



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Coutinho da Silva, Edson; de Andrea Gomes, Mara Helena
Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2013, pp. 1106-1116
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263667013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais

Deadlocks in the process of health regionalization: local plots

Edson Coutinho da Silva

Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Centro Universitário da FEI.
Endereço: Rua Espírito Santo, 166, Apto. 82, CEP 09530-700, São Caetano do Sul, SP, Brasil.
E-mail: coutinho_ed@yahoo.com.br

Mara Helena de Andrea Gomes

Doutora em Ciências Sociais. Professora da Universidade Federal de São Paulo.
Endereço: Rua Borges Lagoa, 1341, Vila Clementino, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: figomes@uol.com.br

Resumo

Regionalização do SUS visa reforçar e potencializar esforços e medidas envolvendo a organização dos sistemas local e regional de saúde, mediante articulação de todos os envolvidos. Os entraves que costumam dificultar o processo de regionalização estão relacionados às tensões e aos conflitos entre os objetivos, a integração e os fatores políticos. Este artigo se propõe a refletir sobre o processo de regionalização do ponto de vista político-administrativo, destacando questões relativas à autonomia local decorrente do processo de municipalização. Dito de outro modo, se o processo de municipalização da saúde ocorrido nas últimas décadas fortaleceu a autonomia política dos municípios, a proposta de racionalizar a estrutura de serviços por meio da regionalização seguiu uma lógica mais administrativa. Mas, como vimos na região do Grande ABC paulista, por exemplo, a dimensão política do processo se impõe de qualquer maneira, sobretudo nos jogos de poder na defesa de interesses locais.

Palavras-chave: Regionalização da saúde; Tramas locais; Articulação regional.

Abstract

Regionalization of the public health system aims to encourage and enhance efforts and measures involving the organization of local and regional public health, through coordinating all those involved. The barriers that often hinder the process of regionalization are linked to tensions and conflicts between objectives, integration and political factors. This article intends to reflect on the process of regionalization from an administrative and political point of view, highlighting issues of local autonomy due to the process of municipalization. In other words, if the process of municipalizing the health system in the last few decades has strengthened political autonomy in the cities, the proposal to rationalize the services structure by regionalization follows a more administrative logic. But as can be seen in the in the Greater ABC region of São Paulo, for example, the political side of this process will impose itself, one way or another, especially when each city tries to defend their own interests.

Keywords: Health Regionalization; Local Plots; Regional Articulation.

Introdução

O modelo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sugere que a esfera estadual assumira um papel decisivo, uma vez que cabe a ela a responsabilidade de oportunizar condições para que os municípios possam desempenhar, de forma plena e articulada, seu papel como ente federativo. Esse paradigma pressupõe uma cooperação gerenciada por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR), que é um espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive.

Antes mesmo da homologação da Constituição Federal de 1988, o então governador do Estado de São Paulo, Franco Montoro, criou, em 17 de julho de 1986, a partir do Decreto nº 25.519, os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Foram criados 57 ERSA em torno da integração hierarquização e regionalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. No ano seguinte esses 57 ERSA foram ampliados para 62.

Na década seguinte o governador Mário Covas extinguiu os 62 ERSA mediante Decreto nº 40.082, de 15 de maio de 1995, e criou a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (CSRMGSP) e a Coordenadoria de Saúde do Interior (CSI). Tais órgãos tinham como objetivo coordenar e articular o planejamento e as ações de saúde desenvolvidas nas respectivas regiões, em função das políticas e diretrizes da Secretaria de Saúde. A essas coordenadorias vinculavam-se 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR), sendo cinco na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMSP) e as 19 restantes no interior do Estado.

Há sete anos, mais precisamente em 24 de janeiro de 2005, o então governador Cláudio Lembo, mediante Decreto nº 51.433, extinguiu as DIR e criou, em 28 de dezembro de 2006, os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), totalizando 17 em todo o Estado (São Paulo, 1986, 1995, 2006). A extinção da DIR II, que era responsável pela região do Grande ABC, e de sua transferência para a Capital, agora como DRS I, pareceu um retrocesso para a busca de maior eficácia das ações de saúde no Grande ABC e, conseqüentemente, para o aprimoramento do conceito de região de saúde, conforme preconizado pelo SUS.

O Grande ABC paulista é reconhecido nacionalmente pela sua ação de liderança e também pela constituição de experiências em regionalização, tornando a região objeto de atenção de organismos internacionais. Constatamos que a constituição dessas ações para a solução de problemas, inclusive no campo da saúde, não poderia ser colocada em dúvida, como, por exemplo, a importante criação do Hospital Mário Covas. Com a extinção da DIR II se tornaria difícil pensar a saúde naquela área de abrangência como uma questão regional, pois lhe competiria à articulação das ações de serviços de saúde desenvolvidas em nível local.

