

Temas em Saúde Coletiva

5

Gestão Regional do SUS-São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão

**Luíza S. Heimann
Iracema E. N. Castro
Virginia Junqueira
Lauro C. Ibanhes
Olinda C. Luiz
Jorge Kayano
Telma Ruth Pereira
Jucilene L. da Rocha
Roberta C. Boaretto
Adriana G. Pacheco
Carlos T. Cortizo
Emílio Telesi Jr.
Maria de Deus O. Alves
Anna Volochko
Fábio S. dos Santos**

Temas em Saúde Coletiva

5

**Gestão Regional
do SUS - São Paulo:**
rumo ao Pacto de Gestão

Instituto de Saúde

2007

São Paulo

Temas em Saúde Coletiva 5

Gestão Regional do SUS - São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão

ISBN 85-88169-01-0 Coleção temas em Saúde coletiva

ISBN 978-85-88169-09-8 Gestão Regional do SUS - São Paulo: rumo
ao pacto de gestão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Elaborado por: Carmen Campos Arias Paulenas

Heimann, Luiza S., Castro, Iracema E.N., Junqueira, Virginia, Ibanhes, Lauro C., Luiz, Olinda C., Kayano, Jorge, Pereira, Telma R., Rocha, Jucilene L., Boaretto, Roberta C., Pacheco, Adriana G., Cortizo, Carlos T., Telesi Jr., Emílio, Alves, Maria de Deus O., Volochko, Anna e Santos, Fábio S. Paulo: Instituto de Saúde, 2007.

Gestão Regional do Sus-São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão
116 p. (Temas em Saúde Coletiva 5)

1. Avaliação em Saúde, 2. Pacto de Gestão, 3. Planejamento, 4.
Governança, 5. Regionalização, 6. SUS-São Paulo

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio 590 - Bela Vista

São Paulo - SP cep: 01314-000

www.isaude.sp.gov.br

Temas em Saúde Coletiva 5
Gestão Regional do SUS - São Paulo:
rumo ao Pacto de Gestão

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:

Luiz Roberto B. Barata

**Coodenadora de Ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos em Saúde:**

Maria Iracema Guillaumon Leonardi

Diretor do Instituto de Saúde:

Otávio Azevedo Mercadante

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde:

Cláudia Valencia Montero

Comissão Editorial:

Lenise Mondini

Marisa Feffermann

Olga Sofia F. Alves

Regina Figueiredo

Silvia Bastos

Revisão:

Mona Calil Cury

Capa:

Flaviano M. L. Araújo

Editoração, CTP, Impressão e Acabamento:

Imprensa Oficial do Estado de São Paulo

Autores:

Luiza S. Heimann

Iracema E. N. Castro

Virginia Junqueira

Lauro C. Ibanhes

Olinda C. Luiz

Jorge Kayano

Telma Ruth Pereira

Jucilene L. da Rocha

Roberta C. Boaretto

Adriana G. Pacheco

Carlos T. Cortizo

Emílio Telesi Jr.

Maria de Deus O. Alves

Anna Volochko

Fábio S. dos Santos

Sumário

Apresentação	07
Introdução	11
1 – Definição dos Termos	13
1.1 - Atenção Básica.....	13
1.2 - Regionalização na Saúde.....	14
1.3 - Regionalização e o Pacto pela Saúde	19
1.4 - Regionalização e Planejamento no Pacto pela Saúde.....	22
2 – Categorias de Análise	29
2.1 - Equidade.....	29
2.2 - Governança	38
2.3 - Integralidade.....	42
3 - Objetivos	47
4 - Material e Método	49
5 - Resultados	51
5.1 - Material Documental.....	51
Comissão Intergestores Tripartite – CIT	51
Comissão Intergestores Bipartite – CIB	56
Conselho Estadual de Saúde – CES.....	58
Normatizações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP e do Governo do Estado de São Paulo para o setor saúde	62
Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo 2008 – 2011	69
5.2 - Relatórios de observação das Oficinas Regionais para elaboração do Plano Estadual de Saúde	75
5.3 - Resultados das entrevistas com diretor do DRS	81
5.4 - Resultados das entrevistas com Secretário Municipal de Saúde - representante regional do COSEMS/SP	92
6 - Discussão	97
Considerações Finais	107
Bibliografia	109

Apresentação

A produção do conhecimento como instrumento de planejamento e transparência na gestão pública

Em 2005 o Instituto de Saúde passou por um processo de reorganização institucional, que teve por objetivo definir, no atual contexto do Sistema Único de Saúde, a missão, os objetivos e uma nova estrutura organizacional. A ampliação dos espaços críticos para avaliar políticas e estratégias de saúde, voltadas à efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso, foi um dos principais aspectos ressaltados. Com esta finalidade, o Instituto de Saúde incorporou a atribuição de elaborar e executar um amplo programa de pesquisa na área da atenção básica, que foi financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial, no contexto do Acordo de Empréstimo para a Expansão e Consolidação do Saúde da Família no Brasil (PROESF).

O projeto se propunha, entre outros objetivos, a compreender o papel do gestor estadual na organização de sistemas regionais de saúde, tendo como referência as necessidades e demandas da população, a consolidação de instâncias de articulação dos atores que atuam na construção do SUS e os processos de planejamento e de participação social. É nesse esforço que se insere a publicação “Gestão regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão”, uma contribuição do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde àqueles que têm perguntas e buscam respostas sobre o sistema de saúde em São Paulo.

Os autores, a partir de uma pesquisa realizada em 2007, sobre o processo de implantação do Pacto pela Saúde no estado de São Paulo, refletindo, especificamente, acerca das iniciativas para a constituição das (micro) regiões de saúde, traduzem o que, talvez, possamos denominar de uma das principais inquietudes na produção do conhecimento na área de políticas de saúde: a de buscar as racionalidades e intencionalidades que norteiam a atuação dos atores no fazer saúde e a construção das instituições.

Para tanto, analisam, por meio de atas, resoluções, decretos e outros documentos, as discussões e decisões que ocorreram no âmbito das instâncias

do Sistema Único de Saúde em São Paulo durante os anos de 2006 e 2007, no que se refere aos processos de planejamento e de constituição dos sistemas de saúde descentralizados.

Analisam, na ótica dos gestores regionais e municipais, os processos e os critérios utilizados para a definição das novas (micro) regiões de saúde do estado de São Paulo, a disponibilidade e o uso das informações para o planejamento local, a estrutura física e técnica regional dirigida à gestão do SUS, a capacidade de gestores para elaborar uma análise sobre a desigualdade intra-regional e, fundamentalmente, de intervir na realidade para organizar o acesso integral e a equânime à saúde.

Os temas são apresentados e analisados a partir de uma extensa revisão da literatura na área, o que contribui para tornar inteligível ao leitor os conceitos e as diretrizes que têm norteado a implementação do SUS e do Pacto pela Saúde na atualidade. Com isso, revisitando a bibliografia sobre regionalização, governança, equidade e planejamento em saúde, os autores contribuem para estabelecer a inter-relação entre os conceitos teóricos e o fazer a política de saúde.

Como resultado, as páginas desta publicação constituem-se em um esforço de dar a necessária transparência às decisões da gestão e aos processos de criação e consolidação dos sistemas regionais de saúde. Entre estes resultados é possível avaliar a ausência de sinergia entre as deliberações e discussões adotadas no âmbito federal, por meio da instância colegiada que reúne os três níveis de gestão, e a Comissão Bipartite do estado de São Paulo. Mais do que denotar as diferenças de tempo e de estratégias adotadas em cada nível de governo para a formulação de políticas e de estratégias operacionais de organização do sistema, a pesquisa contribui para denotar os desafios brasileiros de articular e integrar os sistemas de saúde existentes nos três níveis de governo, em uma única estrutura, capaz de garantir a integralidade da atenção ao cidadão, independente do município ou estado que resida.

Estes mesmos desafios são também evidenciados na análise da relação existente entre os gestores e o conselho de saúde. Os autores não deixam dúvida de que o processo de controle social pressupõe um pacto entre governo e sociedade civil, para que se estabeleçam sistemáticas de construção de políticas compartilhadas e voltadas à resolução dos problemas identificados em âmbito coletivo. Implica, para tanto, no reconhecimento dos gestores de que a legitimidade nos processos democráticos representativos ocorre por meio de atos contínuos, que conferem sustentação político-social aos processos decisórios e à implementação de políticas públicas.

Posto de outra forma, busca-se ressaltar que, a efetivação do processo participativo ocorre na mesma proporção da priorização e do respeito que o estado e seus gestores conferem aos mecanismos voltados para promover a articulação entre os atores e o estabelecimento de acordos sociais, assim como da capacidade que os movimentos sociais possuem para formular políticas públicas e manipular instrumentos e informações do estado. Quebrados estes elos, as instâncias de participação social tendem a assumir um caráter pouco estratégico e muito burocrático, expressando um estado com elementos autoritários e um movimento social que se esgota em um exercício meramente reivindicatório, legítimos para a prática do ativismo, mas insuficientes para a construção de respostas públicas.

A fragilidade do processo de participação social no estado de São Paulo tornou-se notório, inclusive, pela ausência de participação, nas oficinas regionais de formulação do plano de saúde e a constituição das (micro) regiões, dos usuários, prestadores de serviços, trabalhadores, universidades, entre outros. Oportunidade de superação e de fortalecimento da participação social serão a implantação e o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional.

Por outro lado, os autores demonstram as potencialidades que a construção de um processo de discussão solidário e cooperativo entre gestores estadual, regional e municipal tem na efetivação de sistemas de saúde voltados para a superação das desigualdades dadas pelas condições e situação de saúde. Para tanto, os autores ressaltam, entre outros aspectos, a necessidade de aprimorar e homogeneizar a compreensão de conceitos que foram empregados em alguns dos processos de regionalização analisados, fundamentando-os, não na oferta tecnológica, de serviços e dos níveis de complexidade existentes, mas na noção de um espaço produzido nas relações sociais, culturais e econômicas. A adoção desse princípio permitirá a organização do sistema de saúde pautado nas necessidades de saúde da população, com ênfase para aquelas que apresentam maior vulnerabilidade social.

A discussão realizada, nesse contexto, é uma importante contribuição, especialmente quando consideramos que se trata de uma das primeiras investigações que avaliam a implantação do Pacto pela Saúde no país, refletindo sobre os processos de planejamento empregados e os desafios conceituais e operacionais existentes para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Leitura imprescindível aos atores que atuam na área de saúde.

Alexandre Grangeiro

Introdução

O Instituto de Saúde – SES/SP – realizou em 2006 uma ampla consulta entre gestores e pesquisadores para a elaboração da Agenda de Pesquisa sobre Atenção Básica como uma das atividades previstas no componente 3 do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. Dentre distintos temas, o planejamento e a programação em saúde emergiram como prioridades.

Este projeto teve por objetivo analisar o processo de planejamento regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo, segundo as diretrizes do Pacto de Gestão.

Inicialmente, procurou-se identificar a forma como foi realizado o planejamento regional no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP – e seu potencial catalisador da ação municipal, durante o período compreendido entre julho de 2006 e julho de 2007. Insere-se, portanto, no contexto da elaboração do Plano Estadual de Saúde – período de 2008 a 2011.

O Pacto pela Saúde é resultado de um trabalho conjunto que envolveu áreas do Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS – e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS. Foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT- em 26 de janeiro de 2006 e na reunião de 09 de fevereiro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde, baseado nos princípios constitucionais e nas necessidades de saúde da população, surgiu na perspectiva de superar dificuldades apontadas pelos gestores do SUS. Isto implicou na definição de prioridades articuladas e integradas entre seus componentes, quais sejam: o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e o Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida diz respeito ao compromisso entre os gestores do SUS sobre os problemas de saúde prioritários que afetam a população brasileira. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema em relação à Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. O Pacto em Defesa do SUS, por sua vez, expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, com a repolitização da saúde, a promoção da cidadania e a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do SUS, por meio da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 – EC 29 (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde define responsabilidades sanitárias para cada nível de gestão. Assim, os gestores estadual e regionais de saúde devem participar de espaços de pactuação denominados *Colegiados de Gestão Regional*, cumprindo obrigações técnicas e financeiras de acordo com o planejamento regional. Além disso, devem participar no desenvolvimento dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido nos planos de saúde estadual e municipais, planos diretores de regionalização e plano regional de investimento.

