi feita de “trás para frente”, partindo-se do impacto da intervenção até as atividades (processo) e recursos (estrutura), objetivando observar o caminho causal percorrido para que o impacto da intervenção fosse percebido, conforme preconizado pelos diversos autores.²¹⁻²³ Nessa perspectiva, priorizou-se, no diagrama construído, a identificação dos Objetivos definidos (proximais) e dos resultados esperados (objetivos distais) com a implementação do processo.

MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS

Este Modelo corresponde à definição de uma “imagem-objetivo” do processo de regionalização, visando funcionar como referência para apreciação do grau de implantação dos seus componentes, quer seja da operacionalização dos processos, quer seja do alcance dos objetivos pretendidos. Os elementos que o compõem serão descritos detalhadamente a seguir.

REGIONALIZAÇÃO: POLÍTICA E ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diversas definições são propostas para compreender a Regionalização, dentre elas “[...] a coincidência em um determinado espaço de um conjunto de recursos, de uma população e de tecnologias apropriadas para o exercício da Vigilância à Saúde”,^{6:62} estando intimamente ligada a três conceitos fundamentais: cidadania, territorialização e organização de serviços para resolver problemas de saúde. Consideram-na, ainda, como uma estratégia para aperfeiçoar a utilização dos serviços e aumentar a efetividade das ações,³² estando implicada na busca de melhor distribuição técnica, espacial, científica e operacional das

ações de saúde distribuídas em níveis de atenção articulados entre si com a melhor eficiência, eficácia e efetividade dos serviços e com impacto epidemiológico e social.³³

No âmbito do SUS, a efetivação da regionalização surge como um processo de formulação/reformulação da realidade, com uma visão dinâmica, uma ideia de transformação dos serviços de saúde, que se apresenta como eixo estruturante do pacto de gestão do SUS, devendo orientar as ações e os serviços de saúde, garantindo o direito à saúde da população e potencializando os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.^{6,13} Entretanto, autores³⁴ lembram que os princípios orientadores do SUS como a regionalização, ainda não são uma realidade no cotidiano da atenção.

A política de regionalização do SUS está embasada em um arcabouço operacional, com base em elementos principais que orientam o desenvolvimento do padrão de interdependência organizacional desejado entre os municípios, na garantia de acesso universal, equitativo e integral da saúde, após a criação de um padrão de organização e gestão compartilhado, o qual deve levar em conta as particularidades regionais e as diversidades existentes no país.³⁵

Neste estudo, adotou-se a regionalização como o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de negociação e pactuação entre os gestores, para garantir o direito à saúde da população e a redução das desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde.¹³

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO

O modelo teórico-lógico envolve as dimensões teórica e lógica. A primeira tem como componentes: o problema, o contexto/cenário e os atores. A dimensão lógica abrange três processos: estrutura, processo, objetivos.

Dimensão teórica

O momento de Decisão Política (dimensão Teórica) é o ponto que antecede a operacionalização da intervenção. Esta foi decomposta em três componentes, que são apresentados a seguir, pois só se desencadeia em um *Contexto* específico, qual seja o de construção do SUS, em que diferentes *Atores* políticos (gestores do sistema) identificam e elegem a Regionalização como solução para um *Problema*, neste caso a iniquidade no acesso da população aos serviços de saúde, dentro de um conjunto de outras soluções possíveis:

a) *problema* – para entender a regionalização é preciso primeiramente definir o problema que motiva esta intervenção, neste caso a iniquidade no acesso da população

aos serviços e sistema de saúde. É deste ponto de partida que se pode entender todo o processo de formulação da política de Regionalização, em que os diferentes atores observam a importância de resolver determinado problema e o elegem dentro de uma infinidade de outros. Esta emergência do problema só será possível pela interação estratégica dos atores e pela oportunidade no cenário em que se instala esta política.