Tal inquietação conduziu estes autores a elaborar uma pesquisa para conceber este artigo, com o objetivo de descrever a trama de relações do processo de regionalização do SUS no Grande ABC paulista, mediante impasses políticos e administrativos envolvidos na sua implementação, a partir da extinção da DIR II. Com relação ao rigor metodológico, optou-se pelo estudo de caso, sendo o caso o Grande ABC paulista. Para entender essa situação na região, foram entrevistados 16 informantes-chave, constituídos por gestores que participaram direta ou indiretamente do processo de regionalização na região, entre 2005 e 2006. O período de coleta dos dados ocorreu entre abril e dezembro de 2010. Foram realizadas, ainda, análises de documentos disponibilizados pelos entrevistados; e de matérias publicadas no jornal *Diário do Grande ABC*. Concebemos a trama como uma estrutura de elementos que se cruzam e interligam como se formassem uma rede, com intrigas, tensões, confianças e conluios, uma sucessão de acontecimentos ou enredo que constituíram a ação do processo de regionalização do SUS no Grande ABC, no período de 2005, ano em que a trama ocorreu.

Mais recentemente, o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, ao regulamentar a Lei nº 8.080/90 e dispor sobre a organização do SUS no país, o planejamento da saúde e da assistência e a articulação interfederativa, reacendeu a discussão em âmbito nacional sobre a efetiva consolidação de princípios e diretrizes do SUS. Dentre eles, destacam-se a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços também considerados, na literatura técnica, princípios normativos. Entretanto, tal Decreto e

suas normativas não explicitam níveis de rede de regionalização, embora indique a necessidade de constituição das redes de assistência à saúde. Vemos que a organização das redes deveria indicar tais níveis (Brasil, 2011).

Pressuposto fundamental da regionalização do SUS: o conhecimento da região

O objetivo fundamental da regionalização é garantir aos seus usuários serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. Para Oliveira (2003) o sistema regional de saúde recom põe uma escala adequada à organização dos serviços ao agregar, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios. Mas não podemos pensar a regionalização tão somente na garantia de uma melhoria na eficiência e na qualidade. Para Guerreiro e Branco (2011) regionalizar pode impactar positivamente na equidade, ao desconsiderar recursos exclusivamente articulados em poucos polos estaduais e determinar um aumento na satisfação dos usuários. Reduz, ainda, os custos sociais altíssimos, impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões.

Em uma leitura em Mendes e Almeida (2005), Stephan-Souza e colaboradores (2007) e em Teixeira (2002), averiguamos que há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização do SUS deve ser alcançado. Primeiramente, despertar a consciência de pertencimento regional e endogenia, seguida da necessidade de ajustar a oferta de serviços de saúde mediante ação cooperativa; outro objetivo diz respeito à superação da fragmentação dos serviços de saúde tentando substituir a competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal, alterando a atitude de “cada um por si” por “de todos por todos”. E, por último, melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde. Para situar essa situação, utilizamos o Grande ABC como exemplo.

Consciência e identidade regional, ou regionalidade, envolve a identificação dos habitantes com sua região, tanto dentro como fora dela. Queremos destacar que a identidade regional é uma premissa para se pensar a região (Gil et col., 2007). No Grande ABC, o sentimento de pertencer a uma região não é

um consenso entre os municípios. É comum, segundo o depoimento de um entrevistado da Secretaria de Saúde de São Caetano do Sul, *que um município de São Caetano do Sul, quando está fora do Grande ABC, em outra cidade ou Estado, se apresenta como sendo do município de São Caetano do Sul, e não da região do Grande ABC*, devido aos altos índices econômicos e sociais do município, que contradiz com os de outros municípios da região. Esse sentimento de orgulho por pertencer ao município tem encorajado rivalidades entre os demais, acentuando assim as vaidades municipais.

É fato que o fortalecimento da regionalização do SUS passa por maior integração de todos os municípios e, sobretudo, por uma participação menos passiva e mais engajada e propositiva. Entretanto, não é possível avançar em torno do desenvolvimento regional enquanto houver impasses entre os municípios. Podemos notar que os conflitos entre os municípios da região são evidentes. Conforme o depoimento do entrevistado da Secretaria de Saúde de Ribeirão Pires, o conflito reside principalmente *na dificuldade de municípios com menor aparato de ofertas de serviços de saúde em operar seus sistemas*, fazendo com que os municípios com necessidades de saúde *invadam os municípios vizinhos em busca de assistência*; como é o caso de Mauá, Santo André e São Caetano do Sul, devido à rede ferroviária que atravessa os quatro municípios.

