

COMPREENSÃO DA REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO GRANDE ABC PAULISTA

Edson Coutinho da Silva¹

RESUMO

De acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, o termo regionalização implica na garantia de acesso aos usuários deste Sistema a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. O sistema recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde ao agregar, em um sistema cooperativo, um conjunto de municípios. Este artigo se propõe compreender o sistema regional de saúde do Grande ABC a partir da implementação dos Departamentos Regionais de Saúde. Para tanto, definiu-se este estudo como sendo descritivo e de caso, onde foram realizadas 19 entrevistas, e os dados foram analisados qualitativamente. Pode-se adiantar que os gestores de saúde do Grande ABC Paulista vêm vivenciando grandes dificuldades em operacionalizar o sistema da maneira idealizada pelo Ministério da Saúde, devido a três grandes questões: “*rixas*” municipais; determinação da demanda com base em serviços; e ausência de governança. Assim sendo, fica difícil imaginar um “*SUS para todos*”, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Regionalização. Equidade em saúde. Saúde pública. Equidade.

1 INTRODUÇÃO

Em São Paulo, as iniciativas para promover a descentralização da saúde datam da década de 1970, mas a experiência inspiradora mais expressiva ocorreu na década de 1980. Em julho de 1986 foram criados os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) no Estado de São Paulo. No total foram criados 57 ERSA, com o intuito de atuarem como articuladores dos municípios de cada região. Nesse período, a descentralização e a participação eram bandeiras emblemáticas do governo estadual. Os ERSA visavam à integração, a hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, e a integração dos recursos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. De todos os 57 ERSAs criados, dois ofereciam cobertura ao Grande ABC: o ERSA 9 compreendia os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Diadema; e o ERSA 10, compreendia os municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Em 1987 os ERSAs passam por uma atualização, elevando seu número de 57 para 62 (SÃO PAULO, 1986; 1995).

Os ERSA na região do Grande ABC tinham, em suas respectivas jurisdições, as seguintes atribuições: (a) coordenar, de acordo com as diretrizes definidas pelas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), a integração dos recursos de saúde da área; (b) realizar e acompanhar, em nível

¹ Professor do Curso de Administração do Centro Universitário da FEI; Pós-Doutorando em Administração pela Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) da Universidade de São Paulo (USP); Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); e Mestre em Administração pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS); E-mail: coutinho_ed@yahoo.com.br

institucional, o planejamento das ações de saúde; (c) definir objetivos e metas de saúde, em nível regional, por meio da identificação e avaliação das necessidades de saúde da população; (d) compatibilizar a proposta de trabalho da região com as diretrizes e a programação da Secretaria de Saúde; (e) definir o sistema de referência e contra-referências dos equipamentos de saúde da área; (f) gerenciar os recursos de saúde do ensino, adequando-se ao planejamento regional; (g) realizar por meio dos equipamentos das Secretarias Estaduais de Saúde de São Paulo (SES-SP), as atividades de atendimento médico, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, definidas no plano de trabalho da área, de forma a proporcionar a assistência integral à saúde; (h) encaminhar, para o nível central, propostas de convênios instituídas com parecer técnico; (i) desenvolver e implantar um sistema de supervisão técnica dos serviços alocados nos equipamentos de saúde da área; e (j) prestar suporte técnico/administrativo à rede de equipamentos de saúde do estado.

No entanto, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o processo de municipalização continuou, embora referido, agora à transferência ou cessão de serviços estaduais. Neste processo, muitas decisões voltaram para o nível central da Secretaria, fragilizando os ERSA na sua relação com os municípios. Conseqüentemente, a SES-SP passa por uma reorganização administrativa em 1995 visando maior ênfase ao processo de descentralização e ao papel do estado na condução do SUS, que até então estava em estágio inicial.

Assim, no papel de gestora estadual do SUS, a SES-SP reafirma seu papel de buscar o fortalecimento do sistema no estado, tendo como base três princípios: primeiramente, mediante nível central e regional, promover a equidade entre as regiões de saúde e municípios, considerando os diferentes perfis socioeconômicos, epidemiológicos e de disponibilidade de recursos. Em seguida, articular e gerenciar políticas e ações de saúde no âmbito do Estado. E por fim, dar apoio técnico aos gestores municipais, incentivando-os a assumirem formas mais avançadas de gestão.

Motivada pelas diretrizes de municipalização da saúde, a SES-SP implementa uma reforma administrativa no setor da saúde. Por meio do Decreto nº 40.082, de 15 de maio de 1995, os ERSA são extintos e são criadas as Diretorias Regionais de Saúde (DIR), em um total de 24 diretorias, distribuídas pelo Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1995).