b) *Contexto/Cenário* – ambiente no qual o projeto está sendo desenvolvido, que ajuda a definir e a delimitar as circunstâncias para as quais os achados podem ser generalizados.²² No caso da Regionalização do SUS, emerge no intuito de responder ao problema da iniquidade no acesso da população ao sistema de saúde, possibilitando, em um espaço de desigualdades regionais e territoriais, como o encontrado no Brasil, a articulação de diversos atores em torno de uma proposta de reorganização dos serviços. O contexto neste momento apresentou-se propício para a adoção compartilhada de uma política centrada na integração dos serviços para garantir a acessibilidade e a integralidade da atenção à população. Deve-se lembrar que o Brasil, um país com dimensões continentais, com grandes desigualdades regionais, optou pela construção de um sistema público de saúde fundamentado em princípios como universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde, cuja concretização só se afigura possível na medida em que se assumia uma organização de serviços em bases territoriais.³⁶ A adoção dessa política, embora lógica do ponto de vista da racionalidade técnico-sanitária, só se tornou possível em um momento de convergência de interesses políticos entre gestores municipais, estaduais e o próprio gestor federal, abrindo-se, portanto, uma “janela de oportunidade” para a inclusão da política de Regionalização no Pacto pela Saúde.

c) *Atores* – considerar-se-á neste trabalho como atores da construção do SUS e conseqüentemente da política de regionalização, os trabalhadores do sistema, os gestores, a população e a mídia, cada um com diversidade de perspectiva, a depender do momento. Os trabalhadores do sistema possuem perspectivas diferentes com base em suas ideologias políticas e profissionais, que se apresentam de forma mais ou menos explícita, a depender do lugar onde se encontram na estrutura de poder no âmbito do sistema. Desse modo, a visão de um profissional que se encontra na “ponta”, na rede de atenção, é diferente do que está na gestão do sistema e estas diferenças de perspectivas serão entraves ou possibilidades para o desencadeamento e consolidação de ações voltadas à reorganização do sistema de saúde. O mesmo se dá com a população que, muitas vezes, de forma organizada ou não, critica, denuncia, rejeita ou aprova a forma como o sistema está organizado ou como as ações são prestadas, devendo-se levar em conta que os representantes dos usuários, muitas vezes,

lutam apenas pelos interesses de um determinado segmento e não da população em geral. Percebe-se que este jogo que se dá na constituição do sistema leva a horizontes diferentes. Não se pode esquecer ainda o papel dos gestores do sistema, que não necessariamente agem em função dos interesses da população ao implantar uma determinada política, e o papel da mídia, este “quarto poder” complexamente habitado por interesses os mais diversos, não necessariamente coincidentes com os da maioria da população.

Dimensão lógica

Corresponde ao momento de operacionalização da política construído sob a forma de uma cadeia lógica, descrevendo a sequência de causa-efeito entre os elementos, numa lógica articulada em uma série de relações “se-então”. Neste sentido, foram considerados três processos como fundamentais para a implementação da Regionalização, os quais são o ponto de partida para o desenrolar dos objetivos pretendidos com esta intervenção:

- a) *Estrutura – componente relacionado aos recursos materiais, humanos, financeiros e organizacionais, os quais são necessários para a implantação da intervenção;*
- b) *Processo – compreende a política de regionalização enquanto processo. Realizou-se sua decomposição em três componentes principais, quais sejam: a Territorialização, o aperfeiçoamento do Planejamento e Gestão do sistema regional e a construção de Redes Integradas de serviços de saúde.*

– *Território e Territorialização* – o conceito de território pode ser definido em uma perspectiva de um território-solo (espaço geográfico) ou de um território-processo (espaço de interação e poder).³⁶ No campo da saúde, a proposta mais apropriada é a que define território como um conjunto interdependente e inseparável entre sistemas de objetos e sistemas de ações, levando em conta a “[...] materialidade, que inclui a natureza e o seu uso, que inclui a ação humana”.^{37:247} Esta “vida” que o território possui permite diferenciações territoriais caracterizadas como “[...] os espaços que mandam e os que obedecem”,^{37:247} sendo necessário, para analisar esta questão, identificar as características naturais herdadas, as modalidades de modificações da materialidade e as formas de impacto