Gerschman (2001) afirma que esse fato é recorrente em algumas regiões de saúde devido à municipalização do SUS ter surgido como uma opção de descentralização das ações em saúde, no início da década de 1990. A situação atual sugere um modelo que integre a rede dos sistemas municipais de uma dada região, como é o caso do Grande ABC, que tem um baixo nível de integração. A julgar pelos depoimentos coletados, a precariedade da efetiva implantação do processo de regionalização decorre exatamente da “etapa” anterior de municipalização do sistema na região, uma vez que lá o modelo ainda é estimulado por seus gestores sob a perspectiva de sistemas municipais autárquicos. Não é possível conceber um sistema regional de saúde sem a presença das esferas municipais (da região) e estadual.

Embora tenham apontado os investimentos em saúde pública no Grande ABC – como as unidades

de pronto atendimento (UPA), as unidades básicas de saúde (UBS), os centros hospitalares e outros –, vemos que os municípios da região estão voltados cada um para a sua própria rede municipal de atenção. Se perguntarmos se esses investimentos municipais sinalizam o fato de ainda não terem superado o modelo de municipalização do SUS, a resposta é sim e não. Sim, porque tal como se apresentam hoje a fragmentação da rede e a competição entre os municípios, os problemas poderão persistir. E não, porque ao mesmo tempo estes “empreendimentos” possibilitam maior oferta de leitos no Grande ABC, diminuindo, assim, o itinerário de saúde por parte dos habitantes da região. O itinerário de saúde é a discussão na região, tanto que chamou à atenção de Bousquat e Nascimento (2001), que criaram o termo viagens por motivos de saúde (VPMS).

Para um dos entrevistados da Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul a dificuldade no itinerário de saúde se dá *em virtude de existir um grande volume de indivíduos que transitam de um município a outro em busca da atenção à saúde, o denominado itinerário da saúde*. Há de se destacar que essa situação eleva o grau de dificuldade das redes de atenção à saúde no atendimento aos cidadãos, pois o desafio reside no fato de conhecer a população total da localidade no entorno da rede. Isso ocorre, segundo um dos entrevistados do DRS I, *porque os indivíduos que ali vão buscar o acolhimento não necessariamente pertencem àquela região, reforçando ainda mais a importância de um sistema regional de saúde que possa acolher os moradores da região*.

Bousquat e Nascimento (2001) acreditam que a competitividade intermunicipal dificulta o equilíbrio entre oferta e demanda de serviços de saúde da região porque os municípios não querem compartilhar seus recursos com cidadãos que não residem em seus territórios. Embora o deslocamento de cidadãos entre municípios seja um direito de cidadania, para os gestores essa mobilidade acaba por trazer transtornos em virtude de critérios técnicos e administrativos. No Grande ABC, o cidadão de outro município é considerado “invasor” em busca de serviços, principalmente os de atenção básica. É visto como um “alien” ou estrangeiro que modifica os indicadores de saúde ao final do mês e ano. Podemos pensar que a xenofobia regional é estimulada exatamente pela adoção de parâmetros

técnico-administrativos adotados pelos gestores, que ou concentram-se mais nas ofertas do que nas demandas ou consideram apenas a demanda de seu próprio município; ou, e por fim, consideram como demanda apenas os dependentes do SUS.

Essa questão vem ao encontro do que sugere Elias (2004), para quem, ao implementarem um sistema regional de saúde, os gestores dão muito mais atenção à oferta de serviços do que propriamente à demanda.

Não há regionalização do SUS sem a participação do governo estadual

Independentemente da organização do sistema de saúde existente no Estado de São Paulo e da localização do DRS I, é necessário deixar claras as atribuições de cada esfera de governo a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e dos Pactos pela Saúde, mais recentemente. Em resumo, os municípios são responsáveis pela gestão da atenção básica de saúde e o Estado pela atenção média e complexa, mediada pelas organizações sociais (Brasil, 2005). Como fortalecer o processo de regionalização entre municípios que apresentam disparidades em todos os planos?

Uma alternativa são os consórcios intermunicipais, que têm conduzido a intermediação de alguns acordos de serviços de saúde entre os municípios e o Estado; na região que estudamos essa intermediação vem sendo feita pelo Consórcio Intermunicipal do Grande ABC, criado no início da década de 1990. Para contornar possíveis desavenças partidárias, um dos entrevistados do DRS I aponta um caminho: *é preciso, em alguns momentos, deixar de pensar que o Estado não atende a uma solicitação da região, devido ao fato de ser uma vertente partidária de oposição*. Vemos que a questão política que projetou a região, nos anos de 1970 e 1980, pode ser a mesma que impediu ações conjuntas no setor de saúde na última década.