Os objetivos das DIR eram os de contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, com a promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de três outros princípios: primeiramente, coordenar as atividades da Secretaria de Saúde no âmbito regional; em seguida, promover a articulação intersetorial, com os municípios e com os organismos da sociedade civil; e, por último, tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde. Com essa nova configuração, todos os sete municípios do Grande ABC comporiam a DIR II. Desta vez não haveria uma divisão

entre os municípios da região como ocorrera com os ERSA. Esta mudança fez projetar a imagem do Grande ABC em vez do ABCD, referente às iniciais dos quatro municípios do antigo ERSA 9 (SÃO PAULO, 1986; 1995).

Entre o período 1993 e 1995 foram criadas as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), em nível nacional e, em decorrência, as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) no Estado de São Paulo. Em cada DIR passou a operar uma CIR. Em 2002 foi elaborado, a partir dos princípios expostos pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002, o Plano Diretor Regional (PDR) no qual se baseou o modelo de regionalização existente atualmente. Entretanto, mediante Decreto 49.343, de 24 de janeiro de 2005, são extintas as 24 diretorias (SÃO PAULO, 2005).

Quase dois anos depois, foram criados, mediante Decreto 41.433 de 28 de dezembro de 2006, os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), organizando 645 municípios e 64 regiões de saúde em 17 DRS no Estado de São Paulo. Nesta nova configuração, o Grande ABC se situa no DRS I, denominada Grande São Paulo, onde se inserem ainda: Alto do Tietê; Franco da Rocha; Guarulhos; Mananciais; Rota dos Bandeirantes; e a Capital. São 39 municípios e uma população de 20 milhões, ligadas ao DRS I. Os objetivos dos DRS se assemelham aos das DIR (SÃO PAULO, 2006).

No que se refere ao DRS I, convém apontar suas atribuições como órgão fomentador das ações de saúde do Grande ABC: (a) participar do planejamento do sistema de saúde nos sete municípios do Grande ABC, incluindo os investimentos em saúde; (b) selecionar, elaborar, monitorar e gerar relatórios de indicadores de saúde e da qualidade de vida da população da região do Grande ABC, além dos indicadores de produtividade e de qualidade de serviços na região; (c) identificar, por meio de análises epidemiológicas, oportunidades de vida da população e os seus respectivos riscos de saúde; (d) avaliar as ações de saúde realizadas nos sete municípios, incluindo prestação de serviços; (e) desenvolver, bem como transferir tecnologias de gestão de saúde, a partir da orientação ao planejamento e à realização de ações e serviços de saúde, conforme necessidades identificadas nas análises epidemiológicas da região; (f) avaliar o impacto do sistema de saúde na qualidade de vida da população da região; (g) gerenciar as demandas dos municípios, segundo prioridades definidas pela análise epidemiológica; (h) orientar a compra de serviços não próprios do SUS, executando-as sempre que a função não for realizada pelos sete municípios; (i) controlar a aplicação dos recursos estaduais e federais do SUS; (j) e promover, de maneira articulada com outras instituições e orientar o processo de desenvolvimento dos profissionais do setor de saúde.

O objetivo deste artigo é o de elucidar de que maneira o sistema regional de saúde vem sendo implementado e operacionalizado deste então, com a estruturação dos DRS, em especial o

DRS I, que gere a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), em particular, o Grande ABC – Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Para tanto, definiu-se esta pesquisa como descritiva, com relação aos fins; e um estudo de caso instrumental, com relação aos meios (STAKE, 2000); a partir do qual o interesse sobre o Grande ABC se deve à crença de que poderá facilitar a compreensão da regionalização do sistema de saúde na região, e poderá ser para fornecer *insights* sobre esse processo e, ainda, para contestar uma generalização amplamente aceita pela literatura, apresentando uma situação em que a região se encaixa.