A região de saúde deve responder às necessidades de saúde de sua população, organizando o sistema regional nos diferentes níveis de complexidade a partir da Atenção Básica. Tomando-se esta última como eixo para reorganização do sistema, faz-se necessário aprofundar o conceito, bem como o de regionalização e sua implicação no planejamento em saúde.

Este trabalho enfocou particularmente aspectos do Pacto de Gestão, enquanto os Pactos em Defesa do SUS e pela Vida permanecem como referências mais abrangentes da Política de Saúde.

1 – Definição dos Termos

1.1 - Atenção Básica

O conceito de atenção básica ou primária ganhou espaço internacional na Conferência Internacional de Alma Ata (1978) como estratégia de extensão de cobertura para populações com acesso precário aos serviços de saúde. Posteriormente passou a ser compreendida como a “base da pirâmide assistencial”, da organização de serviços, como “primeiro contato” do usuário com uma rede hierarquizada de assistência à saúde. Atualmente, atinge o *status* de um conjunto estratégico de intervenções de saúde, de caráter individual e coletivo, com alto potencial de reorientar as ações de saúde no âmbito de sistemas de saúde públicos e privados, tanto no Brasil, como no exterior (AKERMAN e LUIZ, 2004).

Em 2006, a definição de Atenção Básica adotada pelo SUS foi:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assim, a atenção básica constitui-se como uma estratégia de reorientação de todo o sistema, buscando, inclusive, diálogos intersetoriais. A reorientação do modelo de atenção à saúde é necessária para superar as limitações de resolutividade dos sistemas nacionais de saúde e do agravamento da situação de saúde das populações. A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, por exemplo, reconhece que:

“(…) a situação sanitária dos países da Região das Américas, em 1995, foi o resultado de ajustes econômicos e sociais complexos que levaram vários segmentos da população ainda mais à pobreza. Esta situação, por sua vez, se traduziu em grandes disparidades nas condições de saúde de diferentes países e grupos da população: os países da América Latina e do Caribe apresentam uma das maiores taxas de desigualdade social do mundo” (OPAS, 1999, p. 1, tradução livre).

Além da reorganização dos sistemas regionais de saúde a partir da atenção básica, entende-se que a regionalização é um processo inerente à reorganização do modelo de atenção, especialmente se considerada a necessidade do enfrentamento das desigualdades em saúde. Assim, passaremos a discutir adiante o conceito de regionalização.

1.2 - Regionalização na Saúde

Foi realizado um breve levantamento sobre o conceito de regionalização na saúde a partir de pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados indexadas nacionais, na Legislação e no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b) ¹.

A regionalização pode ser considerada um tema clássico e recorrente no campo da gestão pública (TONI e KLARMANN, 2002), especialmente na área da saúde. Alguns autores pesquisados (GUIMARÃES, 2005; MEDRONHO, 1995; TONI e KLARMANN, 2002) trabalham com uma proposta de regionalização que não se restringe a uma delimitação geográfica física. Pode-se dizer que eles trabalham de acordo com os princípios do SUS, ou seja, considerando a regionalização como um

¹ A busca foi realizada no www.scielo.br, no acervo de publicações da USP, incluindo livros, dissertações e teses, e outros endereços eletrônicos como www.ipea.gov.br, www.saude.gov.br e www.fiocruz.br.

processo que envolve a hierarquização, participação, descentralização, bem como a intersetorialidade e a pactuação entre diferentes atores (gestores e usuários, dentre outros), contemplando as heterogeneidades locais e o perfil epidemiológico da população.

A partir da articulação de conceitos da Geografia com aspectos relevantes à área da Saúde, observou-se a necessidade de definir *espaço*, *região* ou *ambiente*, o que demandou a realização de um seminário com este fim específico². Dentre as várias concepções, muitas são relacionadas à questão das desigualdades e da organização social do espaço. Na saúde foram identificadas noções, pressupostos e conceitos da determinação social do processo saúde-doença e a maneira como se expressa espacialmente, configurando-se em regiões.

De acordo com GUIMARÃES (2005), a maneira como se aborda o conceito de *região* e a construção histórica do mesmo influencia a proposta de regionalização do setor saúde, pois a “ação do Estado no ordenamento territorial do país deixou um legado que deverá ser considerado por qualquer política pública e em todo processo de regionalização” (p. 1018).

O conceito de *região* proposto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, por exemplo, ainda na década de 1940, trouxe um viés que permeia as normatizações até os dias de hoje. Esse conceito trata *região* como algo natural que não pode ser escolhida arbitrariamente, precisando obedecer a uma disposição determinada pela natureza, de modo que cada uma apresente unidade, resultante da correlação entre os diversos fatos geográficos que nelas se observem (GUIMARÃES, 2005).

Para além desse conceito, a divisão regional no Brasil vem sendo trabalhada com uma noção híbrida, que considera a região: como uma evidência empírica, passível de mapeamento e identificação na paisagem e nas realidades físicas e culturais; e como uma construção intelectual, segundo objetivos traçados pelos pesquisadores que a definem. Ainda para o censo de 2000, a divisão regional usada pelo IBGE concebia implicitamente a região como:

2 Seminário “O olhar da Geografia sobre a Saúde”, organizado pelo NISIS, realizado em 09 de maio de 2006, São Paulo/SP.

“uma unidade espacial de intervenção e ação do Estado, cabendo ao planejador reconhecê-la, descrevê-la, tornar claros os seus limites. Concebe ainda, a totalidade espacial como um somatório das partes, abstraindo-se as variáveis mais significativas para a identificação de suas características mais homogêneas.” (GUIMARÃES, 2005, p. 1021).

Na legislação da saúde observa-se que a regionalização aparece como pressuposto para a construção do SUS. Na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198 vemos que:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.” (BRASIL, 1988).

Isso mostra a vinculação entre o processo de regionalização e a descentralização, integralidade e participação.

Na NOB 01/93, por sua vez, a regionalização é compreendida como

“uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.” (BRASIL, 2006b, p. 12).

Nos dois textos pode-se observar que *região* não é conceituada unicamente como espaço físico, mas contemplando as diferenças regionais, as desigualdades sociais e a situação de saúde da população.

Na NOB 01/96 houve pouca ênfase à regionalização. Apesar disso, ela estabelece instrumentos de planejamento para a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e também para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), que deveria ocorrer de modo ascendente e com base municipal.

De acordo com a NOAS 01/2001 e a NOAS 01/2002, a regionalização contemplaria uma proposta de promover a equidade na alocação de

recursos e no acesso da população aos serviços. Além disso, estabeleceu estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde e introduziu a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, de acordo com a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR (BRASIL, 2006b). O conceito de *região* presente na NOAS refere-se à

“base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.” (BRASIL, 2001, p. 35).

A partir disso, o papel do âmbito estadual passou a ser fundamental, uma vez que ele deveria conduzir o processo de regionalização. De acordo com GUIMARÃES (2005):

“a região de saúde concebida na NOAS sugere a delimitação de um espaço contínuo, que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação, e cuja lógica é determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-sede, com um raio de abrangência de outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações urbanas, envolvendo um conceito operacional com vistas à intervenção dos planejadores.” (p. 1018).

A crítica a este conceito reside na sua aplicação, uma vez que

“os PDRs formulados por meio desta norma não conseguiram oferecer referenciais seguros para orientar o perfil e a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde, desde as mais simples unidades básicas de saúde às unidades hospitalares e laboratoriais mais complexas, uma vez que o perfil das necessidades e prioridades de saúde da população não deve ser determinado apenas pelas demandas dos prestadores

de serviços. Muito mais do que isso, é preciso considerar as informações epidemiológicas mais relevantes que podem diferenciar as regiões do país, bem como as reivindicações da população, encaminhadas pelas entidades que representam os usuários nos Conselhos de Saúde” (GUIMARÃES, 2005, p. 1018).

De acordo com essa concepção de região e os entraves para a consolidação da regionalização no SUS, o autor propõe que a divisão regional da política de saúde do Brasil expresse a pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor, com base na diversidade de situações, arranjos e alternativas que estão sendo construídos pela sociedade para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Essa visão coincide com o proposto no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e significa que um processo de regionalização não ocorre sem disputa política, podendo se constituir como espaço de negociação e de esforços necessários para a concretização do SUS, ou seja, “as fronteiras de região marcam, portanto, uma disputa social pelo lugar em torno do qual o poder é exercido e contestado” (GUIMARÃES, 2005, p. 1022).

Partindo dessa concepção de *região*, questões sociais anteriormente relegadas ganham relevância regional, mesmo que não impliquem necessariamente em fenômenos inscritos naquele espaço físico. Isso mostra que as características de um processo de regionalização fazem com que o território concebido e, ao mesmo tempo, em processo de construção por uma política de saúde seja mais do que a simples extensão territorial dos municípios brasileiros.

Uma outra forma de entender o conceito de regionalização pode ser encontrada em TONI e KLARMANN (2002), que partem de uma experiência de regionalização no Rio Grande do Sul. Segundo os autores, *região* pode ser classificada de três formas:

- a) homogênea, que seriam regiões semelhantes segundo condições de vida e problemas diversos;
- b) polarizada, baseada mais no modo de articulação e das tensões entre os pólos do que na delimitação das fronteiras regionais; e
- c) de planejamento, onde se utilizam critérios políticos e administrativos.

Além de detalhar o conceito de região, autores como MEDRONHO (1995) mostram a importância de utilizar instrumentos adequados para elaborar o planejamento e, conseqüentemente, partir para a regionalização redirecionando as ações e serviços de saúde segundo as necessidades da população.

1.3 - Regionalização e o Pacto pela Saúde

A seguir serão apresentados os principais pontos da regionalização presentes no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). Considerada uma estratégia para a conformação de sistemas de saúde efetivos, ela orienta a forma de descentralização das ações e serviços. O Pacto mostra a vinculação entre descentralização e regionalização; sendo que o grande desafio para sua implantação é superar as desigualdades presentes nos e entre os municípios.

De acordo com a literatura, a regionalização tem sido reduzida muitas vezes à simples normatização, sem que seu processo fosse efetivamente político. É importante ressaltar que, no Pacto, ela assume status de estratégia imprescindível para a governabilidade, tanto no que se refere ao desenvolvimento sócio-econômico quanto na redução das desigualdades, além de promover o acesso da população a ações e serviços de saúde.

Os pressupostos da Regionalização, de acordo com o Pacto são: Territorialização; Flexibilidade; Cooperação; Co-gestão; Financiamento Solidário; Participação e Controle Social.

Os objetivos gerais da Regionalização são:

- *Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal.*

- *Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.*

- *Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras*

e para que as demandas e interesses loco regionais se expressem nas regiões (e não fora delas).

• *Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional*” (BRASIL, 2006b, p. 19).

As secretarias estaduais e o COSEMS possuem papel central na coordenação da regionalização (BRASIL, 2006b), no sentido de se alcançar os desenhos das regiões de saúde e os modelos de atenção mais adequados à população de cada região. O Plano de Desenvolvimento Regional – PDR – deve refletir as decisões tomadas no processo de regionalização e as mudanças necessárias na estrutura existente.

A região deve ser definida a partir de critérios que a tornem resolutive, isto é:

“com suficiência em atenção básica e parte da média complexidade. Caso esse nível de suficiência ainda não tenha se estabelecido na região, deve ser elaborada uma estratégia para o seu alcance, explicitada no planejamento regional realizado pelo Colegiado Gestor Regional (CGR) e nos Planos de Saúde dos estados e dos municípios que compõem a região. A definição dos investimentos necessários deverá estar expressa e acompanhada de cronograma no Plano Diretor de Investimento (PDI) do(s) estado(s)” (BRASIL, 2006b, p. 22).

A organização da média complexidade na Região de Saúde deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sempre considerando a “realidade da região e do estado. Em estados com maior adensamento tecnológico, também a alta complexidade pode estar contemplada em uma Região de Saúde” (idem, ibidem).

A regionalização, ainda de acordo com o Pacto, permite estabelecer **regiões** e **macrorregiões** de saúde. As macrorregiões agregam mais de uma região com o objetivo de que elas organizem entre si a média e alta complexidade. Os desenhos das macrorregiões devem constar do PDR do estado.

