

REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO GRANDE ABC: COMPREENDENDO A RELAÇÃO ENTRE OFERTA E DEMANDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

RESUMO

Regionalização, hierarquização e integralidade da assistência à saúde demandam a formação e gestão de redes não diretamente relacionadas a uma mesma unidade política-administrativa da federação, tais como as intermunicipais, com mais de um município. No entanto, é na equalização da oferta e demanda de saúde que surgem os problemas, uma vez que os gestores levam em consideração mais a oferta do que a demanda no planejamento das redes e “nós” do sistema. Tal constatação, fez despertar o propósito deste estudo, que é o de compreender como esta relação – oferta e demanda – é conduzida no sistema regional de saúde do Grande ABC. Este estudo tem caráter descritivo, mediante estudo de caso – a região; dezenove entrevistados participaram da pesquisa, entre eles: Diretores e Secretários Municipais; Departamento Regional de Saúde I (DRS I); e docentes e pesquisadores. O estudo tem caráter qualitativo, pois buscou-se debater, discutir e caracterizar esta situação na região. Constatou-se que as redes de saúde da região concentram seus planejamentos e decisões muito mais nas ofertas do que nas demandas, gerando discrepâncias entre o que o gestor dispõe e o que o cidadão quer receber.

Palavras-chave: Oferta e Demanda em Saúde Pública; Regionalização do SUS; Saúde Pública.

REGIONALISATION OF THE BIG SUS ABC: UNDERSTANDING THE RELATIONSHIP BETWEEN SUPPLY AND DEMAND OF HEALTH SERVICES.

ABSTRACT

Regionalization, hierarchy and integrality of health care require the formation and management of networks that are not directly related to the same political-administrative unit of the federation, such as intercity, with more than one city. However, it is the balance between supply and demand for health services that problems arise because managers take into account more supplies than the demands when planning networks of the health system. This research has the purpose and aim of understanding how this relationship – supply and demand – is conducted in the regional health system in the Greater ABC region. This study is descriptive, by means of case study – the region; nineteen respondents participated in this research, including: managers of Public Health of the cities in the region; managers of Regional Health Department I (RHD I); and professors and researchers. This qualitative analysis was performed, because we attempted to debate, to discuss and to characterize this situation in the region. We could observe that the network of the health system in the region focuses its planning and decisions much more on supplies than the demands, creating discrepancies between the manager provides and citizens wants to receive.

Keywords: Supply and Demand of Public Health; Regionalization of Health; Public Health.

Edson Coutinho da Silva¹
Mara Helena de Andrea Gomes²

¹ Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Professor do Centro Universitário da FEI. Brasil. E-mail: dr.edson.coutinho@gmail.com

² Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Professora da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Brasil. E-mail: maradeandrea@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Como processo político, a regionalização do Sistema Único de Saúde (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 (SILVA, GOMES, 2009).

Para que a regionalização atenda às exigências do Ministério da Saúde, 14 princípios devem ser seguidos ao longo da construção operacional: (1) territorialização: espaço regional; (2) flexibilidade: respeito às diversidades regionais; (3) cooperação entre os três entes – municipal, estadual e federal; (4) cogestão: articulação técnica e política; (5) subsidiariedade: exercer sua função; (6) integralidade: rede de serviços; (7) equidade: igualdade de recursos para necessidades idênticas; (8) participação e controle social: políticas que expressem as necessidades; (9) qualidade: serviços prestados; (10) eficiência: uso dos recursos; (11) gestão de demanda: foco na demanda, em vez da oferta; (12) responsabilização: responsável pela saúde; (13) financiamento solidário: definição dos recursos destinados; e (14) endogenia: capacidade de organização social (GUIMARÃES, 2005; MENDES, ALMEIDA, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; PESTANA, MENDES, 2004; RIBEIRO, COSTA, 2000; SANTOS, 2004).

O processo de regionalização do SUS também envolve estabelecimento de critérios: primeiro, os municípios que compõem a região devem ser contíguos. Segundo, devem levar em conta a escala adequada para a rede de serviços. Na experiência internacional, essa escala é de 100 – 500 mil habitantes. Terceiro, herança e identidade cultural da região não podem ser ignoradas. Quarto, endogenia, deve surgir de dentro para fora e de baixo para cima. Quinto, existência de recursos para organizar a rede. Sexto, política de cooperação. Sétimo, estudo dos

fluxos assistenciais. Oitavo, fluxos viários; e redes, nós e fluxos dominantes na hierarquia da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; PESTANA, MENDES, 2004; SANTOS, 2004).

Assim, as regiões de saúde são recortes territoriais em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantindo o desenvolvimento da atenção básica na assistência e parte da média complexidade, do mesmo modo com as ações básicas de vigilância em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Mais recentemente, o Decreto nº 7.508, de junho de 2011, ao regulamentar a Lei nº 8080/90 e dispor sobre a organização do SUS no país, o planejamento da saúde e 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).