No que se refere aos campos de estudo, procurou-se compreender o objeto de pesquisa na perspectiva das instituições e, entre parênteses é o número de entrevistados que participaram da pesquisa: DRS I (2); Secretarias Municipais de Saúde de Santo André (3), São Bernardo do Campo (2), Diadema (1) e Ribeirão Pires (1); Diretorias de Saúde de São Caetano do Sul (2) e Rio Grande da Serra (1); Hospital Estadual Mário Covas (1); Hospital Estadual Nardini (1); Fundação do ABC (1); Consórcio Intermunicipal do Grande ABC (1); e Conselho Municipal de Saúde de Santo André (1). Ainda foram entrevistados três docentes que pesquisaram e pesquisam a regionalização do SUS nas Universidades de São Paulo (USP) (2) e de Campinas (UNICAMP) (1). O critério de escolha dos entrevistados destas instituições foi o de ter assumido uma posição de gestor e articulador de políticas do SUS no Grande ABC, no período entre 2002 e 2009, com o intuito de entender o momento relativo à DIR II e ao DRS I. No total foram 19 entrevistas com informantes-chave que desempenham as funções de diretor, gestor e docente nas instituições acima.

Neste estudo foram utilizados dados quantitativos e métodos qualitativos de análise. Os dados quantitativos secundários são oriundos da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No que se refere aos métodos qualitativos, efetuou-se um corte temporal (período de 2002 a 2008) e espacial (Grande ABC) do fenômeno. Este corte possibilitou definir o campo e a dimensão do trabalho a ser desenvolvido, isto é, o território a ser mapeado, relacionando-o às inúmeras fontes de informações, com intuito de reconstruir a situação que investigamos de maneira complementar, na qual cada fonte complementou as demais.

2 REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO GRANDE ABC PAULISTA: SÃO NECESSÁRIOS “AJUSTES”

Há de se reconhecer que a regionalização do SUS decorre de uma ordem da Constituição Federal de 1988 e imprescindível na prática, para que se consiga a integralidade do direito à saúde. No entanto, municípios, mesmo os de maior porte como Santo André, São Bernardo do Campo e

São Caetano do Sul, não têm condições de desenvolver todas as ações de atenção à saúde. Assim, caberia a cada um dos sete municípios identificar aquilo que é capaz de realizar, o que poderia oferecer como referência aos outros e o que tem que referenciar do seu município para os outros municípios ou estado.

Para os entrevistados, a maneira eficaz de organizar o sistema regional de saúde no Grande ABC é distribuir as especialidades médicas para cada um dos sete municípios, de modo a não sobrecarregar este ou aquele município. Ou seja, atribuir para um município a responsabilidade pela oncologia, a outro a cardiologia, e assim por diante. No entanto, os mesmos ressaltam, para que isto fosse viável, seria necessário que a região disponibilizasse outros hospitais estaduais, ou centros médicos. De certa forma, possibilitaria distribuir tanto recursos e capacidades, quanto demandas por todos os sete municípios.

O “ideal” para o Grande ABC, na perspectiva dos entrevistados, seria a construção de uma rede de serviços regionalizados por meio de um Plano de Saúde que integrasse os sete Municípios, o Estado e a União. Um Plano de Saúde que fosse concebido e construído junto, de forma pactuada e integrada em que se enfatizasse a municipalização do sistema de saúde, já presente nos municípios da região, com a regionalização ascendente. Assim, esta rede seria regionalizada tendo como base as características *loco-regionais* do Grande ABC, com adesão mais franca e consciente de todos os municípios.

Este processo poderia ser mediado pelo Consórcio Intermunicipal do Grande ABC – palco ou arena de discussão dos problemas e soluções para a região –, buscando a lógica de cumprimento da lei a partir de acordos mútuos de responsabilidades. E, que também, sejam sacramentados o envolvimento, o comprometimento e o pacto entre os municípios, a esfera estadual e a sociedade civil – instituições de saúde que atendem o SUS. Desse modo, seria possível maior orientação e cooperação técnica entre os municípios – denominada governança regional. Este modelo de organização da regionalização permitiria, mediante o Plano de Saúde, o cofinanciamento dos serviços de saúde, bem como o “*intercâmbio*” de competências entre os municípios da região.

Atualmente, “*o Grande ABC Paulista possui um sistema regional de saúde desorganizado e desarticulado*”, segundo palavras de um dos entrevistados da Secretaria de São Caetano do Sul. Seu argumento se fundamenta na fragilidade da rede de atenção à saúde, uma vez que a esfera estadual não pactua com os municípios acordos que proporcionem um aperfeiçoamento da atenção média e complexa de saúde. Além disso, o Estado não vem intermediando uma aproximação entre os próprios municípios da região. Esta aproximação proporcionaria um conhecimento mais profundo das demandas da região, pois o Grande ABC tem muita dificuldade de equilibrar estas duas variáveis da saúde: oferta e demanda.