destas no presente. Imbricado ao conceito de território, aparece a noção de territorialização como o “[...] processo de apropriação do território”.^{38:225} Este conceito possui definição semelhante ao de comunidade, entendida como: “[...] interações sociais ao seio da área geográfica [...] um território que as pessoas dividem”.^{39:86-87} A esta dimensão territorial acrescentam-se características políticas, sociais, tecnológicas, sanitárias e ambientais que fazem com que uma comunidade nunca seja igual a uma outra e que justificam uma planificação sanitária distinta e específica. Observa-se as diversas acepções que a territorialização adquiriu ao longo dos anos, com base na lógica da regionalização: “distrito sanitário”, nos primórdios do processo de reforma do setor (1988-1993); “sistema municipal de saúde”, período subsequente, em que se enfatizou a municipalização (1993-2000) e, a “microrregião de saúde”, proposta de regionalização da assistência à saúde.¹¹ Estas diversas modalidades de apropriação do território contribuem para o trabalho em saúde e possibilitam subsidiar uma nova ordem social mais humana, mediante estratégias de transformação das práticas de saúde com base no território.⁴⁰ Retoma-se a lógica da territorialização, mais recentemente como a constituição do espaço regional como o locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre os entes federal, estadual e municipal, no intuito de propiciar a mudança nas práticas de atenção à saúde.

- *Planejamento e Gestão Regional* – o planejamento em saúde tem sido designado de diversas formas, como um método, uma técnica, ou um cálculo que precede e preside a ação.⁴¹ Estas definições, que traduzem o planejamento como “[...] um método, uma técnica, uma ferramenta de gestão, destacam sua dimensão tecnológica, um conjunto de meios utilizados para desenhar, organizar e acompanhar propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade”.^{42:18} As diferenças entre as definições relacionam-se com o papel que se atribui ao planejamento no âmbito do processo de gestão de uma organização qualquer, inclusive as de saúde. Nesse sentido, o planejamento é um método de governo, uma ação intencional e reflexiva, mediante a qual o produtor da ação espera conscientemente lograr determinados resultados numa situação de cooperação ou conflito com outros, visando preservar

ou alterar a realidade em que vive, necessitando, portanto, uma análise da realidade dirigida para a ação.⁴¹ Para a compreensão mais ampla do lugar ocupado pelo planejamento nesse processo, o conceito de triângulo de governo é elaborado. Trata-se de um sistema formado pela articulação de três variáveis, mutuamente condicionadas e interdependentes: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade da situação.⁴¹ O planejamento é um dos componentes da capacidade de governo e, desse modo, condiciona e é condicionado pelo projeto de governo e pela governabilidade do sistema. No processo de implementação da política de regionalização da saúde, o planejamento apresenta-se com a função de intensificar o fluxo das relações entre os atores que participam da gestão do sistema, exigindo a análise das situações para superação de obstáculos e permitindo a construção de um espaço dialógico de formulação de objetivos e estratégias de reorganização dos serviços de saúde no âmbito regional, tendo como base as diretrizes do Pacto pela saúde de um lado e, do outro, a análise da situação de saúde em cada região.

- *Redes Integradas de Serviços de Saúde* – o debate sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil vem incorporando um tema que vem despontando nas áreas de Política e Gestão: a noção de redes. Estas são vistas como soluções adequadas para administrar políticas e projetos com recursos escassos e problemas complexos, em que existem múltiplos atores envolvidos, os quais se vinculam com objetivo comum.³⁵ A proposta de integração de serviços por meio de redes reconhece a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, tornando-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios, como forma de alcançar os objetivos compartilhados. Para isto, esses atores necessitam trabalhar ativa e conjuntamente em arranjos de governança comuns, valorizando a criação de redes locais regionais. Por muitos anos foi utilizada uma forma de hierarquização dos serviços pelo modelo da pirâmide, em que a atenção primária era a porta de entrada e os serviços hospitalares ficavam no topo.⁴³ A pirâmide deve ser redesenhada, “arredondada”,

dando uma ideia de movimento de múltiplas entradas, explorando novas integrações entre os serviços.⁴³ As redes devem estar organizadas de forma a proporcionarem à população a facilidade de se locomover dentro do sistema. Por isso a necessidade de uma hierarquização das ações, não no sentido do que é mais importante, mas no sentido de possibilitar as referências e contrarreferências no serviço, garantindo a integralidade e a complementaridade dos serviços que são oferecidos aos pacientes.

c) *Objetivos – optou-se por realizar uma distinção entre objetivos da intervenção e impactos ou finalidades. Considerou-se que a Regionalização objetiva impactar no sistema, alcançando os princípios finalísticos do SUS – a integralidade, a equidade e a universalidade – e que os objetivos da intervenção podem ser subdivididos entre os de curto ou médio-prazo e os distais. Neste caso, entendeu-se que o objetivo distal da Regionalização é a acessibilidade, atuando de forma direta no problema que a intervenção propõe resolver, e que os objetivos mais proximais ou de curto e médio-prazo são os estabelecidos no Pacto, os quais seguem:*

- a. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- b. 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;
- c. 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 com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- d. 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;
- e. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.^{13:18-19}

Nesse sentido, após descrição dos fundamentos teóricos que compõem o momento de formulação da política (dimensão teórica) e o segundo momento, de implantação da política (dimensão lógica), apresenta-se a configuração do Modelo, conforme

Figura 1.