Pessoto (2010) apontou que essa situação pode ser um entrave na consolidação de um sistema regional e para a consequente melhoria do atendimento prestado aos usuários do SUS. Por mais que uma região possua municípios com poder econômico elevado, eles não têm capacidade de fornecer sozinhos todos os serviços de saúde. Uma região não pode ab-

dicar da presença do Estado, principalmente quando este Estado é São Paulo, o mais “rico” da federação. Não poderá haver um sistema regional de saúde sem a presença da esfera estadual. Porém, tomando o Grande ABC como uma referência, percebemos que a contribuição estadual no orçamento da saúde de cada cidade não ultrapassou 2%, sendo a maior parte cumprida pela própria cidade (Sanches, 2011a).

Os números das secretarias e diretorias da região podem ajudar a ilustrar a situação de 2011. No planejamento de saúde de Santo André o Estado é responsável pela fatia de 0,6%, contra 67,4% da secretaria municipal e 32% da União, enquanto em São Bernardo do Campo o município é responsável por 71,9% do financiamento da saúde, sendo 25,1% oriundos da esfera federal e 2,9% do Estado. Em Diadema 71% do orçamento estão a cargo da prefeitura, 28% do governo federal e 0,4% do Estado. No orçamento do ano de 2010 de São Caetano do Sul, a contribuição estadual não superou R\$ 300 mil dos R\$ 128 milhões do orçamento do município. Na maioria dos casos, menos da metade da quantia pode ser aplicada em melhorias, sendo a maior parte destinada apenas à manutenção da rede do SUS, conforme Sanches (2011a, 2011c).

Segundo Elias (2004), não se pode conceber a regionalização do sistema de saúde sem uma participação efetiva do Estado. Nos lugares onde se trabalha junto com a União, Estado e municípios há muito mais chance de o sistema prosperar. É evidente que unificar somente os sistemas de saúde dos municípios não se constitui em um sistema regional. Assim, não se pode conceber um sistema de saúde regionalizado e integrado sem a presença da esfera estadual, uma vez que ela tem a responsabilidade de articulação dos municípios.

O papel do Estado não é tão somente o de abrir uma organização social na região para tratamento da média e alta complexidade; ele deve também apoiar financeiramente os municípios, pois são eles que, de fato, gerenciam os sistemas de saúde de uma região. Direcionando nosso olhar para o Grande ABC, um dos entrevistados da Secretaria de Saúde de Santo André salienta *que é difícil imaginar que este valor repassado pela esfera estadual é o limite da contribuição para o Grande ABC*, e complementa, *por mais que na região grande parte da população*

tenha planos de saúde privados, há ainda uma parcela significativa que é totalmente dependente do SUS. Na visão do informante-chave, o Grande ABC paulista vem sendo preterido, quando comparada às outras regiões de saúde do Estado.

Apesar do investimento estadual no repasse para ampliação de medicamentos básicos do programa “Dose Certa” e na distribuição de mais de 300 tipos de medicamentos de alto custo, o governo estadual não disponibilizou recursos para capacitações profissionais e acompanhamento contínuo dos indicadores de saúde, para viabilizar, na mesma medida, uma atuação pontual nas localidades mais necessitadas de determinados serviços de saúde (Ribeiro e Sivieiro, 2008).

No Grande ABC, por seu lado, diante da carência de leitos nos hospitais regionais, em 2009 o Estado investiu cerca de R\$ 1 milhão em uma das duas organizações sociais da região (o Hospital Mário Covas, em Santo André, e o Hospital Serraria, em Diadema). Juntamente com a contratação de 60 novos profissionais para aprimorar os serviços e a manutenção de novos leitos acresceu R\$ 200 mil ao custo mensal hospitalar, que anualmente consome cerca de R\$ 90 milhões (Ribeiro, 2011; Sanches, 2011b).

Para se ter uma ideia da situação, se toda população do Grande ABC sem convênio médico tivesse de contar apenas com a rede pública dos sete municípios, encontraria grandes problemas, uma vez que a relação entre população e número de leitos – públicos e privados – na região é de 2,6 milhões de habitantes para 4.828 leitos – ano base 2010 –, o que equivale a 529 habitantes por leito (IBGE, 2010). O Grande ABC tem em média 1,9 leitos por mil habitantes, abaixo do recomendado pela portaria do Brasil (2012), que é de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes.