Constata-se que ao implementarem um sistema regional de saúde, os gestores deram muito mais atenção à oferta de serviços, do que, propriamente, à demanda. Esta denominada “miopia” faz com que os gestores de saúde não notem as reais necessidades de atenção à saúde da região. Um pressuposto para se regionalizar um sistema de saúde é ter um sistema de informação, com vistas a conhecer profundamente as limitações de saúde dos cidadãos desta localidade. Não somente daquela população dependente SUS, como também, aquela que possui Planos Privados de Saúde, uma vez que é um direito de todos acessarem o SUS, possuindo ou não acesso à saúde suplementar. Dessa forma, seria possível equalizar estas duas variáveis.

Consequentemente, a crítica recai no fato de o estado se responsabilizar apenas por gerir os hospitais de média e alta complexidade, não deslocando recursos para dar apoio à atenção básica. Este argumento dos municípios surge a partir do momento em que eles atendem à “invasão” de demandas de outros municípios da região e de fora dela. Contudo, sem recursos novos para garantir os serviços entre os municípios, o Grande ABC não conseguirá solidificar o sistema regional de saúde.

Além disso, não será possível aprimorar este sistema regional enquanto alguns municípios mantiverem suas “rixas” municipais ao “fechar” suas fronteiras aos cidadãos oriundos de outros municípios, como foi constatado em São Caetano do Sul. E, sobretudo, também não será possível conceber e imaginar a regionalização da saúde sem que municípios e estado assumam minimamente suas responsabilidades tendo em vista garantir o direito à saúde. Quando se pensa em regionalização do SUS, logo se imagina um esforço cooperado e em conjunto entre todos os municípios, no qual o primado “pluralista” deve prevalecer sobre o “localista” e não o contrário, como existe hoje.

Foi possível constatar em um estudo conduzido em 2001, que a questão “saúde pública” no Grande ABC vem há tempos suscitando discussões (BOUSQUAT; NASCIMENTO, 2001). É possível observar nas tabelas 1 e 2, o número de leitos públicos dos municípios da região, a partir do levantamento realizado pela Fundação IBGE, em 2010 (IBGE, 2010). Comparado com o ano de 1997 dos estudos das duas autoras acima, o número de leitos em hospitais públicos estaduais pouco se alterou. Cabem aqui duas observações: uma se deve ao fato de que não foram computados os leitos do Hospital Regional Mário Covas, que é uma organização social de âmbito estadual, administrada pela Fundação do ABC (FABC); e outra, que o município de Diadema computou os leitos do Hospital Regional Serraria, que, também é uma organização social.

Tabela 1 - Evolução no número de leitos gerais nos municípios entre 1990 – 1997

Municípios	Hospitais Públicos Estadual		Hospitais Públicos Municipal		Hospitais Privados	
	1990	1997	1990	1997	1990	1997
Santo André	0	0	114	172	1179	1047
São Bernardo do Campo	0	0	0	51	1069	1105
São Caetano do Sul	0	0	112	103	652	526
Diadema	0	0	0	221	426	275
Mauá	200	0	0	160	356	181
Ribeirão Pires	0	0	0	30	130	100
Rio Grande da Serra	0	0	0	0	0	0
Total	200	0	226	737	3868	3334

Fonte: Adaptado de Bousquat e Nascimento, 2001, p. 18.

Nota-se que os leitos de hospitais municipais saltaram do total de 737 em 1997, para 1306 em 2009, um aumento de 44,5% de leitos municipais na região em treze anos. Com relação aos leitos de hospitais privados, observa-se uma queda desde o ano de 1990, com uma perda de 45 leitos, nos mesmo período. Os dados vêm a confirmar a tendência apresentada pelo citado estudo (IBGE, 2010): aumento dos leitos públicos, em virtude, da implementação do SUS; e diminuição de leitos privados, em decorrência da queda de empregos industriais na década de 1990 e, conseqüentemente, a perda do seguro privado de saúde. Entretanto, nos municípios de Santo André e São Bernardo do Campo, pelo contrário, houve um incremento de leitos em hospitais privados nos últimos anos.

Tabela 2 - Número de leitos gerais dos municípios em 2010.

Municípios	Hospitais Públicos Estadual	Hospitais Públicos Municipal	Hospitais Privados	População
Santo André	0	491	1328	676.407
São Bernardo do Campo	0	244	1317	765.463
São Caetano do Sul	0	158	238	149.263
Diadema	233	214	115	386.089
Mauá	0	161	173	417.064
Ribeirão Pires	0	38	118	113.068
Rio Grande da Serra	0	0	0	43.974
Total	233	1306	3289	2.551.328

Fonte: Adaptado do IBGE, 2010.