As regiões de saúde, por sua vez:

“são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transportes e saúde” (BRASIL, 2006b, p. 23).

Os níveis de atenção a serem garantidos dentro da conformação da região de saúde são a atenção básica, *parte* da média complexidade e ações básicas de vigilância em saúde. O desenho dessa região deve ser adequado às diversidades locais e pode assumir diferentes formas, inclusive sendo diferentes das divisões administrativas regionais. O texto do Pacto ainda enfatiza: “A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo” (BRASIL, 2006b, p. 23).

O Pacto estabelece quatro desenhos possíveis de divisões regionais:

1. Regiões de Saúde Intramunicipais: organizadas dentro de um município de grande extensão territorial e densidade populacional. Para reconhecer essa região, o gestor de saúde municipal identifica e informa à CIB sobre a organização de uma ou mais Região de Saúde, envolvendo mais de um Distrito Sanitário dentro de seu território municipal. A CIB faz o reconhecimento da mesma e informa à CIT e ao Ministério da Saúde sobre a constituição da Região de Saúde Intramunicipal, para fins de acompanhamento.

2. Regiões de Saúde Intraestaduais: compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado, é a situação mais comum na organização das regiões de saúde. Para reconhecer essa região, os gestores municipais e o gestor estadual identificam a Região de Saúde situada nos limites geográficos de um único estado e formam seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa sobre sua criação à CIB, que se encarregará de reconhecê-la e de informar o fato à CIT e ao Ministério da Saúde, para que façam o acompanhamento.

3. Regiões de Saúde Interestaduais: compostas por municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes (dois ou mais). Para reconhecer essa região, os gestores de municípios situados em dois ou mais estados com os gestores estaduais identificam a Região

de Saúde e formam seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa às respectivas CIBs sobre a organização da nova Região de Saúde Interestadual. As CIBs a reconhecem comunicando o fato à CIT e ao Ministério da Saúde, para que façam o acompanhamento.

4. Regiões de Saúde Fronteiriças: compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um ou mais estados e um ou mais país(es) vizinho(s). Para reconhecer essas regiões, os gestores de municípios, de estados situados na fronteira com outros países, junto com o gestor federal identificam a Região de Saúde e formam seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa a(s) respectiva(s) CIBs e a CIT para que ambas reconheçam e informem ao Ministério da Saúde para que este faça o acompanhamento da nova Região de Saúde Fronteiriça.

1.4 - Regionalização e Planejamento no Pacto pela Saúde

O Pacto, ao se referir ao planejamento, enfatiza a necessidade deste se basear em indicadores sociais e epidemiológicos e de fomentar ações embasadas nas concepções de território, risco e situação de saúde, além de compatibilizar economia de escala com equidade no acesso.

Os objetivos do planejamento regional devem ser revistos periodicamente e, mais que uma exigência formal, ele traduz as:

“responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde, deixando patente a necessidade de articulação entre os processos de Regulação e de Programação Pactuada e Integrada em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com o Plano Diretor de Investimento (PDI)” (BRASIL, 2006b, p. 27).

O PDR, PDI e a PPI são os *instrumentos* para o planejamento na regionalização. De acordo com o Pacto, cada um destes instrumentos pode conter:

1. Plano Diretor de Regionalização (PDR):

- a caracterização do estado;
- a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas;

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

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

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

3. Programação Pactuada Integrada (PPI): é parte do processo de planejamento, em que se definem e quantificam as ações de saúde para atendimento das populações residentes nos territórios, efetivando os pactos

intergestores para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. A PPI norteia a alocação dos recursos financeiros a partir dos critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Neste instrumento, os gestores explicitam os “pactos de referência” pelos quais um município atende a população de outro município da Região de Saúde, detalhando os recursos destinados ao atendimento de sua própria população e da população a ele referenciada.

O Colegiado de Gestão Regional – CGR – é o mecanismo que os gestores devem utilizar no processo da regionalização. Este é um “espaço privilegiado para o desenvolvimento das atividades que, se implementadas adequadamente, contribuirão para o cumprimento dos compromissos acordados” (BRASIL, 2006b, p. 28). Pode ser considerado um espaço permanente de “pactuação e co-gestão solidária” para que se apliquem os princípios do SUS. As decisões desse colegiado devem ocorrer por **consenso**, pressupondo o envolvimento e o comprometimento de todos com os compromissos pactuados.

O CGR é composto por **todos os gestores** municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por **representantes** do(s) gestor(es) estadual(ais).

“Nas Regiões de Saúde de Fronteiras, o gestor federal também deverá compor o Colegiado. Nos estados onde já funcionam Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIB-R) constituídas por representação, não sendo possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios ao Colegiado Regional, deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, prevendo a inclusão de todos o gestores e o pleno funcionamento do CGR” (BRASIL, 2006b, p. 36).

A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na CIB. Os CGRs devem ter Câmaras Técnicas Permanentes e/ou Grupos de Trabalhos, integrados por técnicos das secretarias estaduais e municipais de Saúde, para subsidiar as discussões. Além disso, deve organizar uma “agenda regular e freqüente de reuniões” (BRASIL, 2006b, p. 36), articulada com a agenda da CIB. Assuntos prioritários no CGR deverão ser pactuados na CIB. Da mesma forma, o CGR deverá ter um regimento próprio, elaborado em consonância com suas competências, sem concorrer, sobrepor ou superpor funções com a CIB.

De acordo com o Pacto, algumas ações relevantes devem compor as agendas dos CGRs (p. 37):

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

Outro ponto destacado no Pacto são as responsabilidades dos gestores. O primeiro desafio estabelecido para os gestores das três esferas é o de qualificar a atenção à saúde. O compromisso assumido pelos gestores por ocasião da formulação do Pacto refere-se a responsabilidades organizadas em sete eixos: responsabilidades gerais de gestão do SUS; na regionalização; no planejamento e programação; na regulação, controle, avaliação e auditoria do sistema; na gestão do trabalho; na educação em saúde; na ampliação da participação e do controle social.

Além disso, foram estabelecidas no Pacto responsabilidades de cada nível de gestão do SUS para a regionalização, das quais destacaremos o nível estadual:

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

Os pontos essenciais previstos no Pacto de Gestão para o planejamento são:

- adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

•cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

O Pacto preconiza um planejamento constante que envolve a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços e o reconhecimento do espaço, considerando a população e seu fluxo.

No entanto, as delimitações administrativas de um espaço físico encontram um território

“marcado pelas relações de poder, em qualquer nível e pelos modos de produção que o caracteriza. O poder é intrínseco a toda relação social e ocorre em qualquer um dos níveis de agregação e desagregação territorial e em qualquer uma das relações humanas que se estabelecem nos territórios” (BARCELLOS et al, 2006).

Neste processo, destaca-se também a:

“dificuldade de estabelecer uma estrutura de gestão e planejamento permanente no nível microrregional, de consolidar instâncias colegiadas de articulação dos municípios da área e de garantir a continuidade de uma política de suporte das Secretarias de Estado da Saúde” (ARTMANN e RIVERA, 2005, p.29).

Apresentados os principais pontos do Pacto pela Saúde, referência da pesquisa em seus aspectos relacionados à regionalização e planejamento, cabe dizer que a operacionalização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS e a organização do sistema e dos serviços devem estar orientadas por políticas públicas que:

“devem ser apreciadas pela sua capacidade de concretizar direitos sociais, pela solidariedade e responsabilidade coletiva, em oposição à mercantilização de serviços” (LAURELL, 1997, p.85).

Para compreender os desafios postos – as rivalidades políticas, a cultura patrimonialista da administração pública e a baixa governabilidade de alguns níveis de gestão – num “contexto de graves desigualdades regionais e um sistema federativo sem tradição de relações intergovernamentais cooperativas” (BRASIL, 2004), será utilizada a noção de governança como categoria de análise, o que possibilita o estudo das regras em jogo e da posição de diferentes atores.

Deste modo, *equidade, governança e integralidade da atenção* emergem, como principais categorias analíticas para a investigação do papel do gestor estadual, tendo como eixo a reorganização da atenção básica. Apresentaremos a descrição dessas categorias.

2 – Categorias de Análise

2.1 - Equidade

No decorrer dos anos 90, no alinhamento observado entre as agências de cooperação técnica internacional, o binômio *equidade e equidade em saúde* ganha centralidade no debate, associado e geralmente subsumido ao tema da “reforma de Estado”.

Na visão da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS:

“The First Summit of the Americas, held in Miami, Florida, in 1994, established a plan to action to guide national health reforms, including a specific initiative (Iniciative 17) for achieving equitable access to basic health services. The central objective of the Latin American and Caribbean Health Sector Reform Initiative, which was launched in 1997, is to provide regional support to the promotion of equitable access to basic quality service in the Region of the Americas”.

Nesse sentido, e de modo mais explícito, a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS afirma ainda que:

“(…) implica también redefinir el papel del Estado, que debe abandonar sus pretensiones de omnipresencia, para concentrarse en algunas funciones claves y desempeñarlas con mayor eficacia y eficiencia, en especial aquellas que inciden en la equidad. A la vez, hay que superar el conflicto entre Estado y mercado”.

Em um artigo em que enfocam esta questão, ABEL & LLOYD-SHERLOCK (2002) analisam a década passada e colocam que:

“Sin embargo, durante los años 90 se llevó a cabo una intensificación de los procesos de reforma en toda América Latina. Supuso un énfasis especial en el cambio hacia la mezcla público-privado, en el financiamiento, en el desarrollo de nuevas estrategias de administración y en políticas de descentralización.

Al mismo tiempo, los conceptos de equidad y eficiencia fueron postos en el centro del debate” (p. 06).

Assim, ao tentar conjugar, ao menos no plano do discurso, a diversidade de interesses econômico-sociais e a complexa correlação de forças envolvidas, como o avanço da globalização financeira, o anseio popular por cidadania e democracia sem adjetivos além dos desequilíbrios e o impacto das políticas de ajuste fiscal impingidas na década de 80, emergiu no início dos 90 uma série de iniciativas das agências intergovernamentais e de cooperação técnica internacional voltadas para os países latino-americanos.

Freqüentemente, os termos *igualdade* e *equidade* são traduzidos e incorporados de modos indistintos, com resultados teórico-metodológicos e proposições divergentes, quando não excludentes, manifestos em suas variadas apropriações semânticas e traduções operacionais. Isso se verifica no processo de decodificação desde um princípio geral instituinte de equidade para diferentes tentativas explicitadas através da diversidade de recortes, objetivos, metas, raios de ação, com resultados e avaliações, conseqüentemente, bastante díspares. O mesmo ocorre à medida que o conceito é tomado de modo estático, reificado e descolado tanto do contexto de sua emergência e produção, como de suas possibilidades histórico-sociais em suas possíveis aplicações – nos planos conceitual, analítico, metodológico e/ou operacional.

Na definição clássica de MARSHALL, a cidadania é um processo de igualitarismo de indivíduos que, na moderna sociedade capitalista, gera desigualdades econômicas e sociais. Desta maneira, diferentemente dos direitos civis e políticos, os direitos sociais – como é o caso da saúde – pressupõem um papel ativo e central do Estado em sua constituição e desenvolvimento ³.

³ O conceito de cidadania, a partir da noção de HANNAH ARENDT, do “direito a ter direitos”, foi abordado desde as variadas perspectivas. Entre elas, tornou-se clássica, como referência, a concepção desenvolvida por Thomas H. Marshall, que em 1949, “*propôs a primeira teoria sociológica de cidadania ao desenvolver os direitos e obrigações inerentes à condição de cidadão. Centrado na realidade britânica da época, em especial no conflito frontal entre capitalismo e igualdade, Marshall estabeleceu uma tipologia dos direitos de cidadania. Seriam os direitos civis, conquistados no século XVIII, os direitos políticos, alcançados no século XIX - ambos chamados direitos de primeira geração - e os direitos sociais, conquistados no século XX chamados direitos de segunda geração*” (VIEIRA, Liszt, Cidadania e Globalização, R.J. Record, 1997).