É indubitável que há municípios, em uma dada região, mais dependentes de recursos estaduais do que outros. O papel da esfera estadual passa a ter fundamental importância para os municípios que não têm autonomia suficiente para ficar independente do governo estadual. Esse é o caso, por exemplo, de dois municípios do Grande ABC: Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Por buscarem fomentar a articulação de políticas de saúde de uma região, os DRS são relevantes. Temos de reconhecer que a constituição de sistemas regionais de saúde deve

contar com a participação solidária dos três entes da federação, buscando assim garantir a integralidade da atenção ao cidadão.

Mas não podemos deixar de mencionar que a instalação de novos equipamentos do governo estadual pode acirrar a competição entre municípios de uma dada região, sobretudo porque constituem o modo mais visível para obter vantagens políticas ao município que os implantam. No Grande ABC, mais uma vez, observamos que cada um dos sete municípios da região prioriza a si próprio ao invés da região, já que vêm elaborando seus planos municipais de saúde isoladamente, com pouco ou nenhum contato com instâncias regionais.

Dificuldades em compatibilizar interesses federados

O Plano Estadual de São Paulo (São Paulo, 2006) da última década contou com a organização de novas regiões de saúde, por meio da pactuação intermunicipal e da formação dos CGR, constituído por gestores municipais de saúde da região representados pelo colegiado e por representantes dos gestores estaduais. Juntamente com os DRS, os CGR são responsáveis pelo ajuste de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, de acordo com uma realidade e especificidade locais.

Ainda de acordo com o plano estadual, o CGR deve qualificar o processo de regionalização e garantir o exercício da ação cooperada entre os gestores de cada região de saúde com a participação de todos os municípios que a formam e da representação do Estado. Assim, a constituição do CGR é uma etapa da regionalização do SUS que, para pleno funcionamento, requer que os instrumentos de planejamento, regulação, programação e ação coordenada entre os gestores sejam efetivos e permanentes. Desse modo, o CGR se configura como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão, mediante identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (Brasil, 2006).

O CGR é um indicador de movimentação dos gestores de saúde municipais e da sociedade civil em torno de uma regionalização condizente com a

realidade da região, em um panorama de implantação crescente de articulações regionais sempre renovadas. Para o entrevistado da Fundação do ABC há um *otimismo no avanço da consolidação deste espaço de gestão interfederativa, considerando que as políticas de saúde recentes têm incluído o CGR como espaço de formulação e execução de suas ações*. Entretanto, o obstáculo reside nos descompassos de observância dos princípios políticos de acesso a direitos de cidadania preconizados pelo SUS.

Enquanto região de saúde é preciso consolidar a regionalização não somente com base nas normas, mas principalmente com base nas práticas, na abrangência das ações e dos serviços e na responsabilidade respectiva. Um dos entrevistados da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo dá mostras dos limites desta atuação: *o Grande ABC vem procurando, desde a última década, organizar a rede de ações e serviços, buscando assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade*. E complementa: *mas, esse esforço não vem sendo conduzido de maneira generalizada*. De acordo com o depoimento de um dos entrevistados da Secretaria de Saúde de Santo André, *há dificuldades em compartilhar os interesses entre os próprios municípios e entre o Estado*, uma vez que o processo de governança regional no Grande ABC é frágil – para não mencionar “inexistente” – em diversas áreas sociais, e não seria diferente no campo da saúde.

Na visão do entrevistado do Hospital Nardini de Mauá *os municípios pouco contribuíram, e ainda poucos vêm contribuindo, para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa*. Há divergências e conflitos de interesses entre os próprios municípios e entre esses e o Estado. Evidentemente, as diversas feições dos conflitos impedem, até certo ponto, que sejam assumidos compromissos pactuados para a meta da regionalização. A julgar pelo depoimento do entrevistado da Diretoria de Saúde de Rio Grande da Serra, *em raras ocasiões os municípios dispõem de maneira cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros*. Essa prática não só fere as pactuações estabelecidas no CGR, como fragiliza o cumprimento das obrigações técnicas e financeiras dos municípios.

Há quem afirme que nessas situações o governo estadual precisaria assumir o seu papel na liderança regional em acordo com municípios. Dado que é imprescindível que haja articulação entre os próprios municípios, o governo estadual precisaria chamar para si a coordenação do processo de regionalização do SUS, buscando propor diretrizes e normas gerais, por meio da pactuações na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), na coordenação do processo de organização e atualização do Plano Diretor Regional (PDR) em uma região.

O que tem impossibilitado a articulação, a pactuação e a governança na regionalização do SUS, no caso do Grande ABC, é a competição e o “jogo de poder” entre os municípios, pois uns buscam assistência no governo estadual (PSDB) e outros no governo federal (PT), em virtude das afinidades político-partidárias de alguns governos municipais. Os embates políticos estão no cerne das questões da região. Em Elias (2004) entendemos que há maneiras de reverter essa situação: uma, é sobrepujar a competição municipal e convergir interesses comuns; outra é concentrar e intensificar as discussões em questões que realmente têm importância para o cidadão, como, por exemplo, o aprimoramento da oferta de serviços e a garantia de seus direitos – deixar divergências e rusgas partidárias para serem debatidas em ocasiões apropriadas.