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, pois 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. O Grande ABC tem em média 1,9 leitos por mil habitantes, abaixo do recomendado pela portaria do Ministério da Saúde, que é de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes (BRASIL, 2002a).

Tais aspectos nos remetem a pensar que a regionalização do SUS no Grande ABC está aquém das expectativas de seus próprios gestores, dado que sua consolidação depende de alguns “ajustes”, tendo em vista uma adequação às normas do SUS e ao Pacto pela Saúde. No conjunto, os entrevistados da região sugerem as seguintes providências:

- a) Construção de espaços de articulação e cogestão regional com representatividade de todos os atores, evitando a criação de novas estruturas burocráticas;
- b) Financiamento para apoiar ações regionais como forma de garantir o acesso aos serviços, diminuir desigualdades e priorizar necessidades regionais;
- c) Estabelecimento de novas formas de remuneração dos serviços hospitalares e de pronto atendimento de pequeno porte, como garantia do atendimento a pequenos contingentes populacionais do Grande ABC em suas necessidades menos complexas; como também garantir estruturas com condições de manter a vida de paciente com quadros agudos urgentes, até a transferência para serviços com maior capacidade resolutiva;
- d) Pactuação entre todos os atores do Grande ABC e a definição de mecanismos de acompanhamento do desempenho das ações, projetos e programas pactuados;
- e) Priorização das ações de atenção básica e de vigilância em saúde por parte dos sete municípios, para que as ações complementares possam ser compartilhadas entre eles e com as outras esferas de poder com o intuito de garantir a integridade da atenção;
- f) Cooperação técnica para dificuldades comuns entre municípios da região, com troca de experiências sobre opções de encaminhamento – governança e regulação;
- g) Cooperação técnica fornecida pelo estado e Ministério da Saúde para a implantação de programas e ações específicas, bem como na área de gestão;
- h) Capacitação de gestores e das respectivas áreas técnicas no Grande ABC, dentro da concepção de educação permanente;
- i) Reestruturação das centrais de regulação e de vagas, buscando disciplinar fluxos, otimizar recursos, garantir acesso, além de conferir transparência aos processos de gestão;
- j) Reestruturação dos serviços de auditoria da região, com o intuito de garantir o cumprimento de contratos e de pactos de gestão com informações transparentes e confiáveis;

- k) Expansão do serviço de transporte inter-hospitalar intermunicipal e inter-regional; bem como transporte adequado quando um dos municípios não dispõe de serviços necessários à complexidade do atendimento requerido pelo paciente.

3 DILEMA DA EQUIDADE NO MODELO REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO

No que diz respeito à regionalização da saúde logo se busca entender os princípios que sustentam este modelo, dos quais se pode destacar a equidade. Observa-se, a partir dos entrevistados, diversos sentidos de equidade. O primeiro referente à equidade de recursos para necessidades iguais, leva em consideração a estrutura de uma dada população – conforme sexo e grupos etários –, e outros fatores que possam influenciar as necessidades, como taxa de fertilidade ou o nível de renda. Este tipo de conceito é utilizado na distribuição de recursos na região.

Outro se refere à equidade de oportunidade de acesso para igual necessidade, que somente terá lugar quando todos os “consumidores” de serviços da região tiverem acesso aos mesmos serviços ao custo igual – em termos de transporte e em tempo perdido. Complementarmente, a equidade também tem o sentido de utilização para igual necessidade, que implica na denominada “discriminação positiva” em favor daqueles que tenham menor propensão para utilizar os serviços de saúde em uma perspectiva de assegurar a procura desses serviços. Implica também na existência de recursos adicionais que possibilitem intervir na comunidade por meio de visitas domiciliares e educação para a saúde (ELIAS, 2002).

Uma quarta conceituação remete à equidade na satisfação de necessidades marginais, que trata de reconhecer que a busca da equidade somente será atingida se a região deixar de tratar a mesma categoria de necessidade, caso se verifique um corte orçamentário idêntico, o que implica que todos os municípios da região atribuam uma prioridade igual às respectivas necessidades (CAMPOS, 2006; ALMEIDA, 2002). E finalmente, a equidade de resultados, que tem como objetivo atingir a equidade no nível de saúde entre os municípios da região, mediante princípio de que se verificará uma política intersetorial, o que é, sem dúvida, um objetivo utópico atualmente, mas que deve constar nas metas (VIANA, 2003).