Este estudo foi desenvolvido na região do Grande ABC Paulista, ou ABCDMRR, que é formada por sete municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): Santo André (A), São Bernardo do Campo (B), São Caetano do Sul (C), Diadema (D), Mauá (M), Ribeirão Pires (R) e Rio Grande da Serra (R). Juntos, os municípios compõem uma extensão territorial de 841 km²; e considerando que o Estado de São Paulo é composto por 248.600 km², 0,33% do território paulista é composto pelo Grande ABC. Com aproximadamente 2,6 milhões de habitantes, com municípios heterogêneos e com 1,9 leitos por mil habitantes, abaixo do recomendado pela portaria do Ministério da Saúde (2002), que é de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes, esta região ganhou destaque pela economia, política e movimentos sociais que desmembraram no Consórcio Intermunicipal do Grande ABC, Câmara Regional e Agência de Desenvolvimento Econômico.

Este *paper* é fruto de um dos capítulos da tese de doutorado defendida pelo autor e coautor (orientador) em dezembro de 2011, e tem por finalidade discutir a regionalização do SUS no Grande ABC na ótica de duas variáveis: oferta e demanda. Em termos metodológicos, o presente artigo se caracteriza como um estudo descritivo, mediante estudo de caso, realizado na região, e não em cada município isoladamente. Para tanto, foram entrevistadas dezenove informantes-chave que atuaram, e ainda atuam, nas Diretorias e Secretarias Municipais da região, Departamento Regional de Saúde I (DRS I), além de docentes e pesquisadores das Universidades de São Paulo (USP) e Campinas (UNICAMP); e foi realizada uma análise de caráter qualitativa, uma vez que a atenção estava centrada nas explicações dos informantes.

2 REGIONALIZAÇÃO DO SUS NA REGIÃO: SÃO NECESSÁRIOS “AJUSTES”.

Há de se reconhecer que a regionalização 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 sendo, 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.

Constata-se que a melhor maneira de organizarmos a regionalização da saúde no Grande ABC é distribuir especialidades médicas para cada um dos sete municípios, de modo a não sobrecarregarmos este ou aquele município. Atribuir a um município a responsabilidade pela oncologia, a outro a cardiologia, e assim por diante. Contudo, para que isto fosse viável, seria necessário que a região disponibilizasse outros hospitais estaduais. Isto possibilitaria distribuir tanto recursos e capacidades, quanto demandas por todos os sete municípios.

Na perspectiva dos entrevistados, o “*ideal*” para a região seria a construção de uma rede de serviços regionalizados mediante 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. 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, 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 uma maior orientação e cooperação técnica entre os municípios. 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.

Hoje, a região possui um sistema regional de saúde desorganizado e/ou desarticulado, segundo os entrevistados. Esta afirmação pode ser fundamentada na fragilidade da rede de atenção à saúde, uma vez que a esfera estadual não pactua com os municípios acordos que busquem proporcionar um aperfeiçoamento da atenção média e complexa de saúde. Além disso, o estado não vem intermediando uma aproximação entre os próprios municípios da região, uma vez que 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.

Para os entrevistados, ao implementarem um sistema regional de saúde, os gestores dão 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. Cabe destacar que 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. Dessa forma, será 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.

Ao conduzir uma discussão mais profunda acerca desta questão, verifica-se que não será possível aprimorar este sistema enquanto alguns municípios mantiverem suas “*rixas*” municipais ao “*fechar*” suas fronteiras aos cidadãos oriundos de outros municípios. 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 regionalização do sistema de saúde, 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 se vivencia hoje na região.

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:

- Construção de espaços de articulação e cogestão regional com representatividade de todos os atores, evitando a criação de novas estruturas burocráticas;
- Financiamento para apoiar ações regionais como forma de garantir o acesso aos serviços, diminuir desigualdades e priorizar necessidades regionais;
- 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;
- Pactuação entre todos os atores da região e a definição de mecanismos de acompanhamento do desempenho das ações, projetos e programas pactuados;
- 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;
- Cooperação técnica para dificuldades comuns entre municípios da região, com troca de experiências sobre opções de encaminhamento – governança e regulação;
- Cooperação técnica fornecida pelo estado e Ministério da Saúde para a implantação de programas e ações específicas, bem como na área de gestão;
- Capacitação de gestores e das respectivas áreas técnicas no Grande ABC, dentro da concepção de educação permanente;
- Reestruturação das centrais de regulação e de vagas, buscando disciplinar fluxos, otimizar

recursos, garantir acesso, além de conferir transparência aos processos de gestão;

- 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;
- 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.

De certa maneira, ao se referir à regionalização do SUS logo se busca entender os princípios que sustentam este modelo, dos quais pode-se 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 gênero (ou 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 – transporte e em tempo despendido. Complementarmente, a equidade também tem o sentido de utilização para igual necessidade, que implica uma “*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.

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. 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.

Em vista da complementaridade de sentidos colocados pelos 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.

Nota-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. 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, cabe 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 haveria 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 através 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 REDE SUS NA REGIÃO: É NECESSÁRIO CONHECER A POPULAÇÃO.

Outro inconveniente apontado pelos entrevistados é a dificuldade de viabilizar a integralidade do sistema regional de saúde no Grande ABC. É possível afirmar que a integralidade da assistência não é garantida. Em primeiro lugar, devido

à existência de uma segmentação do sistema existente na região, onde os municípios são responsáveis pela atenção básica e o governo do estado pela média e complexa. Em segundo, em virtude da burocracia do sistema existente na região que emperra a dinâmica da oferta de serviços aos cidadãos. Por fim, a baixa capacitação dos profissionais de saúde que carecem de qualificações necessárias para agilizar o atendimento ao cidadão.