O reconhecimento dos avanços nas relações intergovernamentais no setor de saúde exige que se explicitem as contradições, as dificuldades e os limites desse processo. Uma primeira dificuldade refere-se à definição de uma agenda de pactuação. A multiplicidade de interesses sociais e institucionais a serem contemplados na agenda setorial mobiliza diferentes grupos técnico-burocráticos na defesa de projetos e ações dirigidos a segmentos ou grupos populacionais, e nem sempre as prioridades são definidas com base em critérios racionais ou de necessidades. Isso se expressa na prioridade dada à discussão sobre a organização da assistência à saúde em detrimento do debate sobre as políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos (Dourado e Elias, 2011).

O processo de regionalização expõe uma das facetas da tensão que se manifesta na defesa dos interesses dos entes federados, em função de suas

marcantes diferenças sociopolíticas. Essa situação pode ser vista no Grande ABC, onde os municípios de pequeno porte, ou seja, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra, têm menos poder mobilização que os de médio porte (como Diadema e Mauá), e de grande porte (Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul). Nem sempre os municípios “menores” se sentem contemplados nos pactos negociados, pois questionam as formas de alocação de recursos concentrados nos mais “ricos”. Quando se associa ao uso dos recursos assimétricos para forçar a pactuação, a dificuldade – quase impossibilidade – de contemplar o conjunto de interesses em disputa redundando na baixa legitimidade do pacto e compromete o sucesso de sua implementação.

Regulação do Sistema Regional de Saúde: modelo com fragilidades?

Como em qualquer sistema complexo, reconhecemos que a regulação permite que as suas diversas funções se mantenham operativas dentro de uma baliza ou limites predeterminados, para garantir que o sistema no seu todo atinja seus objetivos essenciais. A esse respeito os entrevistados do nosso estudo apontaram três considerações fundamentais no Grande ABC: uma são os objetivos essenciais do sistema; outra diz respeito aos parâmetros de desempenho esperados para as múltiplas funções do sistema; e os dispositivos e mecanismos de ajuste e correção permanentes dessas funções e respectivos efeitos. Vemos, no caso do Grande ABC, que esse papel regulador não está tão claro para os profissionais de saúde. Segundo o entrevistado da Secretaria de Saúde de Diadema, a finalidade da regulação *é a de assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde, tendo em vista contrabalançar ou contrariar as numerosas falhas do Estado e dos municípios no setor.*

Há de se reconhecer a importância da regulação como instrumento de melhoria do funcionamento das instituições inseridas no setor da saúde, dado seu papel de minimizar oportunismos dos agentes e as dificuldades inerentes à sua racionalidade acerca do funcionamento do sistema de saúde. Segundo nossos entrevistados, os mecanismos reguladores de saúde no Grande ABC são frágeis, assim como os

acordos de pactuação já mencionados. Para um dos entrevistados, da Diretoria de Saúde de São Caetano do Sul, esses mecanismos deveriam abranger um vasto conjunto de possibilidades a se desenvolver pelo regulador, *desde a definição de enquadramentos legais para preços praticáveis, autorizações formais para investimentos, fórmulas de custeio – ou financiamento – e política de licenciamentos.*

O objetivo primordial do desenvolvimento de estratégias e mecanismos de regulação terá de ser o de compatibilizar a introdução de inovações e “empreendedorismo” no funcionamento dos sistemas de saúde de uma dada região, cabendo ao Estado garantir melhores resultados. Nesse caso, a regulação deveria contemplar desde a garantia da universalidade de acesso aos cuidados de saúde aos munícipes de uma região e a equidade, passando pela promoção da saúde com o intuito de garantir a efetividade dos cuidados e a qualidade dos serviços com a redução de ineficiências e desperdícios de recursos, como possibilitar não só a escolha do médico e dos serviços de saúde pelo paciente, tendo em vista os recursos disponíveis, e a gerência dos interesses internos e adjacentes que acabam por fazer, no transcorrer do tempo, que funcionem sem a devida adequação e regulação (Ibanhes e col., 2007).