Ora, a igualdade é idéia associada à universalização e, como parte da “vontade geral”, tende, portanto, a homogeneização, anulando as diferenças. É a partir disso, e não por outro motivo, que a introdução do princípio da equidade no âmbito da cidadania – e da igualdade – fariam parte, nessa mesma linha de pensamento, de uma *terceira geração de direitos*, como observado em estudos que privilegiam a perspectiva das chamadas “minorias”, como os grupos étnicos, ou migrantes, notadamente na Europa. Colocado no contexto brasileiro atual, para FLEURY (2002),

“O problema central da governabilidade na América Latina está fundado na convivência paradoxal entre uma ordem jurídica e política fundada no princípio de igualdade básica entre os cidadãos e a preservação simultânea do maior nível de desigualdade no acesso à distribuição de riquezas e aos bens públicos” (p. 1.).

Evidentemente, isso traz problemas concretos e não unicamente formais, no plano do discurso ou da lei, mas, acima disso, através da força da lei, como no exemplo do acesso a medicamentos através da via judicial.

Desse modo, torna-se substantivo definir os termos da discussão, uma vez que um direito dito de *terceira geração*, isto é, a introdução da equidade a partir do plano da igualdade, no contexto dos países desenvolvidos, não pode, obviamente, ganhar idêntico significado entre nós, dado que nem os direitos ditos da *primeira geração*, os direitos civis, estariam suficientemente incorporados, institucionalizados – e menos ainda universalizados os direitos sociais, os da *segunda geração*, como é o caso da saúde e da seguridade social.

Segundo TURNER, 1986, pode-se avaliar igualdade em quatro diferentes dimensões:

a) *ontológica*: aquela que seria inerente aos seres humanos, expressa geralmente em princípios religiosos, fundamentos e correntes filosóficas;

b) *oportunidades*: base da doutrina liberal que estabelece que diante de um mesmo leque e patamar de direitos e condições gerais, os indivíduos conquistarão posições sociais a partir da competição, conforme seus méritos;

c) *condições*: pressuposição de um mesmo ponto de partida, de um nível de satisfação mínimo e de necessidades básicas atendidas e gerais;

d) *resultados*: que envolve mudanças nas regras de distribuição para transformação de desigualdades iniciais em igualdade na chegada (em ESCOREL, 2001, p. 5).

VIEIRA SILVA e ALMEIDA FILHO (2000) empreenderam uma análise de série significativa sobre *distinção, diferença, desigualdade e iniquidade*. Os autores concluem que *diferença remete ao individual; diversidade remete à espécie; desigualdade remete à justiça e distinção remete ao simbólico*.

A partir disso, ESCOREL (2001) ressalta a análise contida nessa série, explicitando e destacando os âmbitos da esfera do público e privado e do individual e do coletivo, aí envolvidos:

“a diferença é individual e da esfera privada; a diversidade é coletiva e da esfera privada; desigualdade é coletiva e da esfera pública e distinção é individual e coletiva (representações sociais) das esferas privada e pública” (obra citada, p. 06).

Isto posto, começa-se a vislumbrar um ponto de observação que permite estabelecer melhor o foco: a questão da *desigualdade*, assumida, portanto, como *coletiva e pública*. Aliás, não é de outra maneira que aparece exatamente na Carta de 1988, pois embora em sua leitura não se encontre o termo *equidade*, por outro lado, a redução de *desigualdades sociais* aparece em quatro ocasiões, inclusive desde o *Preâmbulo*, como um dos quatro objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil.

A diversidade – ou diferença, individual e privada – somente pode ser moralmente advogada a partir da factibilidade de determinado patamar de garantias universais, do reconhecimento do estatuto de cidadania, e não contra o igualitarismo; a política ou programa focalizado, residual, de modo idêntico, ou seja, se assumido como pontual, como prioridade, e não como mais uma marca na teia de privação, estigma ou empobrecimento de amplos segmentos populacionais ⁴.

4 Em SENNA, M. C., observa-se que: “Em termos gerais, as abordagens contemporâneas em torno do tema da justiça social (RAWLS, 1997; SEN, 1997; WALZER, 1983), em que pesem suas divergências, centram-se na valorização da noção da equidade como igualdade no alcance de objetivos finais, bem como no reconhecimento explícito de fatores determinantes das diferenças existen-

Assim, torna-se secundária a discussão sobre a inexistência do termo, *ipsis literis*, equidade, na Carta de 1988, uma vez que o problema passa a ser de foco: o combate às *desigualdades sociais, coletiva e pública*, pois a partir de seu reconhecimento e de sua emergência em termos epidemiológicos, ao lado da formulação de políticas e do planejamento em saúde, torna exequível seu enfrentamento.

Ao analisar a questão no âmbito da saúde, BAMBAS & CASAS afirmam:

“Although ‘equality’ and ‘equity’ are often conflated, the words have two distinct meanings and are conceptually very different. Equality is sameness, and equity is fairness. In any particular situation, equal may not be equitable, or equal may be precisely equitable, but we must present an ethical justification for why a certain distribution constitutes an inequity” (2001, p. 14).

Da mesma forma, VIANA et al. (2001) colocam que o princípio da equidade pressupõe o reconhecimento de diferenças entre os indivíduos, exigindo tratamento diferenciado, a fim de reduzir ou eliminar as desigualdades injustas existentes.

GARRAFA et al. (1997) entendem que a equidade é o caminho para atingir a igualdade: é a partir do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade.

WHITEHEAD, referência central na discussão da equidade em saúde, estabelece que:

“The term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable, but in addition are also considered unfair and unjust. So, in order to describe a certain situation as inequitable, the cause has to be examined and judged to be unfair in the context of what is going on in the rest of society” (1991, p. 05).

tes na sociedade, que dizem respeito a aspectos biológicos, sociais e político-organizacionais” (p. 206), *Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família*, 2002, p. 203-211.

WHITEHEAD faz uma distinção entre diferenças em saúde inevitáveis e diferenças injustas, sendo essas últimas as que devem ser objeto das políticas orientadas para a equidade. Nessa definição, as inevitáveis referem-se aos determinantes biológicos, aos comportamentos individuais prejudiciais à saúde escolhidos livremente e aos comportamentos grupais que promovem a saúde de seus membros. As diferenças de saúde injustas referem-se a comportamentos desfavoráveis à saúde onde a possibilidade de escolha é restrita, condições de vida e trabalho pouco saudáveis e estressantes, restrições no acesso aos serviços básicos de saúde e outros serviços públicos e tendência a que pessoas com más condições de saúde sofram injustiças sociais.

Seguindo a mesma vertente, GIOVANELLA (1995/96), TRAVASSOS (1997), ALLEYNE (2001), ALLEYNE et al (2001), ACUÑA et al. (2001), BAMBAS & CASAS (2001), ALMEIDA (2000), BRAVEMAN et al (2001) possuem em comum o entendimento da *equidade em saúde como a busca da justiça social*, o que coloca a necessidade de alinhar alguns de seus fundamentos.

Desta discussão, é possível depreender que a equidade, equiparada ao princípio de justiça social, parte do reconhecimento de que existem diferenças inevitáveis entre as pessoas e os grupos, bem como de que existem diferenças injustas. É a identificação destas diferenças injustas que permitirá a decisão de quais ações deverão ser implementadas para reduzi-las. As desigualdades são construídas de modo histórico, político, econômico e socialmente. É dessa conformação das diferenças injustas que a ação visando à equidade deverá incumbir-se. Ela se traduzirá em ações concretas que enfrentem os determinantes que geram ou aumentam o tipo e nível de injustiça social.

São inúmeras as dificuldades encontradas no enfrentamento das iniquidades, mesmo quando existe o comprometimento de fazer frente a elas. Como bem ressalta ALMEIDA (2000):

“Com bastante frequência observa-se que a inclusão do princípio de equidade na formulação das políticas de saúde não se acompanha, automaticamente, da implementação de políticas que resultem em melhores níveis de equidade na prestação de serviços de saúde” (p. 8).

ALMEIDA apresenta duas diferentes dimensões das desigualdades no que ela denomina *consumo de serviços*: a geográfica e a social.

“As variações ‘geográficas’ refletem, em grande parte, diferenças no volume de recursos financeiros disponíveis em cada região para o setor, impactando o tamanho e a qualidade da rede de serviços. (...) A ‘dimensão social’ das desigualdades no uso dos serviços de saúde mostra as variações na oportunidade do consumo de serviços entre os diferentes grupos sociais” (2000, p. 16).

VIANNA (1989) aponta cinco formas de expressão das desigualdades sociais no campo da saúde: no direito ao acesso; na distribuição de recursos; na utilização de serviços; nos resultados das ações de saúde; no financiamento, ressaltando que, por estarem inter-relacionadas, não basta apenas intervir sobre uma delas para se alcançar resultados equitativos.

O Conselho Nacional de Saúde estabeleceu que: “A construção da equidade na área da saúde consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços para grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garantido.”.

O debate permanece em aberto, e, deste modo, em provocativo artigo, ABEL & LLOYD-SHERLOCK (2002) chamam a atenção para o fato de que a própria emergência e o crescente interesse da questão da equidade colocada nestes moldes no debate internacional refletiriam, por si só, não apenas as interfaces da mesma em relação à saúde – diminuição do gasto público, estabilidade político-social, condições de governabilidade, novos parâmetros para o comércio global -, mas também uma perspectiva ajustada, centrada sobre essa espécie de cabo-de-guerra estabelecida entre os interlocutores em disputa:

“La importancia dada a la equidad puede ser debida a que se trata de un concepto en torno al cual los social demócratas, los liberales y los conservadores pueden construir un consenso. La noción de un ‘progreso hacia la equidad’ (sic) no ofende ni reta los intereses particulares como lo haría la de igualdad. De hecho, el progreso hacia la equidad puede ser rápido o tan lento

que puede volverse apenas perceptible. Más aún, la equidad es muy difícil de definir o medir y puede ser entendida desde diversos puntos de vista filosóficos. El énfasis en la equidad puede significar que los compromisos pasados de proteger al ciudadano débil de la dependencia del mercado y los objetivos pasados de bienestar universal han sido abandonados”.

GIOVANELLA, por exemplo, considera razão importante para se estudar o significado de equidade, justamente o fato de os programas de ajuste econômico, difundidos pelas agências internacionais, se fazerem acompanhar de propostas para a implementação de políticas sociais residuais e seletivas, maneira pela qual se alcançaria maior equidade (1996, p. 14).

Esse eixo de apontamentos e conclusões sobre os estudos mais recentes sobre as desigualdades internas ao setor saúde – no padrão de consumo, nos entraves e nos facilitadores do acesso, no desenho da oferta, na constituição do perfil epidemiológico, nas ações intersetoriais – alcança certo consenso no documento “*Agenda Política Brasil - em Defesa da Saúde como Direito de Cidadania e Como Bem Público*” (2000). Existe um consenso quanto à *baixa capacidade regulatória do Estado brasileiro, a expansão da oferta de serviços orientada menos pelas necessidades dos usuários e mais pelos interesses particulares dos provedores, os desvios dos processos de descentralização, onde, às vezes, observa-se a atomização da oferta* – e por que não, a duplicidade de procedimentos, rotinas e programas.

A despeito dos vários entendimentos possíveis de equidade, esta noção tem nucleado um conjunto de políticas sociais que buscam equacionar a relação entre necessidades distintas, um contexto de desigualdades sociais e escassez econômica.

De um lado, a necessidade política – justiça social, governança, participação social, cidadania – e de outro a política da necessidade – crise econômica, impacto distributivo, efeitos dos ajustes fiscais. Mas em ambos os casos cabe o estabelecimento de mecanismos e a eleição de prioridades e ações, porém, o grande diferencial é o reconhecimento do *sentido contrário* entre necessidades apontadas por indicadores de saúde e concepções pautadas basicamente em suposta eficiência, eficácia e efetividade na aplicação do ‘gasto público’ (*sic*), sem questionar, mas legitimando, noções

dominantes – de padrão e consumo em saúde, culturais, simbólicos e econômicos.

E é esse paradoxo que se há que se desvelar e resolver, pois parece se constituir no ‘pecado original’ da introdução da equidade em saúde: sua emergência e reconhecimento como uma temática específica, de monta, se reporta à aludida escassez de recursos no bojo da ‘crise dos 80’, que acirrou o quadro de mazelas histórico-estruturais, e a conseqüente busca através da eficiência economicista. Contudo, é justamente esse “remédio” que incrementa e aprofunda diferenças entre doenças, doentes, indivíduos, cidadãos, grupos e setores – com efeitos colaterais evidentes na vida cívica e no esgarçado tecido social.