Apesar de a região possuir um sistema regionalizado, seus sistemas ainda prevalecem fragmentados, pois há pontos de atenção à saúde isolados que não se comunicam uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população adscrita – em decorrência do fluxo de demanda de um município a outro – e de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população na região. Nessa rede, a atenção básica de saúde não se comunica com fluidez com a atenção média e complexa e esses dois níveis não se comunicam com os hospitais privados que atendem ao SUS. Nesses sistemas, a atenção básica de saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Foi possível identificar, a partir dos entrevistados, um rol de impedimentos: os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência de continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras, fragmentado e com baixa estratificação dos riscos; a atenção é centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos.

Este levantamento permite deduzir que esta fragmentação no sistema de saúde do Grande ABC é um reflexo da ausência de alinhamento, de sincronismo e de frágil articulação entre os municípios da região e a esfera estadual. Recentemente os governos municipais e estadual vêm buscando contornar estes problemas por meio da instalação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) nos municípios da região, com o intuito atender à demanda de saúde regional.

De certa maneira, a dificuldade reside 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. Cabe destacar que esta 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. Isto ocorre porque os indivíduos que ali vão buscar o acolhimento, não necessariamente pertencem àquela região.

O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo que é estruturado sob a responsabilidade fundamental da atenção básica, como por exemplo: o processo de territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação das famílias por riscos de saúde, a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde, por meio da equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), a identificação das subpopulações com fatores de riscos, a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Outro elemento importante é a estrutura operacional dos nós das redes de saúde, bem como as ligações materiais e não materiais que comunicam esses diferentes nós. Segundo D – G esta estrutura operacional é composta por três categorias: primeiro, os nós da rede: centro de comunicação, pontos de atenção básica e de atenção média e complexa; em seguida, os elos que conectam os diferentes nós: sistemas de apoio e logísticos; e por último, o que governa as relações entre os dois anteriores: sistema de governança das redes de atenção.

Vê-se que no Grande ABC o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador que deveria coordenar os fluxos e contra-fluxos do sistema de atenção básica e da equipe do PSF. Uma tarefa complexa, dada a peculiaridade do trânsito da população na região. Com relação aos pontos de atenção básica, a região tem procurado elevar os índices dos três papéis essenciais de uma rede de atenção básica, que são: resolutividade por meio da coordenação de pessoas; informações e dos produtos entre os componentes da rede; e responsabilização, que é o acolhimento da população na atenção básica.

Diante disso, pôde-se averiguar que os pontos de atenção média e complexa – serviços especializados – são os que vêm gradativamente gerando conflitos com o estado, por parte dos municípios, porque na proposta das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) esta é uma responsabilidade do estado, o qual teria a função de injetar recursos, já que envolve um alto grau de tecnologia e, conseqüentemente, custos que os municípios não querem assumir.

Os elos que conectam as redes são aspectos que merecem maior atenção dos gestores de saúde da região. Os sistemas de apoio são instituições que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, como exames de diagnósticos, terapêuticos, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. Para situarmos um problema que o Grande ABC tem vivenciado nos últimos anos, muitos exames de endoscopia, por exemplo, têm sido realizados no Hospital Mário Covas, uma organização que não deveria assumir este papel.

Os sistemas logísticos das redes de atenção são: o cartão de identificação das pessoas, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. Recentemente o governo estadual disponibilizou algumas ambulâncias para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) buscando auxiliar os municípios. Considerando os pontos da regionalização da rede básica da regionalização do SUS no Grande ABC, os entrevistados da região atribuem aos sistemas de apoio e aos sistemas logísticos os principais entraves do sistema.

O último elo, o da governança, frágil no Grande ABC. Quando nos referimos à governança, para compreender o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde na região, como forma de gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter os melhores resultados de saúde em uma população adscrita. Nesse caso, a fragilidade reside no fato de alguns municípios não buscarem esta denominada articulação e cooperação com os outros municípios da região.

Outro aspecto referente aos modelos de governança tem relação com a missão, com a visão, com os objetivos e metas que pretendem alcançar em curto, médio e longo prazos. Todavia, para se atingir níveis de governança em um sistema regionalizado de saúde, é preciso que todos estes aspectos sejam compartilhados e articulados entre as esferas municipais, estaduais e federal. Quando perguntados quais eram os objetivos e as metas da regionalização da saúde no Grande ABC, alguns entrevistados não souberam apontar, de fato, quais seriam, assim como não souberam explicar, com clareza, o que viria a ser governança. Diante disso, os modelos de governança representados pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) são mais discursivos que práticos.

5 SANTAS CASAS DA REGIÃO: UMA OPÇÃO DE COMPLEMENTARIDADE.

O Grande ABC é uma região com alguns municípios ricos e modernos, que se caracterizam por uma grande concentração dos equipamentos e serviços de saúde, o que por vezes dificulta a própria consolidação do SUS na região. Nesse sentido, não há uma universalização de fato da saúde em parte dos municípios da região, porque o sistema de saúde no Grande ABC é marcado por uma especificidade importante para a compreensão da necessidade de mudanças desse novo processo de regionalização.

Dado o alto grau de desenvolvimento econômico, sobretudo, nos municípios mais populosos, o Grande ABC Paulista concentra investimentos no setor de saúde, como em ciência e

tecnologia, e tem um dos maiores mercados consumidores dos serviços suplementares e equipamentos de saúde do país. Como consequência, a região abriga um dos sistemas de saúde mais complexos do Brasil, constituindo um sistema característico do *mix* público-privado.