Em vista da complementaridade de sentidos apresentados pelos nossos entrevistados, acredita-se que o mais viável de imediato seja o da equidade de utilização de recursos para necessidades iguais. Diante das ambiguidades de sentido acerca da equidade nas visões de parte dos entrevistados, destaca-se um preceito que nos parece comum a todos: para que a equidade da atenção seja conquistada no Grande ABC, é importante que uma articulação entre política, saúde e democracia seja vislumbrada, de modo a reduzir os conflitos e as contradições existentes. Não é

difícil perceber na região que o acesso torna-se desigual, quando existe favorecimento para os mais bem posicionados ou para os que chegam primeiro.

Constata-se que as desigualdades no consumo de serviços de saúde são produzidas pela oferta insuficiente e pela má qualidade da assistência, que acabam por produzir mais desconforto, sofrimento e dor, que tem como desdobramento, o não acolhimento do cidadão. Assim, quando se busca a equidade em relação à qualidade de cuidados, pressupõe que cada indivíduo tenha igual oportunidade – levando-se em consideração suas necessidades de saúde – de ser selecionado para a atenção à saúde, por meio de procedimentos justos, decorrentes de suas necessidades e não de sua influência social.

Uma concepção de acordo com a singularidade de cada caso, ou necessidade, baseia-se no pressuposto de que não há estruturas, ou normas, ou sistema de leis ou de conhecimentos perfeitos. Entretanto, convém reconhecer que um sistema regional de saúde, como o presente no Grande ABC, tem inúmeras dificuldades de lidar e contemplar a imensa variedade das situações de singularidades de saúde na região. Portanto, sempre haverá necessidade de um espaço de autonomia para que os operadores desses sistemas regionais, em interação com os usuários locais, atenuassem ou até mesmo modificassem o previsto nas determinações já estabelecidas. Nesse caso, a constituição da equidade do sistema regional de saúde no Grande ABC proporcionaria acúmulo de experiências na busca de identificar possíveis falhas no atendimento. Uma alternativa na busca de equidade na região seria por meio da sociedade civil e sua capacidade de interagir com o setor público, mas seu esvaziamento e ausência nas questões de saúde tendem a manter esta situação inalterada.

4 GOVERNANÇA COMO UM MECANISMO DE COORDENAÇÃO REGIONAL NO GRANDE ABC

De certo modo, a governança da regionalização do SUS pode ser caracterizada como um sistema de regras que se apoia em um “jogo de relações” que envolvem atores públicos e privados. Estes indivíduos e/ou instituições expressam seus próprios interesses e esses podem ser organizados segundo alguns objetivos comuns – negociados – estabelecendo elos e redes entre esses mesmos atores e instituições. No Grande ABC, como em outras regiões, a construção de objetivos comuns é um processo sempre renovado e pode ser realizado na forma de negociações em rede. Este formato facilita coordenar ações coletivas, implicando a definição de objetivos e meios, sistema de valores e lógicas de interesse, por meio de processos de negociação e de interação sistemáticos, embora sabidamente provisórios frágeis.

Para nossos entrevistados a dimensão governança observa a diversidade de atores e o seu peso no processo, bem como do estabelecimento de mecanismos de coordenação, além da natureza e tipos de relacionamento entre os atores presentes na estratégia da regionalização da região; onde a CIB cumpre – ou ao menos deveria cumprir – esse papel estratégico no processo, sendo um elemento que auxilia – ou deveria – no estabelecimento de tipos específicos de governança de padrões de relacionamento entre os governos estaduais e municipais que podem ser observados nos espaços regionais. O modelo de governança, presente no Grande ABC, caracteriza-se por ser coordenada, conflitiva e confusa, uma vez que há muitos conflitos entre os atores regionais e os mecanismos de regulação são frágeis.

Este olhar para a governança possibilita pensar que a CIB é quem pode desempenhar um papel orientador e facilitador da regionalização ao traçar rumos e diretrizes para o processo, sendo conduzido de forma mais articulada pela esfera estadual e pelos municípios nos espaços regionais. Nesse caso, a CIB cumpriria um papel consolidador ao possibilitar a sistematização e a pactuação técnico-política final de determinadas negociações estabelecidas em âmbito regional.

Contudo, uma função mais avançada da CIB no Grande ABC Paulista seria perceptível quando esta adquire um caráter claramente indutor da regionalização, definindo novas regras, estratégias e instrumentos, ampliando e mobilizando atores regionais e dando maior sustentabilidade ao processo. Este papel indutor é realizado quando a CIB permite a consolidação de uma determinada cultura de negociação intergovernamental e a criação de um ambiente institucional mais estável nos espaços regionais. A constituição e a antiguidade da estrutura regional da CIB no Estado de São Paulo tende a favorecer um papel mais avançado destas instâncias na regionalização.