Para além de cuidados no trato do dinheiro público, é preciso superar a reificação, por exemplo, das ‘desigualdades’ como um ‘dado de realidade’, onde a focalização pode acabar cristalizando diferenças, distinguindo indivíduos, grupos e coletividades, demarcando espaços e ações, enfim, produzindo ainda mais diferenças e desigualdades.

As desigualdades em saúde, decorrência das desigualdades sociais mais gerais, se concretizam em suma, em: a) problemas advindos do acesso e utilização deficiente aos serviços de saúde; b) problemas provenientes da configuração inadequada dos serviços e ações de saúde (oferta não sintonizada com os problemas) e c) condições de adoecimento e agravo distintas (econômico-social-cultural que se expressam no processo saúde-doença).

Equidade, entendida como política social compensatória, assistencial e de curto prazo, reduz e mesmo se coloca *contra* a justiça social, em sentido amplo, ao delimitar e legitimar um campo de ação do Estado restrito. Estado que dessa forma se torna “regulador”, ou “gestor” de “indivíduos menos capacitados”, que, em situações pontuais, devem ser objeto de ações que os coloquem em posição de competir, de volta ao “mercado”. O Estado então, se exime do papel de instância e poder capaz de demarcar um projeto e execução soberano de desenvolvimento social de um povo.

Nesse sentido, o aumento de “direitos” e o acesso diferenciado ao Poder Judiciário, por exemplo, posto no âmbito das diferenças, individuais e privadas, indica que, num contexto de crise, as ações igualmente

exercitadas de modo pontual e particularizado aumentam as distâncias, retroalimentando a cadeia das desigualdades, com impacto nefasto nas teias de sociabilidade e no sentido de pertencimento e de nação.

Sucintamente, considerando a discussão até aqui apresentada, uma tradução operacional do conceito de equidade é a de que:

A busca da equidade em saúde é realizada mediante ações concretas, de caráter de promoção, prevenção, cura e reabilitação, voltadas ao atendimento de necessidades identificadas através do reconhecimento de problemas, individuais e coletivos, de saúde - decorrentes das desigualdades sociais. As ações concretas de busca de equidade, considerando-se o ambiente sócio-econômico de escassez de recursos, devem operar com eficiência, mas acima de tudo, a equidade deve ser orientada por uma perspectiva ética e moral de busca de justiça social e cidadania. Ou seja, por um conjunto de políticas voltadas a reduzir as injustiças em saúde, respeitadas as diferenças entre indivíduos e grupos sociais, rumo à igualdade social.

2.2 - Governança

O termo *governance* surge, segundo estudiosos, por meio das agências de cooperação técnica e financeira internacionais, no início dos anos 1990. Para alguns autores, como Marcou, Rangeon e Thiébault, as raízes do vocábulo remontam ao século XVI e, durante o período do iluminismo francês, *gouvernance* estaria associada à conjuntura revolucionária da época (apud GAUDIN, 2001).

Mais recentemente, a partir da década de 80, de modo crescente, o termo foi introduzido na sua forma vocabular inglesa e empregado em contextos variados, nas relações entre governo e sociedade civil, entre setor público e privado, dentre outros. A vasta literatura que se utiliza dos conceitos de governabilidade e governança exige a diferenciação entre os dois termos. Para HUFTY, 2004, por exemplo, em extensa compilação e análise histórica e conceitual do termo e suas variações, no âmbito dos países da Comunidade Européia, afirma que a questão não irrompeu de forma massiva no discurso político até o princípio dos anos 1990, ainda que a:

“genesis teórica se remonta a 1985, año en que HOLLINGSWORTH Y LINDBERG publicaron el articulo titulado The governance of American Economy: the role of markets, clans, hierarchies and associative behaviour”.

Entretanto, o autor ressalta que esta seria apenas a “origem acadêmica” do termo *governance* – e não os condicionantes que o trazem ao mundo, enfatizando ainda que a produção maciça de textos políticos que passam a utilizar deste conceito tem um ponto de origem importante.

Seguindo essa linha, CASTRO SANTOS igualmente aponta que:

“o desafio da reforma do Estado e seu ajuste à nova ordem econômica e financeira global provocaram profusa literatura sobre os conceitos de governabilidade e governança”, lembrando que liderando as análises sobre “governabilidade e crise de governabilidade” estão as agências internacionais, com destaque para o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, que passam a “referir-se ao termo governance. Grande parte deles (dos trabalhos) preocupa-se com as origens e as distintas formas de definição do termo, e, quase todos, implícita ou explicitamente, associam à concepção de governance a noção de good governance ou good government” (1997, p.3).

Assim, no rastro dos chamados “ajustes macro-econômicos estruturais” e da “reforma do Estado”, o “bom governo”, democrático, seria aquele cujo viés valorativo carregaria consigo a possibilidade de desenvolvimento sustentado, incorporação de novas demandas e grupos sociais, equidade e respeito aos direitos humanos (CHERCHIGLIA e DALLARI, 1999).

Longe de simplificar a questão e resvalar em maniqueísmos de qualquer ordem, esquematizando os impasses da virada dos anos 1990, por exemplo, em fatores econômicos *versus* políticos, ou contexto externo *versus* interno, cabe lembrar que estes e outros fatores, aspectos e dimensões na realidade acirram, se complementam, se opõem, se confundem e se manifestam dinamicamente, numa conformação histórico-social específica, cujos contornos, possibilidades e limites necessitam, o tempo todo, de pontuações e desvelamentos, sempre por se fazer.

Posto desta maneira, o que está em jogo é muito mais do que a emergência de novas categorias conceituais; como bem aponta DINIZ (1996):

“Em contraposição às interpretações dicotômicas, parece-nos mais adequada uma perspectiva que integre os dois planos de análise, associando à dimensão externa os condicionamentos internos relacionados à corrosão da ordem pregressa. Por essa razão, o descompasso entre o Estado e a Sociedade situa-se no cerne da presente crise. O hiato entre uma institucionalidade estatal rígida, dotada de fraco potencial de incorporação política, e uma estrutura social cada vez mais complexa, exacerbou as tensões ligadas ao processo de modernização” (p. 3).

De acordo com REIS (1995), o uso corrente e indiscriminado do termo governabilidade acaba por torná-lo extremamente simplificador, na medida em que sua compreensão primordialmente como “capacidade estatal de governar” é uma apropriação redutora, pois condiciona esta capacidade exclusivamente às características da máquina do Estado, especialmente o tamanho do Estado e a agilidade nas suas funções próprias.

Deve-se acrescentar que este tipo de viés pode acabar condicionando a compreensão, levando a uma conotação eminentemente administrativa do problema – ao centrar o debate em termos da “máquina”, dos “mecanismos”, do “funcionamento” – esvaziando o que está em jogo: o *político*, e a própria conformação do campo democrático.

Ainda segundo REIS, o termo governabilidade, esvaziado, não abarca o que chama de “desafio crucial”, qual seja, o de adquirir-se uma “forma específica de articulação do Estado com a sociedade”. Sobre os dois conceitos, CASTRO SANTOS (obra citada) lembra que enquanto para MARTINS, governabilidade corresponde a uma “arquitetura institucional”, governança remete à “performance dos atores” e a sua capacidade no exercício da autoridade política (1995).

Para MELO (1995), a governança refere-se ao ‘*modus operandi*’ das políticas governamentais e, portanto, estará necessariamente referenciada a questões como o formato político-institucional dos processos decisórios, a definição do *mix* público/privado presente nas diversas políticas, o processo participativo e descentralizador e os mecanismos de financiamento das políticas.

Entretanto, adverte que governança, nesses termos, não se restringe aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado ou de funcionamento do aparelho de Estado. Para isso, a autora citada recorre a MALLOY que define capacidade governativa como a:

*“capacidade de um sistema político de produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade, ou, dizendo de outra forma, de converter o potencial político de um dado conjunto de instituições e práticas políticas em capacidade de definir, implementar e sustentar políticas”; portanto englobando o que chama de “noções sistêmicas e operacionais contidas no uso recente dos conceitos de governabilidade e governance”*⁵.

A governança entendida como uma *ferramenta analítica para a compreensão dos fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo*, pressupõe a existência de múltiplos interessados em relação a um objeto comum.

Também é um princípio básico de processos de interessados nos quais nem todos os interessados são de igual importância. É a natureza dos objetivos e produtos contemplados que ajudará a decidir qual estrutura institucional adequada (fóruns participativos, por exemplo) e qual a combinação apropriada de interessados que deveriam participar de uma iniciativa, bem como a relevância de cada interessado nas diferentes fases de desenvolvimento da iniciativa.

Em outras palavras, é importante considerar a inclusão tanto dos interessados de importância técnica numa fase do desenvolvimento, como daqueles que precisam participar para maximizar a dinâmica política do processo com múltiplos interessados e assegurar a legitimidade do processo ao longo prazo.

Do ponto de vista etimológico, o verbo integrar provém do latim *“integer”* (inteiro) e a sua tradução dá um sentido da ação, através da qual as partes formam um todo e de alguma forma desaparecem nesse conjunto. O termo *“integração”* é empregado no sentido sociológico, como o processo através do qual se ajustam as partes que compõem um sistema social ou quando

⁵ Malloy J. *Apud* Castro Santos, *op. cit.*, 1997.

elementos heterogêneos acabam por se incorporar. No sentido econômico, aplica-se quando diferentes fases produtivas terminam num único produto. Este é o caso no qual o termo tem sido empregado na área da saúde.

2.3 - Integralidade

A integralidade passou a ser um termo incorporado às reflexões sobre a saúde pública no Brasil desde a promulgação da Lei Orgânica de Saúde, embora, a partir da década de 60 tenha pontuado os debates sobre a fragmentação do currículo médico e a necessidade da instituição da chamada “medicina integral” (MATTOS, 2001).

Na Constituição Federal, art. 198, consta como diretriz o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. (BRASIL, 1988). Na lei 8080/90, art. 7º, sobre Princípios e Diretrizes, este conceito aparece melhor desenvolvido: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990).

COSTA, 2004, comentando a aplicação do conceito de integralidade no bojo do sistema de saúde, acrescenta que

“o primeiro sentido para a integralidade em saúde relaciona necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde. Embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos”.

Para MATTOS, 2001, em abrangente compilação, pode-se abordar o tema, sem esgotá-lo, também a partir de três vertentes: a integralidade como um traço da prática médica de excelência, a integralidade como modo de organizar as práticas em saúde, a integralidade e as políticas especiais.

Na primeira, o conceito oriundo das críticas à formação médica agregou-se aos conceitos formulados no âmbito da criação dos programas de residência em saúde coletiva, culminando no sentido de integralidade em que há “a preocupação de discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários (dos) serviços, buscando, de um lado, gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças”.

O segundo aspecto enfoca a integralidade como um princípio de organização permanente do processo de trabalho nos serviços de saúde, tendo surgido da chamada “horizontalização” dos programas de saúde, anteriormente “verticalizados” e eixo de atuação do Ministério da Saúde desde seus primórdios. Por fim, o autor considera as políticas desenhadas especificamente para responder a um determinado problema de saúde, ou a problemas de saúde que incidem sobre certo grupo populacional, como um momento de exercício da integralidade. São exemplos, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa da AIDS, nos quais, acrescente-se, a participação da sociedade certamente muito orientou a busca da integralidade (MATTOS, 2001, p.39 e segs).

A partir do momento em que foi consagrado como diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de integralidade foi incorporado em todas as normas voltadas para o contínuo aperfeiçoamento do SUS, como nas Normas Operacionais e no Programa de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No entanto, interroga-se em que medida este princípio tem sido cumprido pelos gestores das diferentes esferas de governo. A prioridade na implementação desta diretriz implica políticas voltadas para a organização dos níveis de complexidade de atenção, com sistema de referência e contra-referência, articulando ações de promoção, prevenção, cura e recuperação e a radical mudança de postura dos profissionais de saúde, em busca da abordagem integral dos indivíduos e das famílias (GIOVANELLA, 2000).