O poder do setor privado em organizar e regular a saúde na região do Grande ABC é imenso e faz frente ao próprio poder público na gestão regional de saúde. Diante disso, a identificação do Grande ABC como uma região de saúde pode ter resultados muito diferentes quando há uma “atenção” somente voltada para o setor público e quando há uma visão integrada do setor público e do privado no Grande ABC, a partir de um complexo regional da saúde. Entende-se, por complexo regional de saúde, as diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão, financiamento e regulação da saúde no âmbito regional.

A região conta com poucas instituições privadas de saúde que possuem parcerias com o SUS. Isto ocorre devido ao fato de o setor privado ter pouco – ou quase nenhum – interesse em construir parcerias com o SUS. Nesse contexto, os entrevistados da esfera municipal argumentam que a região deveria buscar maneiras de incentivar uma possível articulação com o setor privado, de modo a complementar a rede e também aprimorar a atenção à saúde.

Uma possibilidade de contornar este problema seria o incentivo às Santas Casas presentes nos municípios da região; as Santas Casas prestam atendimentos diversificados envolvendo desde a atenção básica até algumas especialidades altamente complexas. É bastante conhecido o papel das Santas Casas de Misericórdia e os hospitais beneficentes na história de prestação de assistência à saúde no Estado de São Paulo.

Estas entidades filantrópicas tiveram reconhecimento na Constituição Federal de 1988, como parceiras fundamentais do estado na assistência prestada pelo SUS. Em 2004, os hospitais filantrópicos do Estado de São Paulo foram responsáveis por 56% – em torno de 1.3 milhões – das internações do SUS, equivalentes a 57% do total gasto pelo sistema de internações no estado. É sabido que, atualmente, o SUS não pode prescindir dos prestadores filantrópicos para garantir o atendimento das necessidades de saúde na região, como observa Munhoz (2011).

Há de se destacar que as Santas Casas tiveram reconhecimento nos municípios de São Bernardo do Campo e Mauá no Grande ABC. Recentemente, o município de São Bernardo do Campo ampliou os serviços prestados pela Santa Casa da cidade e assinou convênio com o SUS para extensão dos atendimentos. Esta Santa Casa ganhou 22 leitos para internação e atenderá especialidades como endoscopia, dermatologia, urologia, tomografia, além da

eletroneuromiografia. Há cerca de um ano, a Santa Casa já disponibilizava 20 leitos para internações de pacientes crônicos. Em agosto de 2010, o governo estadual também já havia liberado R\$ 500 mil solicitados pelo município para a aquisição de equipamentos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico e conclusão das obras estruturais na parte externa da Santa Casa. Com estes recursos, o governo estadual pretende diminuir o fluxo de pessoas e, simultaneamente, direcionar as duas Organizações Sociais da região – Hospital Mário Covas e Serraria – para as funções que são atribuídas (CARDOSO, 2008).

Constata-se que há quase 40 anos a Santa Casa de Mauá vem prestando serviços na área de saúde na cidade. Tendo em vista a sua importância para o município e seu entorno – principalmente Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra – a instituição realizou a ampliação das instalações, tornando o hospital mais equipado, moderno e preparado para atender a população. Recentemente, a Santa Casa adquiriu um novo tomógrafo, além de equipar seu corpo clínico. Ela dispõe de especialidades como: anestesia, cardiologia, cirurgia plástica, clínica geral, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, neurologia, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia e urologia. As Santas Casas são instituições privadas que poderão participar de forma complementar do SUS, segundo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência em relação às demais entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Portanto, as Santas Casas surgem como uma opção para aprimorar a oferta de serviços no sistema regional do Grande ABC. Por esta razão elas não devem ser “esquecidas” no planejamento das políticas públicas de saúde. Cabe aos entes das esferas municipais e estadual superarem os entraves políticos e incentivarem esta forma de parceria na região.

6 REDES BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS: EM DIREÇÕES OPOSTAS.

Diante do papel das Santas Casas e dos hospitais filantrópicos na rede de atenção à saúde da região, recentemente Sanches (2011) publicou uma notícia intitulada “*Falta de Estrutura Emperra Atendimento*” no jornal Diário do Grande ABC, que, de certo modo, vai em encontro ao que os entrevistados expuseram. Esta matéria exhibe uma série de problemas de infraestrutura de saúde enfrentados por quatro municípios da região: Santo André, São Bernardo do Campo, Diadema e Mauá, à exceção de São Caetano do Sul. Trata-se de uma cadeia de problemas: a inexistência de local adequado para

receber milhares de pessoas que diariamente buscam nos setores de emergência dos hospitais públicos da região uma melhor atenção aos seus problemas de saúde e o tempo de espera por um atendimento que vem superando seis horas, levando em consideração a realização de todos os procedimentos.

Nota-se sinais evidentes de descaso com o cidadão, como por exemplo, no Centro Hospitalar Municipal (CHM) de Santo André, os pacientes que aguardam suas consultas dividem espaço com as macas que sustentam pacientes com diversos tipos de enfermidades. Em São Bernardo do Campo, o problema está na lentidão dos processos de consulta, medicação e realização de exames – devido ao baixo grau de capacitação dos profissionais que desempenham tais funções – e na infraestrutura precária das instalações do Pronto Socorro Central (PS Central). No Hospital Municipal de Diadema, o retrato não é muito distinto dos dois anteriores: atraso nos atendimentos dos pacientes e os pacientes compartilham a sala de espera com macas.