Na região a governança da regionalização do SUS deve ser determinada pela capacidade dos atores políticos de construir um quadro institucional estável que favoreça a cooperação e a participação de uma ampla gama de atores. Esse processo seria marcado pelo estabelecimento de relações cooperativas entre os atores, as instituições, os agentes e os cidadãos, onde é possível estabelecer uma direção ou rumo voltado para a consecução de metas e objetivos claramente definidos e acordados (ALMEIDA, 2002).

Regionalização implica uma mudança no exercício de poder – ou redistribuição de poder – no interior da política de saúde. O que se traduz na introdução de novos atores, novos objetos, novas normas e novos processos; governado e liderado por diferentes orientações e ideologias (COHN, ELIAS, 2006).

O uso diferenciado das palavras “governo” e “governança” se apoiam na noção de que os campos de um e outro são diversos na região: assuntos públicos – governo – e coletivos – governança. Ou seja, a decisão não é baseada na ordem ou na hierarquia – governo –, mas sim, na

negociação – governança – e a finalidade é a diversidade – governança – e não somente a unidade – governo (SANTOS, 1997). De forma mais ou menos consensual, uma série de novos atributos foram colocados no conceito de governança para dar conta da ação de governar em uma região complexa – como é o caso do Grande ABC – conformada por autoridades independentes e com grande grau de autonomia.

Contudo, é necessário que o gestor estadual exerça funções precípuas, na coordenação, articulação, avaliação, controle e prestação de serviços de forma integrada aos sistemas de saúde local – municipal e regional –, o governo estadual tem se mantido ausente no processo da Programação Pactuada Integrada (PPI). De modo geral, o governo estadual vem se limitando, por exemplo, a delimitar tetos financeiros e indicar referências – muitas vezes sem levar em consideração as particularidades regionais e municipais, ou ainda interpretações diversas das normatizações. Este fato vem implicando a não regularidade dos repasses de insumos ou recursos diversos para os municípios, além da falta de projetos comuns e de agenda técnica para o Grande ABC.

Constata-se, a partir dos entrevistados da esfera municipal, que os mesmos implantaram mecanismos de organização da oferta assistencial, denominados “centrais de regulação” para leitos, agendamentos de consultas especializadas e procedimentos de média e alta complexidades e apoio diagnóstico nos Hospitais Mário Covas e Serraria. Há uma cota de leitos para cada um dos sete municípios. Não custa frisar que essas centrais de regulação fazem uso de mecanismos racionalizadores, não se efetivando em viabilização política dos princípios da integralidade e equidade.

Num sentido mais amplo, a regulação não chega a ser vislumbrada por parte dos gestores municipais. Assim, voltando seu olhar para os serviços, um dos entrevistados da DRS ressalta que: **“a ação regulatória do gestor incide quase que exclusivamente sobre a população, no sentido de receber, orientar, encaminhar, adscrever, ou ainda restringir serviços e procedimentos”**, como, por exemplo, no caso dos medicamentos das farmácias. Em que pese os avanços, nesse momento o gestor ainda olha para dentro do sistema de saúde, mirando apenas os serviços próprios da sua rede, no contexto dos municípios. Com isso torna-se dependente de articulações políticas com o gestor estadual em relação à oferta e, conseqüentemente, ao acesso de procedimentos de média e alta complexidade; enfim, na conformação da rede de serviços.

Então, quando nos referimos à governança, verifica-se que sua aplicabilidade somente pode se dar no âmbito da formulação e implementação da política de saúde como um todo e da regulação do sistema de saúde, e não de modo deslocado, prescritivo ou normativo, com relação a uma “boa”

ou “má” governança – ou restrito a alguns poucos aspectos técnicos ou administrativos ou, ainda, tomados por uma aparência.

Como em qualquer sistema complexo, reconhecemos que a regulação permite que as suas diversas funções se mantenham operativas dentro de balizas ou limites pré-determinados, para garantir que o sistema no seu todo atinja seus objetivos essenciais. A esse respeito, os entrevistados apontam três considerações fundamentais: 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 ajustamento e correção permanentes dessas funções e respectivos efeitos. No Grande ABC, este papel regulador não está tão claro para os profissionais de saúde. Em nossa visão, 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.

5 CONCLUSÕES

Como processo político, a regionalização do SUS 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 deste sistema de saúde é bastante complexo, pois implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e 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.