A regionalização tem sido uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para evitar a “atomização do SUS em milhares de sistemas locais, ineficientes, iníquos e não resolutivos”. Tem se pautado pela ênfase na implementação de redes regionais articuladas que, dentro dos princípios de complementaridade e de solidariedade, ultrapassem os problemas

organizacionais inerentes, principalmente, aos municípios de pequeno porte, permitindo que estes ofereçam ações abrangentes, nos diversos níveis de complexidade, capazes de resgatar a diretriz da integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Outra questão central para a viabilização da abordagem integral dos indivíduos e das famílias reside na organização das práticas dos profissionais de saúde.

A presença de profissionais com diferentes formações e qualificações não é uma garantia exclusiva para assegurar a integralidade, embora possa ser considerada como uma condição necessária. O mais provável, evidentemente, é que cada profissional traga o seu vocabulário, a concepção de seu papel, a sua própria tradição, lógica, o estatuto que tiver alcançado, e as suas expectativas em relação à ação a ser desenvolvida.

O trabalho em saúde é reconhecidamente organizado por segmento profissional e, no caso dos médicos, segundo especialidades. Este tipo de organização fraciona o objeto de trabalho e seu respectivo objetivo, a cura ou alívio sintomático dos pacientes. Por parte dos trabalhadores resulta em um trabalho alienado, sem integração e, muitas vezes, sem compromisso com o objetivo maior. No caso dos médicos, a tendência ao uso de tecnologia na prática clínica apreende-os nesta prática, isolando-os do contexto da integralidade e do trabalho articulado. Como diz MERHY, 1997:

“As intenções que comandam o trabalho médico comprometido com a produção de procedimentos estão articuladas com um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para interesses privados estranhos aos dos usuários, e isolado de um trabalho mais coletivo no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum dado objetivo, em termos da produção da saúde.”

Várias estratégias, incluindo a de Saúde da Família, buscaram de certa forma, mudar este modo de produção do trabalho em saúde ao instituir o processo de acolhimento nas unidades de saúde da família. Para alguns

autores, é compreendido como “produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários (indo) além da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho (...)”. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componente fundamental para um reinventar a qualidade da assistência (FRANCO et al, 1999).

No entanto, a realidade tem demonstrado que há entre os profissionais de saúde um entendimento pouco homogêneo sobre o significado da prática, variando da compreensão totalizante, conforme definição acima, para a visão fragmentada de apenas mais uma atividade oferecida pela unidade. Na relação entre a equipe e os usuários também há diferenças na compreensão: para alguns o acolhimento fortalece o vínculo, para outros confere agilidade ao trabalho, já que permite a triagem da demanda (OLIVEIRA et al, 2006).

No Pacto pela Saúde 2006, são feitas, em vários momentos, referências à integralidade, como em relação às responsabilidades dos três níveis gerenciais do SUS, ao processo de regionalização, de planejamento e de financiamento, na saúde do idoso, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No âmbito deste projeto, o conceito de integralidade a ser adotado estará centrado nos atributos da organização dos serviços, de seus níveis de complexidade de atenção, sistema de referência e contra-referência, articulando ações de promoção, prevenção, cura e recuperação. Ou seja, enfocará a política de gestores municipais e regionais implementadas nesta direção.

3 – Objetivos:

Objetivo Geral

Analisar o processo de planejamento regional do SUS no estado de São Paulo segundo as diretrizes do Pacto de Gestão.

Objetivos Específicos

- Identificar e analisar a atuação dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de pactuação;
- Identificar e analisar os conteúdos e propostas no processo de pactuação entre os gestores estadual/regional e municipais;
- Identificar e analisar mecanismos, instrumentos e estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação no processo de pactuação regional do SUS São Paulo.

4 - Material e Método

A pesquisa se caracterizou como de natureza participativa e compreendeu seis Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DRS), selecionados dentro de um total de dezessete.

Os critérios para seleção dos DRS foram:

- serem regiões metropolitanas, cujas características sócio-econômicas e de saúde constituem um desafio para enfrentar as desigualdades e estruturar o sistema de saúde;

- pertencerem a diferentes grupos de condições de vida e saúde, sendo que foram criados quatro grupos de Departamentos Regionais de Saúde a partir de critérios definidos por colegiado composto por diferentes coordenadorias da SES/SP - Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS, Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS, Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD e Instituto de Saúde;

- terem o cronograma de realização das oficinas regionais para elaboração do Plano Estadual de Saúde do estado de São Paulo compatível com o desenvolvimento da pesquisa.

O trabalho contou com diferentes estratégias metodológicas de acordo com os objetivos específicos e com o andamento das atividades desenvolvidas e fases do trabalho.

Também foi realizada extensa análise documental: atas das reuniões das comissões intergestores tripartite e bipartite; plano estadual de saúde de 2007 e atas do conselho estadual de saúde.

Foram ainda utilizadas as técnicas de entrevistas semiestruturadas e observação participante.

Os eixos de análise do material empírico foram: a atuação de diferentes atores sociais; os consensos e conflitos entre os gestores estadual/regional e municipais e a efetividade dos mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação segundo o Pacto de Gestão.

Dessa forma, procurou-se verificar o grau de articulação, integração e solidariedade entre as esferas estadual e municipais de saúde e a forma pela qual foram atendidas as peculiaridades e necessidades de saúde locais-regionais. Outros aspectos observados dizem respeito ao potencial de participação social, a resolubilidade e qualidade das ações e serviços e a integração intra e intersectorial, de modo a promover a equidade em saúde.

5 - Resultados

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa obtidos por meio dos métodos e materiais descritos anteriormente. Iniciaremos pela análise documental das atas da Comissão Intergestores Tripartite, da Comissão Intergestores Bipartite e do Conselho Estadual de Saúde, além das portarias e decretos estaduais do período estudado e do Plano Estadual de Saúde 2008/2011 apresentado pela SES/SP. Em seguida apresentaremos a análise das observações realizadas nas oficinas regionais para elaboração do Plano Estadual de Saúde e, posteriormente, os resultados das entrevistas com os gestores regionais do SUS/SP e representantes regionais do COSEMS/SP.

5.1. Material Documental

Comissão Intergestores Tripartite – CIT

O levantamento documental da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – é composto pelos resumos executivos das reuniões ordinárias e extraordinárias referentes ao período de fevereiro de 2006 a março de 2007.

Na reunião ordinária de 16 de fevereiro de 2006 foi pactuada a minuta de portaria que divulga o Pacto pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais. Essa portaria foi publicada juntamente com o documento “Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS” assinado pelo Ministro da Saúde e pelos presidentes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS – e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Dentre as Diretrizes Operacionais, em relação à descentralização, foi aprovada a portaria que delega às Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) a definição dos modelos organizacionais e dos processos administrativos relativos à gestão do SUS que ainda são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Delegou-se à Câmara Técnica/ CIT a definição de prazos para que esses processos tramitassem nas respectivas CIBs.

Naquele momento não houve pactuação sobre diversas questões levantadas relativas aos componentes do Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. Estas questões foram rediscutidas e consensuadas em reuniões subsequentes da CIT e as seguintes pactuações foram acordadas, dando origem a diversas portarias no decorrer do ano de 2006:

- Portaria que regulamenta a implantação do Pacto pela Saúde em seus componentes pela Vida, de Gestão – Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DAD/SE/MS);

- Portaria de redução das modalidades de transferências dos recursos federais para estados e municípios – Secretaria de Atenção à Saúde/ Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SAS/SE);

- Portaria da Política Nacional da Atenção Básica - Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS);

- Política Nacional de Promoção da Saúde – Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e SAS/MS;

- Internação Domiciliar no contexto da Política Nacional da Saúde do Idoso – Departamento de Atenção Especializada (DAE) da SAS;

- Portaria que regulamenta a implantação do Pacto pela Saúde em seus componentes pela Vida, de Gestão – DAD/SE/MS;

- Portaria de redução das modalidades de transferências dos recursos federais para estados e municípios – SAS/SE/MS;

- Projeto de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS);

- Flexibilização dos Critérios da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para Amazônia Legal – SAS/MS;

- Mudança na modalidade de financiamento para as ações de Alimentação e Nutrição – DAB/SAS;

- Contratualização - SAS/MS;

- Implantação da nova versão do Sistema de Informação da Farmácia Básica do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SIFAB. DAF/SCTIE/MS);
- Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – SVS/MS;
- Financiamento de projetos para incentivos às atividades físicas - SVS/MS;
- Financiamento de projetos de núcleos de prevenção de violência e promoção da Saúde - SVS/MS;
- Pró-saúde – Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES/MS;
- Incentivos financeiros para os laboratórios municipais de Saúde Pública (Capitais) - SVS/MS;
- Medicamentos da Dispensação Excepcional –DAF/SCTIE/MS;
- Aprovação da 4ª edição da Rede Nacional de Medicamentos (RENAME) - DAF/SCTIE/MS;
- Descentralização de recursos financeiros para estruturação das ações de Vigilância Sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) da SAS/MS;
- Sistema de Planejamento do SUS – Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SPO/SE/MS);
- Telessaúde – SGTES/MS;
- Diretrizes do Plano de Cargos Carreiras e Salários do SUS (PCCS-SUS) – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERT) da SGTES/MS;
- Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) da ANVISA-SVS;
- Índice de valorização de resultados das ações de Vigilância e Controle da Tuberculose - SVS/MS;

- Unificação dos pactos - SE/SVS/SAS/ANVISA;
- Regulamentação dos blocos financeiros - SE/SVS/SAS/ANVISA;
- Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS) –SVS/MS;
- Implantação da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Terapêuticos do SUS – Departamento de Regulação Avaliação e Controle da SAS/MS (DRAC/SAS/MS);
- Diretrizes Nacionais para elaboração de editais de seleção pública de Agente Comunitário de Saúde - DEGERTS/SGTES/MS;

O conteúdo dessas portarias indica o esforço dos gestores na regulamentação da implantação do Pacto, por meio da criação de instrumentos e mecanismos operacionais.

A unificação dos diversos pactos anteriormente existentes, como por exemplo o das vigilâncias e o de redução das mortalidades infantil e materna, foi ressaltada como uma dimensão importante do Pacto de Gestão e acordada pelos gestores. Os representantes do CONASS e do CONASEMS destacaram também a importância de vincular o Plano de Saúde ao Pacto por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Para tanto, esse TCG deveria estar fundamentado nos Planos de Saúde e suas respectivas programações.

A Portaria MS/GM nº 91, de 10 de janeiro de 2007, estabeleceu os indicadores a serem negociados pelos municípios, estados e Distrito Federal, para acompanhamento e avaliação do Pacto pela Saúde. Este processo de pactuação unifica o antigo Pacto da Atenção Básica, o pacto de indicadores da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde – PPI/VS com os indicadores propostos no Pacto pela Saúde.

Foram discutidas também orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento no SUS, concretizada na portaria GM 3.085, de 1º de dezembro de 2006, regulamentando o Sistema de Planejamento do SUS e na portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Apenas em 29 de janeiro de 2007 foi publicada a portaria nº 204/GM, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais

para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Posteriormente, em fevereiro de 2007, foi editada a portaria GM nº 376/2007, que institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

O Departamento de Apoio à Descentralização – DAD – informou a realização de uma oficina dirigida às secretarias técnicas das Comissões Intergestores Bipartites – CIB, com vistas a capacitá-las para elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão dos municípios e os processos administrativos para publicação das portarias de homologação dos TCG.

A partir de julho de 2006, alguns estados e municípios iniciaram a homologação de seus Termos de Compromisso de Gestão Estadual, sendo o primeiro o estado de Tocantins. Nos meses seguintes foram homologados os Termos de Compromisso de Gestão dos estados do Maranhão e Ceará e dos municípios de São Luís (Maranhão), Surubim e Palmares (Pernambuco), Sumaré, Várzea Paulista e Amparo (São Paulo) e do estado do Amapá. Já em 2007 foram homologados o Termo de Compromisso de Gestão do município de João Pessoa, estado da Paraíba, do estado de Goiás, de um município de Goiás (Senador Canedo) e um município do Paraná (Curitiba).

A análise dos documentos evidenciou que o processo de construção e afirmação do Pacto pela Saúde e seus componentes foi negociado durante todo o ano de 2006, principalmente no que se refere aos blocos de financiamento. Em relação ao Pacto pela Vida, as regulamentações avançaram em direção aos problemas priorizados para as doenças endêmicas e epidêmicas de notificação compulsória, especificamente para as ações de promoção e vigilância sanitária e para a Saúde do Idoso. Para o Pacto de Gestão, além do financiamento, do planejamento, do acompanhamento e avaliação e da descentralização apresentados anteriormente, foram regulamentados aspectos da gestão do trabalho e educação continuada através de normas para capacitação da força de trabalho e seus respectivos recursos e para o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS.