No Hospital Nardini, de Mauá, a situação é um pouco mais delicada, pelo fato de o hospital ser uma referência para os municípios tanto de Mauá, quanto de Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Nós percebe-se que seus problemas são semelhantes aos dos outros municípios. Esta preocupação fez a superintendente deste hospital pleitear R\$ 18 milhões ao Ministério da Saúde, que seriam destinados ao aprimoramento da infraestrutura predial e à renovação dos equipamentos. Na busca de justificar tal problema, verifica-se mais uma vez o problema comum à região, ou seja, demanda é muito maior do que o hospital pode absorver. Por dia circulam três mil pessoas no Pronto Socorro. Conhecendo a situação da atenção à saúde no Grande ABC, o caminho parece estar na ampliação do número de leitos da região, e para isso precisa-se de investimentos.

Contudo, as filas no setor de emergência nem sempre significam emergências; e tempo de espera também pode significar complexidade de procedimento necessário versus escassez de pessoal. Entretanto, Sanchez (2011) chama a atenção para o que há de mais aparente no “sistema”, mas não deixa de indicar fatores já expostos pelos entrevistados do nosso estudo. Constata-se que as explicações para filas e macas são duas: uma é a demanda crescente, oriunda de parte da população que perdeu o acesso aos planos privados de saúde na região; e outra devido aos recursos sempre defasados, porque percorrem um enorme circuito burocrático.

O Hospital Municipal de Emergências Albert Sabin, de São Caetano do Sul, vem na contramão dos quatro municípios, por dispor de recursos. Este entrevistado salienta que é um hospital que pode ser nivelado aos hospitais privados da região. Com áreas distribuídas, amplas salas de espera e com um tempo de espera de aproximadamente três horas para a

realização de todos os procedimentos: consulta, recebimento do medicamento e exames.

Um dos entrevistados salienta: “*enquanto os municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra não têm nem salas de espera, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de São Caetano do Sul tem pisos de porcelanato, com ar condicionado e tv de LCD nas salas de espera*”. Na busca de uma melhor qualidade na atenção à saúde, muitas pessoas têm vindo de diversas localidades, dentro e fora da região. São Caetano do Sul vem fazendo publicidade acerca da humanização nas políticas de saúde do município.

Estes problemas observados na assistência hospitalar do SUS no Grande ABC não parecem ser uma novidade para o Ministério da Saúde. Isto porque, em 2004, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicou “*Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro*”, em que reconheceu a ausência de políticas para o setor hospitalar e, conseqüentemente, da necessidade de se construir e implementar uma política que induza a uma reestruturação das instituições hospitalares, para responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional.

Certamente, o Grande ABC Paulista não se ateve ao diagnóstico que apontava cinco grandes problemas da rede hospitalar brasileira. Em primeiro lugar, à má distribuição de leitos e sua insuficiência relativa com concentração de leitos nas regiões sul e sudeste e nas cidades maiores de 100 mil habitantes. Em segundo, à baixa capacidade de gestão da rede hospitalar seja pública ou privada. Em terceiro, à inadequação dos mecanismos de alocação de recursos e mecanismos de auditoria, controle e avaliação frágeis. Em quarto, ao baixo grau de implementação de política de regionalização, de hierarquização e de implantação de mecanismos de referência. E, por último, ao grau insuficiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e em qualidade.

Tudo isto nos remete a pensar que os governantes municipais da região e o governo estadual “*adormeceram em um sono profundo*” por alguns anos e, infelizmente, os efeitos colaterais vêm se revelando como desastrosos à população dependente, ou quase que totalmente, dos serviços do SUS. No período, este documento já propunha uma nova concepção do papel da unidade hospitalar em um sistema integrado de serviços de saúde, em que sugeria repensar o tamanho dos hospitais e as funções que deveriam desempenhar no conjunto dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde (2006) já havia sinalizado estes problemas para as regiões metropolitanas de todo o país. Tal documento ainda reconhecia que a mudança de perfil epidemiológico da população com o crescimento da importância das

doenças crônicas degenerativas e dos problemas relacionados com a violência, em especial nos grandes centros urbanos – problemas estes que, a despeito de uma atenção básica eficiente, demandam serviços de tecnologia e pessoal capacitado.

7 INTEGRALIDADE DO SUS NO GRANDE ABC: OBJETIVO DOS GESTORES.

Estes acontecimentos que vêm ocorrendo no Grande ABC podem ser averiguados que o processo de descentralização do SUS tem sido diferente da experiência internacional graças à pequena autonomia conquistada pelos governos estaduais somada à forte municipalização do sistema na região.

Este cenário é prejudicial ao sistema por duas razões. Uma porque o papel que o estado poderia desempenhar, de equacionamento das relações entre financiamento, regulação e provisão dos serviços não vem acontecendo, e então não há uma referência regional para ajudar a operar o sistema, conforme recomendação das normas do SUS. A outra razão considera que se a configuração municipal fosse menos irracional e o critério de partilha favorecesse a equalização do acesso dos cidadãos aos bens e serviços priorizados pelas políticas de saúde, o arranjo federativo poderia acolher muito mais facilmente as políticas setoriais descentralizadoras e reforçá-las com recursos próprios dos municípios da região.