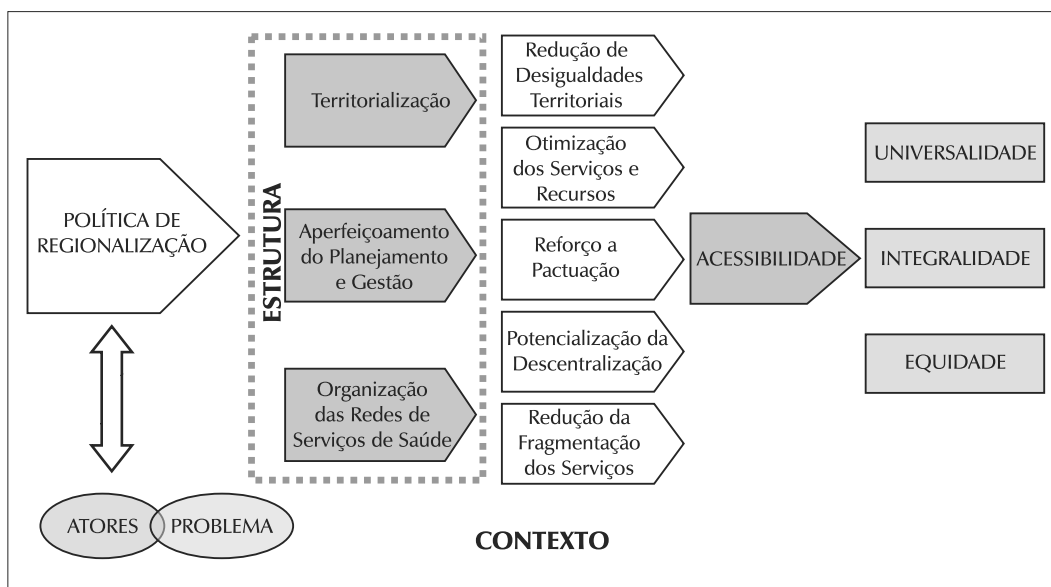


Figura 1 – Modelo Teórico-Lógico da Regionalização do SUS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo Teórico-lógico permite uma visão global das necessidades para determinada ação e pode tornar-se uma ferramenta gerencial poderosa para os gestores que decidam utilizá-lo para avaliar o processo de Regionalização. No entanto, podem-se elencar algumas críticas pertinentes à construção e utilização de modelos lógicos em geral, as quais podem ser relacionadas para este Modelo em particular.

O modelo é linear e rígido, não sendo possível capturar mudanças que possam surgir no processo, especificamente com relação aos objetivos a serem alcançados, o que pode vir a alterar as circunstâncias de sua utilização. Por isso, deve ser visto não como algo acabado, mas como algo sempre em construção, podendo-se agregar novas informações de modo a adequá-lo a cada realidade regional. Propõe-se, desta forma, novos estudos que possam detalhar os componentes da Regionalização, os quais poderão se dar por meio de triangulação de métodos, incluindo uma ampliação da revisão da literatura acerca das características do Estado que permita a compreensão da sua estrutura político-administrativa; a caracterização dos atores e do contexto com base em entrevistas com informantes-chave; e uma análise mais quantitativa das ações realizadas ao longo do processo de implantação, mediante a aplicação de questionário a gestores e trabalhadores envolvidos no processo nos estados.

Outro ponto que se deve ressaltar neste Modelo é que diversos outros conceitos apresentam-se imbricados no conceito de acessibilidade, problema central da Regionalização,

como eficácia, eficiência e qualidade dos serviços. Cada um desses conceitos poderia ser considerado como uma categoria distinta para os atores envolvidos, estando a eficácia das ações e serviços potencialmente relacionada aos interesses dos trabalhadores, a eficiência possivelmente relacionada aos interesses dos gestores, e a qualidade talvez relacionada com a perspectiva da população usuária. Estes conceitos não foram incluídos no Modelo Teórico-lógico apresentado, mas podem ser pensados em possíveis aprofundamentos deste estudo.