Apesar do investimento e do compromisso das três esferas de governo no processo de pactuação, poucos estados e municípios aderiram ao Pacto

durante o ano de 2006. Isso pode ser explicado, dentre outros motivos, por se tratar de um ano eleitoral para os governos federal e estaduais, em que os processos de pactuação ficaram prejudicados. Observou-se pouca discussão nos resumos executivos analisados, o que permite inferir que grande parte delas não são registradas.

Comissão Intergestores Bipartite - CIB

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde – SUS estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) e por representantes dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde dos Estados (COSEMS). Foi criada em 1993, pela Norma Operacional Básica – NOB/93 do Ministério da Saúde, juntamente com a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de âmbito nacional (que reúne os gestores federal, estaduais e municipais do SUS).

Como as diretrizes do SUS estabelecem, entre outros aspectos, que o sistema de saúde deve ser descentralizado e municipalizado, regionalizado e hierarquizado, torna-se fundamental que exista integração entre todos os gestores públicos para a discussão dos problemas e elaboração de propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde realizadas pelo sistema em seus diferentes níveis.

A principal atribuição da CIB é colaborar com a organização do SUS no estado, para cumprir seus objetivos maiores, ou seja, aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e promover equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do estado.

As atas da Comissão Intergestores Bipartite do estado de São Paulo analisadas foram referentes ao período de 02 de fevereiro de 2006 a 20 de março de 2007, totalizando 14 atas.

Nas reuniões da CIB foram tratados diversos assuntos, dos quais destacamos os mais frequentes:

a) cadastramento e/ou credenciamento de serviços (preenchimento facial, leitos de UTI, atendimento cardiológico – HC/SP, radioterapia, AIDS);

b) transferência de recursos (entre municípios; entre Ministério da Saúde e municípios; entre SES/SP e municípios e forma de transferência);

c) implantação das redes de alta complexidade (cardiologia, traumatologia ortopedia, oncologia, neurologia) e solicitação de prorrogação de prazo de credenciamento por dificuldade em se implantar essas redes;

d) Pacto pela Saúde – foi apresentado como informe em junho de 2006;

e) outros assuntos como: solicitação de esclarecimentos sobre a contratualização dos hospitais e Incentivo Estadual de Contratualização (IEC) e sobre a gestão estadual do SIH e SIA para a Média e Alta Complexidade; apresentação da análise de serviços de fluoretação da água de abastecimento (PROAGUA – Programa de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano coordenado pelo CVS/SES/SP); apresentação da portaria ministerial (PT/GM 252/06) que redefine a política de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade; monitoramento e avaliação de ONGs na parceria com municípios e SES/SP, para o programa HIV/AIDS financiado pelo Banco Mundial.

A CIB conta com grupos de trabalho temáticos, cujos relatórios são sinteticamente apresentados nas suas reuniões ordinárias. Na ata executiva, normalmente são registrados os encaminhamentos dados a essas questões. Alguns assuntos são relatados integralmente – como no caso da aprovação do Termo de Compromisso de Gestão de Amparo e da rede de Cardiologia, identificados no período estudado.

Importante ressaltar, nas atas, no que se refere à rede de Cardiologia, o fato de não estarem explícitos os critérios usados para a expansão de serviços e ainda se essa expansão atendia a uma regionalização planejada anteriormente. Houve conflito entre a SES/SP, o Ministério da Saúde – MS – e o COSEMS/SP. A proposta elaborada pela CIB em 2005, conforme parâmetros do MS, não foi encaminhada ao Ministério pela SES/SP, por haver discordância quanto ao financiamento e à forma de regulação. Os questionamentos da SES/SP diziam respeito à capacidade de serviços novos atenderem a demanda esperada; ao interesse do prestador em aplicar o recurso para esta finalidade e não

outra; à capacidade dos serviços descentralizados absorverem pacientes do INCOR, por exemplo. A SES/SP propôs a elaboração de plano financeiro e o pagamento por Termo Aditivo nos municípios plenos. Defendeu para si a capacidade de regular os municípios pequenos. O COSEMS/SP entendia que a construção da Rede de Cardiologia poderia ser o primeiro exercício prático, no sentido de construir a pactuação e a regionalização prevista no Pacto de Gestão. O Jornal publicado pelo COSEMS/SP informou que essa Rede foi construída com base em estudos de parâmetros e séries históricas, com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços, de acordo com suas necessidades e a atenção integral aos pacientes. O COSEMS/SP demonstrou iniciativa em elaborar propostas para a implantação das diretrizes do Pacto pela Saúde no estado.

As informações obtidas no período mostraram um conflito entre os interesses e necessidades dos diferentes níveis de gestão do SUS no estado de São Paulo, não havendo registro de soluções das divergências nas atas analisadas.

É ilustrativo deste conflito a não aprovação na CIB do Termo de Compromisso do município de Amparo. Para a SES/SP, o momento no qual o município apresentou o pleito – segundo semestre de 2006, período eleitoral para o governo do estado – foi considerado inadequado por se tratar de um momento político e com intenção de “partidarização” do pleito.

Cabe ressaltar que a apresentação do Pacto pela Saúde na CIB fez-se através de um único informe, não tendo sido objeto de discussões subsequentes até fevereiro de 2007.

Conselho Estadual de Saúde – CES

Os temas discutidos em reuniões plenárias do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo – CES/SP e aqui apresentados foram obtidos nas atas do período de fevereiro de 2006 a fevereiro de 2007.

O Conselho Estadual de Saúde é uma instância deliberativa de participação popular do Sistema Único de Saúde, sendo constituído por representação dos gestores, prestadores, profissionais e usuários.

O funcionamento do CES está apoiado em Câmaras Técnicas e Grupos Temáticos que realizam reuniões periódicas para debater e discutir questões relevantes ao conselho e para o sistema de saúde e que serão levados ao Pleno para deliberações.

No período analisado, as Câmaras que constituíam o CES eram as seguintes:

- Comissão Técnica de Políticas de Saúde,
- Comissão Técnica Intersetorial de Saúde do Trabalhador,
- Comissão Técnica de Orçamento, Finanças e Prestação de Contas,
- Comissão Técnica de Relacionamento com os Conselhos Municipais de Saúde, e
- Comissão Técnica de Integração entre os Serviços de Saúde e Instituições de Ensino Profissional.

Além destas, há grupos de trabalho constituídos para temas específicos que integram as Comissões.

A partir da sistematização deste material, verificou-se que os temas mais pautados nas reuniões são dúvidas, definições e assessoria jurídica aos diversos Conselhos Municipais de Saúde do estado de São Paulo e do próprio CES/SP. Há, principalmente, convites aos conselhos, conselheiros e demais convidados para participação em eventos e reuniões.

As questões relativas à assistência no sistema de saúde entram como o terceiro tema mais pautado. O tema sobre o funcionamento dos serviços e atendimento à população, como e quais são os repasses financeiros aos serviços de saúde do estado foi pautado 18 vezes nas 13 atas analisadas. Neste item, os maiores questionamentos dizem respeito aos hospitais que atendem a população SUS no estado, sejam eles contratados, conveniados ou próprios.

Sobre os temas pautados e deliberados no Pleno do CES, foram solicitados diversos esclarecimentos à SES/SP, além de denúncias de fontes diversas encaminhadas aos setores responsáveis, sendo que, nas atas, não há registros das respostas a essas solicitações e, por diversas vezes, os pedidos foram reiterados pelo Pleno. Acrescenta-se o fato de que algumas

vitorias agendadas e convites a gestores para participação no Pleno do CES aconteceram por conta da necessidade de esclarecimentos não enviados. No entanto, também não há relatos sobre as visitas e participações dos gestores nas reuniões do CES, constando nas atas apenas convites e agendamentos.

O tema controle social também é constante nas reuniões do Pleno do CES. As discussões e deliberações são relacionadas à organização de eventos e formação de grupos para discussão da representatividade e estratégias de capacitação de conselheiros. Além disso, outro tema recorrente foi a decisão do governo de vetar os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde do estado, contrariamente à posição do CES. Até a última ata analisada, esta questão não foi definida, parecendo ser decisão ignorada pelo governo estadual.

Foi criado no CES um grupo de trabalho para a questão das órteses e próteses, ligado à Comissão Técnica de Orçamento (CO), que pautou diversas vezes o tema no Pleno do CES. Os questionamentos do grupo giraram em torno das políticas, orçamento destinado e gasto, diagnósticos de necessidades de órteses e próteses, sem que também houvesse respostas sobre as informações solicitadas pelo grupo, nas atas.

Verificou-se também, nas atas analisadas, a importância conferida pelo conselho às discussões sobre as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Organizações Sociais da Saúde (OSS) e terceirizações no setor e a posição contrária a esses mecanismos de gestão na saúde. O debate sobre as Organizações Sociais ainda continuará como pauta nas Comissões segundo as decisões do CES. No entanto, essa discussão também não foi respondida pelo governo estadual e municipal de São Paulo, aonde estes mecanismos vêm sendo largamente utilizados.

No que diz respeito ao orçamento da SES/SP para a saúde, como nos demais temas apresentados, observou-se questionamento constante nas reuniões, seja relacionado a verbas específicas, seja em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional 29 - EC-29⁶, orçamentos anuais, prestação de contas e Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO. Neste tema, a

6 Emenda Constitucional nº29 publicada em DO em 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

ausência de respostas da SES/SP e insistência do CES e do Ministério Público em obter esclarecimentos seguiu o padrão verificado anteriormente, não houve deliberações conclusivas mesmo sobre as dotações orçamentárias que foram apresentadas pela SES/SP, uma vez que não havia compreensão do CES sobre os dados apresentados. Foi criado um grupo de trabalho específico para estudar este tema, que ainda discutia o orçamento de 2005 e 2006. Na ata 140 há o registro de que esta discussão do financiamento deveria ser feita sob a ótica do Pacto pela Saúde.

Houve deliberações sobre problemas de saúde no estado de São Paulo que deveriam, segundo o CES, fazer parte do Plano Estadual de Saúde. Tais prioridades acertadas eram referentes à saúde do trabalhador, saúde da população negra, mortalidade infantil, além de políticas estaduais específicas a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade (como população indígena, sistema penitenciário, cortadores de cana etc). Contudo não houve discussões sobre a efetiva exigência pelo conselho de elaboração de um plano estadual de saúde, sendo exceção a cobrança enviada ao CES por um gestor municipal. Não obstante, nas deliberações do CES, essas questões são apenas sugeridas à SES/SP.

O tema do Pacto pela Saúde foi objeto de uma primeira apresentação no mês de junho de 2006, registrada na ata nº 138 e exposto por técnicos da SES/SP e representantes do COSEMS/SP. Nas atas estão registradas as observações feitas pelos conselheiros sobre o Pacto, quais sejam: patologias não incluídas como prioridades no Pacto pela Vida; necessidade de aprofundamento da discussão sobre o controle social; não estabelecimento de punições em caso de não cumprimento do Pacto, além de sugerirem ampla divulgação para os municípios. No entanto, não houve mais deliberações e discussões registradas para o processo de implantação do Pacto ou outras providências.

Em janeiro de 2007, mudou a presidência do CES e teve início um processo de discussão do Pacto com o compromisso de elaboração de um Plano Estadual de Saúde.

Na ata nº 144 do mês de janeiro de 2007, está registrado que houve uma apresentação dos indicadores e cronograma proposto pela portaria GM nº 91/07 do Ministério da Saúde, que trata dos indicadores de acompanhamento e avaliação do Pacto. Entretanto, parece não ter havido discussão, uma vez

que foi agendada uma apresentação detalhada para a reunião da Comissão de Políticas, com a presença dos demais conselheiros.

Esse tema da portaria nº 91/2007 também foi pautado na reunião de fevereiro – ata nº 145 – onde foi deliberado que o processo de pactuação dos indicadores deveria ser o primeiro ponto de pauta de todas as reuniões da Comissão Técnica de Políticas de Saúde.

Os temas mais específicos e detalhados do CES parecem ser discutidos dentro das Comissões Técnicas e é levado para o Pleno apenas o resumo, decisões e sugestões sobre os temas. No entanto, as deliberações são apenas indicações e solicitações que também parecem não ser levadas em consideração pela SES/SP.