Estas disparidades evidenciadas entre os municípios da região não devem ser vistas como um empecilho para o aprimoramento da regionalização do SUS no Grande ABC, pelo contrário, é por conta delas que se faz cada vez mais necessária a readequação da regionalização do SUS na região. Da mesma maneira que não existirá regionalização da saúde sem o estado. É difícil pensar em regionalização sem a complementaridade do setor privado, principalmente numa região como o Grande ABC, com alta demanda e baixa oferta de serviços de saúde. É notório que a regionalização do SUS permanece muito vinculada à organização do sistema – acesso, infraestrutura, financiamento, programas, dentre outros fatores – o que leva a uma visão setorial da situação de saúde, restrita tão somente aos parâmetros epidemiológicos e de assistência.

Os profissionais do setor de saúde do Grande ABC devem compreender a regionalização numa concepção teórica que contribua para ampliar o debate sobre a relação entre saúde e território, superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação. Isto se deve ao fato de que o indivíduo que reside na região vivencia uma rotina dinâmica – e não estática – com os municípios. Por esta razão, muitas vezes o indivíduo vai buscar assistência e acolhimento, por exemplo, na unidade de saúde próxima ao seu local de trabalho em vez daquela próxima à sua residência.

Outra explicação para as filas e o tempo de espera nos setores de emergências dos hospitais públicos, conforme denúncia de Sanchez (2011).

Percebe-se que este conceito de regionalização parece estar mais claro para o indivíduo que vive na região do que aos gestores que elaboram políticas regionais de saúde. É necessário que ao conceberem um planejamento territorial de saúde, os gestores de saúde considerem uma articulação de políticas em torno de um projeto regional, embasado no Grande ABC em sua totalidade, não como um somatório de políticas setoriais isoladas, ou destinadas a uma dada localidade. Por mais que venha ocorrendo de forma isolada e desorganizada, a sociedade civil vem se manifestando acerca da situação de saúde no Grande ABC, até mesmo porque grande parte desta sociedade não compreende quais são os papéis atribuídos à regionalização do SUS, embora, a única coisa que eles esperam e desejam, é um sistema que funcione.

A regionalização deve ser encarada pelos gestores de saúde como um processo de pactuação política no âmbito do planejamento regional entre as esferas municipal, estadual e federal, solidarizando-se organizacionalmente pelos usos do território, sem deixar de considerar os fluxos dinamizados por racionalidades diversas. Deve ficar claro que a regionalização do SUS não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas sim, em acordos políticos embasados por informações que sejam coerentes e condizentes com a dinâmica de uso do território.

Ao “*olhar*” para o Grande ABC, logo se percebe, em Santos (1997), que a geografia local é formada por fixos e fluxos, onde os fixos correspondem aos diferentes objetos geográficos da região, como casas, escolas, empresas, bancos etc.; e os fluxos à sua função, suas atividades e regras existentes. Observa-se os diferentes atores do processo social, a construção de inter-relações entre diferentes atores e que a região encontra-se em permanente mudança. É um espaço dinâmico, vivo. Ao mesmo tempo em que a sociedade incide sobre a região, esta incide sobre a sociedade. Nesse sentido, a região não apresenta apenas os lugares estáticos ou as divisões fisicogeográficas. É ator no processo de construção da vida e das suas expressões no cotidiano.

Assim, são os fluxos que regulam o uso da região e dão vida aos objetos geográficos. No Grande ABC pode-se identificar uma área, uma população e instâncias de poder. A população se distribui na região de forma diferente segundo processos históricos, culturais, sociais e econômicos. Este fato pode ser conhecido através de indicadores de densidade geográfica.

Tem que admitir que a forma como a população se localiza no território relaciona-se ao seu modo de vida e às suas condições de saúde, nos quais

o conhecimento da região é de fundamental importância no planejamento e programação da atenção à saúde. Contudo, os gestores de saúde no Grande ABC precisam adequar – ou ajustar – na região um dos pilares da construção da “nova” prática sanitária da vigilância da saúde, que apresenta a concepção de região-processo.

Esta concepção transcende o entendimento da região como superfície-solo e as suas características geofísicas, para instituir-se como região de vida pulsante e de conflitos de interesses, que possibilitam ampliar o conhecimento epidemiológico e compatibilizar o desenvolvimento de ações de saúde. De certa maneira, a consolidação do processo de regionalização do sistema de saúde no Grande ABC passa pela identificação das necessidades de saúde e a distribuição espacial dos serviços e ações de saúde. Nesse contexto, devem-se considerar os fluxos em relação a eles, a partir da região como um todo, para que se consiga organizar uma rede de atenção à saúde consistente com vistas à integralidade.

No Grande ABC, a integralidade deveria ser o princípio norteador do sistema de saúde da região, tendo em vista mudanças das práticas de saúde no sentido de alcançar um atendimento integral, contemplando o direito à saúde. Nesse caso, os governantes de saúde da região precisariam dar uma atenção ao nível institucional, à organização, à articulação dos serviços de saúde e aos níveis das práticas dos profissionais de saúde.