Por outro lado, deve-se exaltar a maneira sucinta de ilustrar a regionalização que o modelo propõe, permitindo articular os elementos da intervenção (estrutura, processos e resultados), além da teoria e dos pressupostos subjacentes à política, numa imagem rápida que permitirá ao planejador uma estrutura de base para avaliação futura. O modelo fornece um ponto de referência que possibilita a contínua medição dos progressos alcançados, levando a reformulações sucessivas do modelo que fará parte do próprio processo de desenvolvimento e avaliação da intervenção.

AGRADECIMENTOS

Ao professor André-Pierre Contandriopoulos pela revisão do modelo-lógico.

REFERÊNCIAS

1. Muller Neto J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*. 1991;(31):54-66.
2. Paim JS. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 6.^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 587-603.
3. Paim JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; 2008.
4. Teixeira CF, Paim JS, Araújo EC, Formigli VLA, Costa HG. O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1993;9(1):79-84.
5. Brasil. *Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Giacomini CH. A regionalização da saúde. *Divulg Saúde Debate*. 1992;(8):59-63.
7. Silva SF, Dobashi BF. Um novo pacto no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 2006;(34):9-17.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília; 2002.
10. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
11. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad Saúde Pública. 2002;18(supl):153-62.
12. Weigelt LD. Política pública de saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS [Tese]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006. v. 1.
14. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
15. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Expressing and assessing Program Theory. In: Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: a systemic approach. 7.ª ed. Thousand Oaks: Sage; 2004. p. 133-52.
16. Weiss CH. Understanding the program. In: Weiss CH. Evaluation. 2.ª ed. New Jersey: Prentice Hall; 1998. p. 46-70.
17. Le Moigne JL. La modélisation des systèmes complexes. Paris: Dunod; 1990.
18. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.
19. Bunge M. Teoria e realidade. São Paulo: Perspectiva; 1974.

20. Weiss CH. How can theory-based evaluation make greater headway? *Eval Rev.* 1997;21(4):501-24.
21. McLaughlin JA, Jordan GB. Using logic models. In: Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. *Handbook of practical program evaluation.* San Francisco: Jossey Bass; 2004. p. 7-32.
22. Frechtling JA. *Program evaluation.* San Francisco: Jossey Bass; 2007.
23. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brousselle A, Hartz ZMA, Denis J-L. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz ZMA. *L'évaluation: concepts et méthodes.* Montreal: Université de Montréal; 2009. p. 35-56.
24. Montague S. Les évaluateurs et la mesure du rendement: mettre le modèle logique à disposition du gestionnaire. *Bulletin Soc Canadienne d'Évaluation.* 1997;17(2):1-2.
25. Chen HT. *Theory driven evaluations.* Newbury Park: Sage; 1990.
26. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
27. Contandriopoulos A-P. *Saber preparar uma pesquisa.* São Paulo: Hucitec; 1994.
28. Parson T. *Social systems and the evolution of action theory.* New York: Free; 1977.
29. Wholey JS. Evaluability assessment: developing program theory. In: Bickman L. *Using Program Theory in evaluation.* New Direction for program evaluation. San Francisco: Jossey Bass; 1987. p. 77-92.
30. Kingdon J. *Agendas, alternatives, and public policies.* Boston: Little Brown; 1984.
31. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.
32. Albuquerque PC, Costa AM, Silva EM. Avaliação da regionalização da assistência perinatal: tipos de estudos e perspectivas para Pernambuco – Brasil. *Rev IMIP.* 2000;14(1):13-23.
33. Robayo JC. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Bol Sanit Panamá.* 1977;82:478-90.
34. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde debate.* 2002;26(60):37-61.

35. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
36. Mendes EV, Teixeira CF, Araujo EC, Cardoso MRL. Distrito sanitário: conceito-chave. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 159-85.
37. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
38. Unglert C. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 221-35.
39. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montreal: Éditions nouvelles; 1995.
40. Paim JS. A regionalização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 187-220.
41. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea; 1993.
42. Vilasbôas AL. Práticas de planejamento e implementação de políticas de Saúde no âmbito municipal [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
43. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.

Recebido em 27.3.2013 e aprovado em 10.9.2013.