No caso do Grande ABC, para garantir que esses atinjam os grandes objetivos do sistema de saúde, seria necessário ter objetivos intermediários que possam ser quantificados, bem como o efeito desejado com a regulação. Segundo os depoimentos que ouvimos, alguns efeitos esperados seriam: proteção do investimento em prevenção e em promoção da saúde; atenuação dos enormes desequilíbrios da despesa com cuidados preventivos; correção da má distribuição pela região de recursos humanos e dos equipamentos de saúde; estabelecimento de relações transparentes entre os diversos “subsistemas” de saúde e o Ministério da Saúde; correção de iniquidades no acesso, alinhamento do desempenho dos diversos prestadores de cuidados com grandes objetivos de efetividade; e adequação dos cuidados em todos os níveis do sistema.

Segundo Viana e colaboradores (2002), o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas dimensões: avaliação da organização do sistema e

do modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários; resultados e impacto sobre a saúde do contingente populacional. Diante disso, a regulação é voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

No entanto, para que se consiga alcançar tudo isso, é necessário se ater a alguns pressupostos fundamentais. Um, a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento e programação, que considere aspectos epidemiológicos, recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência. Outro, a definição de uma estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e o papel dos vários municípios e a inserção das diversas unidades assistenciais na rede. Em seguida, a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilização sobre a regulação da assistência instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais. E por último, a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência como um processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação (Ibanhes e col., 2007).

Enfim, a grande preocupação no desenvolvimento de mecanismos reguladores está situada na concepção de políticas de regulação baseadas em evidência, percebendo o que funciona, em que contextos e com que vantagens e inconvenientes.

Considerações finais

Como processo político, a regionalização do Sistema Único de Saúde envolve a distribuição de poder em um delicado sistema de inter-relações entre distintos atores sociais - governos, organizações públicas e privadas e cidadãos - em espaços geográficos delimitados. O estabelecimento desse sistema de saúde é bastante complexo, pois implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e do financiamento da rede de serviços de saúde no território, em um processo contínuo de negociações de toda natureza. Além disso, deve incorporar elementos de diferenciação e de diversidade *loco-espacial*,

constituídas muito além dos limites municipais. Regionalização envolve as instâncias organizadas nesse tecido, tais como distritos e regiões de saúde em desenhos intramunicipais, intermunicipais ou até mesmo regiões de saúde fronteiriças, passíveis de serem administradas em regime de cogestão. Um sistema regionalizado ainda deve ser capaz de articular os vários campos de atenção à saúde em um determinado território de forma articulada, com vistas a garantir a integralidade das ações e o acesso aos serviços de saúde.

É sabido que tanto a descentralização quanto a regionalização da saúde são recomendadas como alternativas para melhorar a eficiência administrativa e a participação dos serviços, com destaque para a participação e autonomia locais, simultaneamente à redistribuição do poder e redução das tensões *loco-regionais*. Sabemos também que processos devem ser viabilizados por mecanismos financeiros e administrativos. Vemos que o Decreto 7.508/11 busca esclarecer os instrumentos para promover a regionalização do SUS mediante rede integrada de atenção. No entanto, não esclarece como estruturá-la em níveis acessíveis ao cidadão.

Percebemos entraves político-administrativos que dificultam o processo de regionalização, relacionados à discordância entre a autoridade e responsabilidade, às tensões e aos conflitos entre objetivos e integração horizontal e vertical. O fortalecimento da regionalização do SUS passa por maior integração de todos os municípios e, sobretudo, por uma participação menos passiva e mais engajada e propositiva. Não há regionalização do SUS sem a presença de todos os municípios da região e sem o Estado. Por essa razão, não é possível avançar em torno do desenvolvimento regional enquanto os conflitos entre os municípios e entre esses e o estado se sobrepuserem aos objetivos destacados. Esses entraves estão presentes no Grande ABC, o que vem dificultando a coesão regional na saúde.

Não nos foi difícil perceber as dificuldades dos gestores municipais para superarem o próprio contexto municipal de dificuldades, reforçadas pelas diversas formas de composição de interesses locais *vis-a-vis* à área da saúde. De uma forma ou de outra, a dimensão política do processo de regionalização do SUS se impõe, sobretudo, quando os gestores

municipais de saúde buscam a defesa dos interesses locais, ou seja, nos “jogos de poder”. Percebemos que a região precisaria avançar e amadurecer a cooperação regional para que a regionalização ocorra, caso contrário o modelo atual persistirá da maneira como está posto atualmente: desigual, fragmentado e com ofertas de serviços insuficientes.