Isto quer dizer que o sistema da região ainda concentra suas práticas de saúde muito mais na doença do que na saúde, propriamente dita. Integralidade pressupõe uma transformação e superação deste sistema dualista e da histórica dicotomia entre as ações de caráter curativo centrado nos hospitais e as ações de caráter preventivo, viabilizadas através dos postos, das unidades e dos centros de saúde.

Para os entrevistados da região a busca de uma maior integralidade do sistema regional de saúde da região do Grande ABC passaria pelo aprimoramento de quatro dimensões relacionadas a diferentes campos de intervenção. Cabe salientar que cada dimensão do conceito de integralidade corresponde a uma definição operacional, que constitui a base de organização de um instrumento que atende aos atributos relacionados aos campos de ação e relativo aos espaços das práticas que superam as dicotomias individual-coletivo e preventivo-coletivo:

- Primazia das ações de promoção e prevenção – campo político de definição de prioridades: corresponde à concepção que considera como de maior efetividade as ações de promoção e prevenção em saúde, devendo, portanto, ser o eixo condutor do modelo assistencial. Nesse caso, conceito operacional é a realização sustentada de ações de promoção e prevenção

garantidas por meio de ações intersetoriais, planejamento com participação social e recursos adequados;

- Garantia da atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica – campo da organização do sistema de gestão: é o conceito operacional da oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referências em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades e procedimentos nos distintos níveis de complexidade – baixa, média e alta – com fluxos e percursos definidos e ordenados, tendo em vista a compatibilidade com a demanda populacional no Grande ABC. Assim sendo, a organização da oferta deve considerar a hierarquização, proporcionada por fluxos bem definidos entre os diferentes níveis de complexidade e mecanismos de referência e contra-referências, além de regionalização que está relacionada à distribuição racional de recursos e articulação de serviços diferenciados por função, de modo a garantir economia de escala e facilitar o acesso;
- Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação – campo de gestão do sistema de atenção: remete ao conceito operacional de integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo das quatro Secretarias – Santo André, São Bernardo do Campo, Diadema e Mauá – e das três Diretorias Municipais de Saúde – São Caetano do Sul, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Pressupõe o planejamento e programação a partir da identificação de problemas prioritários, utilização de sistemas de informação que subsidiem a vigilância em saúde, formação e capacitação;
- Abordagem integral do indivíduo e famílias – campo do cuidado individual que diz respeito à realização de intervenções nas esferas biológica, psicológica e social, garantidas por meio de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, são fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há de se reconhecer que os municípios do Grande ABC estão tentando elaborar ações intersetoriais de promoção da saúde, voltadas para

formas de prevenção de riscos e proteção da saúde, no entanto, ainda seguem bastante tímidas. Ao problematizarem o modelo de saúde vigente, os seus custos, a complexidade do seu gerenciamento e a sua baixa resolutividade, os entrevistados das duas esferas veem no modelo de promoção da saúde uma possível saída para a crise do setor da saúde no Grande ABC. Uma outra justificativa para as filas e o tempo de espera nos setores de emergências dos hospitais públicos.

Atualmente, o sistema regional de saúde tem extremas dificuldades de assumir algumas responsabilidades apresentadas pelas normas do SUS. O fortalecimento das responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica tem várias frentes de enfrentamento, como a ausência de recursos para a saúde, o escasso financiamento do setor e as alocações indevidas.

Nesse processo de regionalização do SUS no Grande ABC, caberia efetuar mudanças, onde a atenção básica seja entendida em sua abrangência como enfoque da atenção integral, cujo objetivo é a produção social da saúde. Consta-se que as articulações e pactuações entre serviços e municípios devem ser conduzidas, com a participação da comunidade, desde a identificação do processo saúde-doença e análise dos seus determinantes até o estabelecimento dos mecanismos de intervenção e dos métodos de controle e avaliação.

Assim, quando nos referimos à determinação social do processo saúde-doença, quer-se instaurar os processos de trabalho que respondam por ela no âmbito das raízes dos problemas de saúde, do determinante, e também, no dos resultados, da saúde propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito à saúde do cidadão.

Muitas barreiras são enfrentadas para aprimorar o processo de regionalização do SUS no Grande ABC. Uma delas é a fragmentação da atenção à saúde em diversos serviços que atuam sob as diferentes lógicas operacionais e a desarticulação entre serviços da rede básica e de serviços de média e alta complexidade. É necessário reforçar e potencializar medidas envolvendo a organização dos sistemas local e regional, por meio de todos os envolvidos, visando à organização hierárquica da rede de serviços de saúde com maior autonomia e responsabilidade sanitária dos municípios.

Os entrevistados reconhecem que o Grande ABC é uma mesorregião de saúde, constituída por duas microrregiões de saúde, onde a primeira é constituída pelo ABCD e a segunda por Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Há uma divisão territorial na qual está “organizada” – ou desorganizada, segundo os entrevistados – uma rede de atenção à saúde. Mas, regionalizar é organizar esta rede no Grande ABC e, conseqüentemente,

regionalização é o ato de regionalizar, bem como de fazê-lo.