Observa-se também que estas “rixas” municipais têm dificultado o equilíbrio entre oferta e demanda de serviços de saúde, devido aos conflitos no interior dos municípios da região. Este problema vem se acentuando, como pôde ser observado em um estudo anterior a este, uma vez que municípios não querem compartilhar seus recursos de saúde com cidadãos que não residem em seus municípios. O desdobramento do deslocamento dos cidadãos entre os municípios é um direito de cidadania, no entanto, traz transtornos aos gestores de saúde, em virtude de critérios técnicos e administrativos. Em suma, o cidadão de outro município é considerado um invasor em busca de

serviços, (principalmente os de atenção básica), um “alien” ou estrangeiro; é aquele que, para os gestores, modifica os indicadores de saúde ao final do mês e ano. Constata-se que estes conflitos ocorrem por três razões: uma, é pelo fato dos gestores concentrarem-se mais nas ofertas do que nas demandas; outra, porque os gestores consideram apenas a demanda de seu município; e, por fim, devido ao fato dos gestores considerarem como demanda apenas os dependentes do SUS.

No que diz respeito ao processo de regionalização do SUS no Grande ABC, três questões precisam 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.

Ao final deste estudo foi tangível perceber as dificuldades dos gestores dos municípios da região para superarem o próprio contexto municipal, as dificuldades reforçadas pelas diversas formas de composição de interesses locais *vis-a-vis* à área da saúde. Este fato traz a seguinte reflexão: o Grande ABC terá um sistema regional de saúde disponível e acessível aos seus cidadãos? A julgar pelos nossos entrevistados, a região precisaria avançar e amadurecer no que diz respeito à cooperação regional para que isto ocorra, caso contrário, este modelo de regionalização do SUS persistirá da maneira como está posto atualmente: desigual, fragmentado e insuficiente.

UNDERSTANDING REGIONALIZATION OF HEALTH SYSTEM IN THE GREATER ABC REGION

ABSTRACT

Regionalization is to ensure user access the Unified Health System (UHS) to quality services at the lowest social, economic and health cost possible. The system reconstructs an appropriate scale to the organization of the health services by aggregating, in a unique cooperative system, a number of cities. This article aims to understand, in the Greater ABC region, the regionalization of UHS from the implementation of the Regional Health Departments (RHD). Therefore, we define a descriptive study with 19 respondents, once we set qualitative analysis. We anticipate that health managers of the Greater ABC have been experiencing great difficulties in operationalizing the system the way advised by the Ministry of Health, due to three major issues: cities competitions, determination of demand by services focus, and lack of governance. Therefore, it is difficult to imagine a “*Health care to all*”, according to the guidelines of the Ministry of Health.

Keyword: Regionalization of Health. Health Regions. Equity.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 23-26, 2002.
- 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. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Brasília, 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRASIL. Portaria n. 1101, de 12 de junho de 2002b. Dispõe sobre os Parâmetros de Cobertura Assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, junho de 2002. n. 112, seção 1.
- CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 173-180, 2002. Suplemento.
- ELIAS, P. E. M. Por uma refundação macropolítica do SUS: a gestão para a equidade no cotidiano dos serviços. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 25-36, 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat> Acesso em: 2 fev. 2011.
- SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.
- SÃO PAULO (ESTADO). Decreto nº 25.519, de 17 de julho de 1986. **Lex: Legislação Estadual/Municipal**. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/legislacao/192390/decreto-25519-86-sao-paulo-sp> Acesso em: 20 jan. 2010.
- SÃO PAULO (ESTADO). Decreto nº 40.082, de 15 de maio de 1995. **Lex: Legislação Estadual/Municipal**. Disponível em: <www.jusbrasil.com.br/legislacao/173872/decreto-40082-95-sao-paulo-sp> Acesso em: 23 mai. 2010.
- SÃO PAULO (ESTADO). Decreto nº 41.433, de 28 de dezembro de 2006. **Lex: Legislação Estadual/Municipal**, São Paulo, nov./dez. 2006. Disponível em: <perfil.sp.gov.br/site/legislacaoi.asp?atoid=21539> Acesso em: 22 mar. 2010.
- SÃO PAULO (ESTADO). Decreto nº 49.343, de 24 de Janeiro de 2005. **Lex: Legislação Estadual/Municipal**, São Paulo, nov./dez. 2006. Disponível em: <perfil.sp.gov.br/site/legislacaoi.asp?atoid=21539> Acesso em: 22 mar. 2010.
- STAKE, R. E. Case Studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.) **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage, 2000.
- VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.