Vemos que no processo de regionalização do SUS no Grande ABC três questões precisariam ser enfrentadas. Uma, que a rede de serviços e ações de saúde considere a diversidade *loco*-territorial concomitantemente à busca de superação de desigualdades. Outra, que a responsabilidade pública seja formalmente realizada com a participação e o envolvimento da sociedade civil e dos diversos atores que compõem o sistema de saúde no território. E, por fim, garantir a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

Portanto, os impasses acerca do processo de regionalização giram em torno dos interesses econômicos, embates políticos, competitividade entre os municípios, entre os municípios e o Estado e a governança. Essa última remete à coordenação, ao relacionamento e à liderança a partir dos atores sociais, algo que no Grande ABC não vem ocorrendo devido ao “jogo de poder” existente entre eles, fazendo surgir grandes dificuldades na sua operação, já que um município não cederá os seus interesses aos outros. Nesse caso, caberia aos articuladores do processo de governança definir as “regras do jogo” para que os atores possam “jogar”. É aqui que residem as tramas locais, nas questões político-administrativas.

Referências

- BOUSQUAT, A.; NASCIMENTO, V. A. Metrópole paulista e a saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 112-120, 2001.
- BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 19 nov. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/dec-7508-2011-reg-8080-29-6-2011.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002 - 1ª Parte. Regulamenta conforme disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, 19 jun. 2012, n. 112, seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *A regionalização da saúde*: versão preliminar para discussão interna. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa*: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf>. Acesso em: 12 set. 2009.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- ELIAS, P. E. M. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.
- GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-435, 2001.
- GIL, A. C.; SANTOS, B. R. M.; SILVA, E. C. Região de saúde: um conceito em construção. *Caderno de Saúde*, São Caetano do Sul, v. 2, n. 3, p. 14-26, 2007.
- GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.
- IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat> Acesso em: 2 fev. 2011.

MENDES, H. W. B.; ALMEIDA, E. S. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integridade na perspectiva dos gestores. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-34, 2005.

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*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2003. p. 59-92.

PESSOTO, U. C. A regionalização do sistema de saúde - SUS no fim dos anos 1990: um discurso conservador. 2010. Tese (Doutorado em Ciência e Tecnologia) - Faculdade de Ciência e Tecnologia da Unesp, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, B.; SIVIEIRO, S. Saúde do grande ABC carece de integração e investimento. *Diário do Grande ABC*, Santo André, 29 jul. 2008. Caderno Setecidades. Disponível em: <www.dgabc.com.br/News/18299/saude-do-grande-abc-carece-de-integracao-e-investimento.aspx>. Acesso em: 19 ago. 2009.

RIBEIRO, M. Padilha promete atenção à saúde da região. *Diário do Grande ABC*, Santo André, 28 jan. 2011. Caderno Setecidades. Disponível em: <www.dgabc.com.br/News/5853677/padilha-promete-atencao-a-saude-da-regiao.aspx>. Acesso em: 24 fev. 2011.

SANCHES, M. Desafio é aperfeiçoar atendimento. *Diário do Grande ABC*, Santo André, 29 jan. 2011a. Caderno Setecidades. Disponível em: <www.dgabc.com.br/News/5854009/desafio-e-aperfeiçoar-atendimento.aspx>. Acesso em: 2 fev. 2011.

SANCHES, M. Municípios querem o estado na saúde. *Diário do Grande ABC*, Santo André, 30 jan. 2011b. Caderno Setecidades. Disponível em: <www.dgabc.com.br/News/5854105/municipios-querem-o-estado-na-saude.aspx>. Acesso em: 19 fev. 2011.

SANCHES, M. Saúde do grande ABC precisa de 1,5 mil leitos. *Diário do Grande ABC*, Santo André, 7 abr. 2011c. Caderno Setecidades. Disponível em: <www.dgabc.com.br/News/5877690/saude-do-grande-abc-precisa-de-1-5-mil-leitos.aspx>. Acesso em 14. abr. 2011.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 25.608, de 30 de agosto de 1986. Nova Redação da Ementa e aos Artigos 6º e 8º do Decreto 25.519. *Governo do Estado de São Paulo*, São Paulo, 25.17 jul. 1986. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/legislacao/192390/decreto-25519-86-sao-paulo-sp> Acesso em: 20 jan. 2010.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 40.083, de 15 de maio de 1995. *Governador do Estado de São Paulo*, São Paulo, 15 maio 1995. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1995/decreto%20n.40.083,%20de%2015.05.1995.htm>>. Acesso em: 23 maio 2010.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas, Governador do Estado de São Paulo, São Paulo, 28 dez. 2006. Disponível em: <perfil.sp.gov.br/site/legislacaoi.asp?atoid=21539> Acesso em: 22 mar. 2010.

STEPHAN-SOUZA, A. et al. Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: a assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de Minas Gerais. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 55-82, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância de saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002. Suplemento.

VIANA, A. L. D. et al. Estado e regulação da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde*: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, 2002. p. 195-215.

Recebido em: 25/01/2012

Reapresentado em: 24/01/2013

Aprovado em: 06/05/2013