O Grande ABC – como uma região de saúde – deveria ser responsável primeiramente, por cumprir os objetivos, que seria identificar e divulgar os condicionantes da saúde; formular políticas de saúde – no campo econômico e social – visando a diminuir riscos de doença, bem como agravos; e assistir as pessoas por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; por exercer as funções de regular, fiscalizar, controlar e executar as ações e serviços de saúde; buscar seguir os princípios e diretrizes-técnicas assistenciais do SUS, além das técnicas-gerenciais; e organizar os serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. “Olhando” para estas responsabilidades, nota-se que a região ainda está longe de cumpri-las, uma vez que envolvem fatores econômicos e políticos que, embora não devessem estar dissociados, extrapolam o setor da saúde pública enquanto for concebido como setor de atenção estrito senso.

Para se consolidar, de fato, como uma região de saúde, o Grande ABC precisaria estabelecer conexões entre a oferta do serviço de saúde e a demanda que necessita desse serviço. Quando se pensa em operação em rede, não é possível pensar apenas em incentivar esta conexão bem definida do ponto de vista federativo entre os poderes federal, estadual e municipal. Também não implica apenas definir os precisos limites das tarefas, sem invasões – ou conflitos de fronteiras – entre os poderes de estado. É necessário “visualizar” a rede não apenas como um padrão de interação, mas como uma forma pela qual o serviço de saúde é planejado, concebido, produzido e oferecido a uma demanda carente e exigente por serviços de saúde de qualidade.

O processo que permite o passo além da simples interação entre as instâncias de poder, ou entre órgãos geograficamente dispersos na região, é o que entende o conceito de rede como uma linguagem de vínculos das relações sociais entre organizações. É aqui que reside a dificuldade, o ponto crítico reside em como convencer os diferentes atores das diferentes organizações, a dialogarem na mesma linguagem, suficientemente eficaz para constituir vínculos. Um dos grandes desafios de organizar uma rede de saúde está em estabelecer modalidades de gerências capazes de articular os objetivos comuns.

É importante identificar aptidões essenciais para a gerência em rede, baseados em um tripé. O primeiro é a descoberta de pessoas e recursos necessários para alcançar os objetivos da rede. Em seguida, criar compromissos comuns entre os integrantes da rede; e, por fim, desenvolver um ambiente que incentive a integração; como destacam os entrevistados. Portanto, a identificação desses comportamentos é, de fato, a base de um cotidiano operacional “em rede”, mas é insuficiente para

estabelecer modalidades de gerência aptas a exercerem objetivos integrados. Ademais, a questão essencial está na incorporação de diferentes atores no processo decisório das políticas de saúde, em que tal incorporação depende da forma de planejamento e participação na gestão de saúde.

Tem-se que concordar que a interação entre o planejamento e a participação nunca foi processo de fácil condução no Grande ABC. A implantação do SUS demonstrou que o conceito de gestão participativa foi capaz de dar conta, no contexto operacional, de inclusão de novos atores no ambiente da saúde pública. É fato também que a instituição dos conselhos municipais e locais de saúde representou uma estratégia essencial para promover participação na gestão.

Enfim, a fiscalização do serviço prestado pelos agentes locais democratizou até certo ponto as decisões sobre aplicação de recursos e efetivou a descentralização alcançada pelo SUS. Em contrapartida, esse processo foi insuficiente para incentivar a participação na elaboração – e nas decisões – da macropolítica de saúde pública. Portanto, a incorporação de novos atores no efetivo processo decisório em saúde no Grande ABC depende, atualmente, da capacidade sistêmica de assimilar o conceito de planejamento participativo e integrado.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Decreto nº 7508, de junho de 2011. Brasília – DF, 2011.
- Cardoso, W. Santa Casa de Mauá Sofre Corte no Atendimento. *Jornal Diário do Grande ABC*, Santo André, 8 nov. 2008, Caderno Setecidades, disponível em: <www.dgabc.com.br/News/1068146/santa-casa-de-maua-sofre-corte-no-atendimento.aspx> Acesso em: 12 abr. 2009.
- Guimarães, R. B. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul/ago. 2005.
- 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, ano 29, v. 29, n. 1, janeiro-março, p. 26-34, 2005.
- Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12/06/2002 – 1ª Parte. Parâmetros de Cobertura Assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), n. 112, seção 1, 2002.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização Solidária e Cooperativa: Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Brasília, 2006.
- Munhoz, F. Consórcio Cobra Mais Investimentos na Saúde. *Jornal Diário do Grande ABC*, Santo André, 5 mar. 2011, Caderno Setecidades, disponível em: <www.dgabc.com.br/News/5870560/consorcio-cobra-mais-investimentos-na-saude.aspx> Acesso em 10 abr. 2011.
- Pestana, M.; Mendes, E. V. Pacto de Gestão: Da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria da Saúde, 2004.
- Ribeiro, J. M.; Costa, N. R. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Os consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, dezembro, 2000.
- Sanches, M. Falta de Estrutura de Atendimento. *Jornal Diário do Grande ABC*, Santo André, 17 abr. 2011, Caderno Setecidades, disponível em: <www.dgabc.com.br/News/5879615/falta-de-estrutura-emperra-atendimento.aspx> Acesso em: 10 mai. 2011.
- Santos, M. *Metamorfoses do Espaço Habitado*. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Santos, N. R. Territorialização e Regionalização. Texto para Discussão Interna do Grupo de Discussão sobre a Regionalização. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília, 2004.
- Silva, E.C., Gomes, M. H. A. Regiões de Saúde: O Reconhecimento de um Espaço Privilegiado para as Ações do SUS. In: *Global Fórum América Latina*, Curitiba – PR, anais 2009.