Em geral, o encaminhamento dos temas deliberados no CES se dá através de ofícios dirigidos aos setores e órgãos pertinentes. Poucas vezes aparecem deliberações conclusivas nas atas, que devido a sua forma de redação acabam sendo pouco específicas.

A análise das atas no período indica que a relação entre o CES e a SES/SP é permeada por um difícil diálogo, sendo marcada por encaminhamentos formais e burocráticos de forma unilateral pelo Conselho, que desta forma, enquanto colegiado participativo de gestão tem baixa capacidade de interferir, orientar ou participar da política de saúde no estado de São Paulo.

Normatizações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP e do Governo do Estado de São Paulo para o setor saúde

As normatizações referentes à saúde no estado de São Paulo foram levantadas a partir do endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde, disponível no portal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP.

Dentre a legislação encontrada, o portal classifica como normatizações relacionadas à SES/SP os decretos emitidos pelo governador do estado referentes à saúde, as resoluções do secretário desta pasta e as deliberações da Comissão Intergestores Bipartite as quais não serão incluídas nesta sistematização por terem sido apresentadas anteriormente.

O período de estudo foi de 2006 a 2007, com a data limite de 26 de março de 2007, onde foram identificadas 116 normatizações. Destas foram selecionadas 22 (seis decretos e 16 resoluções) que possuíam relação com os objetivos da pesquisa.

A seguir apresentaremos uma breve descrição dos decretos e resoluções encontrados no levantamento realizado.

Decretos

A ementa do Decreto nº 50.503, de 01 de fevereiro de 2006 dispõe sobre a classificação institucional da Secretaria da Saúde, uma vez que constitui unidades orçamentárias e de despesa. Caracteriza-se como uma ação de modificação da estrutura interna da SES/SP, assim como o decreto nº 51.283, de 17 de novembro de 2006, que trata de outra medida de reestruturação interna na SES/SP. Este último decreto cria na Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – CCTIES dois centros de insumos e um centro de monitoramento e avaliação. Este decreto não faz referência ao Pacto pela Saúde e estabelece como prioridade a incorporação de tecnologia e insumos, especialmente no que se refere ao centro de monitoramento e avaliação.

Relacionado à regionalização, o decreto nº 51.307, de 27 de novembro de 2006 transferiu os Grupos de Vigilância Epidemiológica e Sanitária das Direções Regionais de Saúde da Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS para a Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD. Não há referência ao Pacto ou a um processo de regionalização, mas o conteúdo do decreto afeta este processo. A justificativa usada para a elaboração desta norma foi a necessidade de adequar a estrutura organizacional da SES/SP à execução das políticas de proteção da saúde, de modo a torná-la coerente com o desenvolvimento das ações de prevenção e controle de doenças, agravos e redução de riscos no âmbito estadual.

Como o anterior, o decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, também interfere na organização da regionalização do SUS-SP, uma vez que cria unidades na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. A justificativa desta reorganização considera a necessidade de

adequar estruturas funcionais finalísticas para o desenvolvimento de ações mais adequadas à nova realidade do sistema de saúde. Cria um Centro de Acompanhamento à Assistência Farmacêutica e Insumos de Saúde e um Núcleo de Controle e Acompanhamento no interior deste centro na CRS. Altera a denominação e reorganiza as Direções Regionais de Saúde as quais passam a ser denominadas de Departamentos Regionais de Saúde – DRS. Novamente não há uma referência ao Pacto pela Saúde. Portanto, trata-se de um decreto que propõe a reorganização da estrutura da SES/SP e não menciona que a nova divisão regional tenha sido elaborada com base num processo de pactuação entre os gestores estadual, regionais e municipais.

Os decretos nº 51.434, de 28 de dezembro de 2006 e nº 51.435, de 28 de dezembro de 2006 tiveram por objetivo respectivamente, reorganizar a Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS, criando novas unidades internamente a essa coordenadoria e criando a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. Ambos os decretos alteram a estrutura e funcionamento interno da SES/SP, sem que, na sua justificativa, explicitassem sua relação com as regras vigentes de organização e implantação do SUS nos estados - o Pacto pela Saúde. Consideram a necessidade de ganhar maior eficácia na responsabilidade de gerenciar serviços próprios com o estabelecimento na unidade da gestão do conhecimento e da informação e a necessidade de oferecer maior transparência e controle na gestão dos serviços de saúde oferecidos em parceria com unidades contratadas e conveniadas.

Resoluções do Secretário de Saúde - RSS

As resoluções relativas ao processo de regionalização ou ao planejamento encontradas são em número de 18. Destas, 14 resoluções são de 2006 e quatro são de 2007. Observou-se que fevereiro de 2006 foi o mês com maior número de resoluções relacionadas à pesquisa, num total de cinco⁷.

No mês de janeiro de 2006 foi publicada uma resolução (RSS nº 7) referente à mudança das áreas territoriais de atuação das Divisões Regionais de Saúde - DIR, o que na prática significou a mudança do município de Itaberá da DIR de Botucatu para a DIR de Sorocaba.

7 Resoluções do Secretário de Saúde nº10, nº12, nº14, nº17, nº18 de fevereiro de 2006.

A criação do Comitê Gestor do Portal Eletrônico através da resolução RSS nº 10, de 01 de fevereiro de 2006, é considerada estratégica para desenvolvimento institucional das organizações públicas no estado de São Paulo. É justificada pelo argumento de que a utilização de tecnologias de Internet auxilia o governo nas questões de qualidade e eficiência de serviços; na transparência e precisão das informações públicas; e na melhoria dos canais de comunicação e interação com as demandas dos cidadãos. O “Portal da SES/SP” é apresentado no decreto como significativo avanço tecnológico nas questões de preparação e publicação de material digital para a Internet, além de ser necessário garantir que este conteúdo esteja dentro de princípios éticos, tecnicamente adequados e alinhados às políticas de promoção e assistência. É esse Comitê que define as políticas de publicação no Portal do Governo sendo composto pelas coordenadorias de saúde e pelo secretário de saúde.

O Comitê Estadual de Monitoramento e Avaliação da Saúde Bucal (RSS nº 12 de 03 de fevereiro de 2006) foi criado pela necessidade de monitorar e avaliar as ações de saúde bucal no âmbito do estado de São Paulo para o estabelecimento de ações e políticas para esta área.

A criação da Coordenação da Gestão da Atenção Básica (RSS nº 14 de 09 de fevereiro de 2006) teve como objetivo a adoção de ações estratégicas e medidas de aperfeiçoamento para o acesso ordenado da população aos correspondentes serviços de saúde. A justificativa da resolução considera, dentre outras, a responsabilidade do gestor estadual na garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência, mediante adequada organização do sistema de referência, utilizando mecanismos e instrumentos compatíveis com a condição de gestão do município onde aqueles serviços estiverem localizados.

A criação do Grupo de Atenção às Demandas Extraordinárias na Coordenadoria Geral de Administração (RSS nº 24), de 07 de março de 2006, pode ser relacionada ao planejamento, uma vez que considera a necessidade de organizar, operacional e taticamente, a administração de demandas extraordinárias (no caso, os medicamentos), imprimindo agilidade às soluções, aliada à obtenção de bons resultados. A justificativa da resolução é de que os procedimentos sobre os quais este grupo deve atuar implicam o confronto entre orçamentos cada vez mais rígidos, face à

expansão de demandas, o que obrigaria, segundo a resolução, a reorganizar as formas de atuação e a adoção de novas práticas gerenciais adaptadas às estruturas organizacionais existentes.

A instituição da Comissão Técnica Consultiva do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) na CCD, (RSS nº 60), de 08 de junho de 2006, tem como justificativa a importância das informações sobre mortalidade e nascidos vivos para o planejamento, acompanhamento e avaliação do SUS, além da necessidade de aperfeiçoamento desses sistemas para aprofundar o conhecimento da situação epidemiológica da população. Este comitê é composto pela Coordenadoria de Controle de Doenças- CCD, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo-COSEMS/SP, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados- SEADE, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP/USP, Coordenadoria de Planejamento de Saúde-CPS, Coordenadoria de Regiões de Saúde - CRS, Coordenadoria de Serviços de Saúde - CSS, Instituto de Saúde - IS, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo- CREMESP, Associação Paulista de Medicina- APM, Instituto Médico-Legal – IML, Serviço de Verificação de Óbitos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SVO/FMUSP, Centro Brasileiro de Codificação de Doenças – CBCD. Não há, na resolução, qualquer referência ao Pacto pela Saúde.

Nas resoluções também ficou constituído o Comitê Estadual de Vigilância à Morte Materna e Infantil na CCD pela RSS nº 81, de 06 de setembro de 2006, como resposta à Portaria Gabinete do Ministro da Saúde, nº 1172, de 15/06/2004, que estabelece como atribuição do município, sob articulação do Estado, a vigilância epidemiológica da mortalidade materna e infantil. A justificativa da resolução refere que *“as taxas de mortalidade materna no estado de São Paulo têm se mantido em níveis elevados na última década, apesar dos esforços empreendidos, suscitando a adoção de medidas permanentes e concretas visando sua redução (...) e que a redução da mortalidade infantil deveu-se ao componente pós-neonatal, enquanto o componente neonatal vem se mantendo pouco alterado, refletindo principalmente as condições de assistência a gestante e ao recém-nascido.”* (sic).

Além dessas resoluções que implicam a criação ou instituição de comitês e grupos, foram identificadas outras que dispunham sobre a organização

do Grupo de Serviços Ambulatoriais Especializados do Sistema Único de Saúde – GSAESUS. Na resolução RSS nº 17, de 15 de fevereiro de 2006 este grupo é criado na Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS). A justificativa apresentada para esta resolução foi a necessidade de se desenvolver ações adequadas à nova realidade do sistema de saúde (no entanto, sem especificar qual era essa nova realidade), ganhando maior eficácia na responsabilidade de gerenciar os serviços. Sobre este mesmo grupo, outra resolução foi publicada (nº 54 de 12 de maio de 2006) apenas alterando temporariamente sua vinculação da CSS para a Coordenadoria das Regiões de Saúde (CRS), com a justificativa de que há fragilidade das fronteiras organizacionais e é necessária a flexibilização constante da gestão, de forma a maximizar o resultado das ações e responsabilidades na condução das atividades, adaptando-as aos objetivos do sistema de saúde.

A partir de uma normatização federal (Portaria GM nº 172, de 26 de janeiro de 2006), que versa sobre a contratualização dos hospitais filantrópicos do SUS, foi publicada a RSS 31, de 17 de março de 2006, que estabelece a contratualização das unidades assistenciais filantrópicas e/ou sem fins lucrativos e públicas que prestam serviços ao SUS, sob gestão estadual em São Paulo. As justificativas desta resolução consideram a necessidade de superar a lógica de remuneração por procedimento de saúde, bem como a necessidade de aprimorar o processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar e ambulatorial por meio do estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas. Também se referem à necessidade de buscar alternativas de apoio gerencial que favoreçam o equilíbrio financeiro das unidades que prestam serviços de saúde, dentro das prerrogativas e princípios do SUS. Consideram a necessidade de inserção das unidades de saúde na rede hierarquizada e regionalizada do SUS e a necessidade de conhecer a real produção realizada pelos prestadores de serviços de saúde aos usuários. A contratualização, neste caso, refere-se à fixação de limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, mediante a pactuação de metas físicas e qualitativas.

Duas outras resoluções (RSS nº 64, de 28 de junho de 2006 e a RSS nº 78, de 01 de setembro de 2006) tratam do reajuste proporcional dos tetos estipulados nos contratos e convênios firmados no âmbito do SUS São Paulo. A primeira foi decorrente dos procedimentos incluídos na Tabela SIH/SUS

(Diária de Acompanhamento para Gestante) e a segunda ocorreu por conta do reajuste concedido às consultas especializadas. Essas resoluções tiveram como justificativa as portarias ministeriais que concederam os reajustes.

As resoluções restantes referem-se às determinações de que aos DRS também cabe exercer auditoria (RSS nº 9, de 26 de janeiro de 2007), à CRS cabe acompanhar o projeto estadual do leite “Vivaleite” (RSS nº 12 de 31 de janeiro de 2007), além de dispor sobre as atribuições dos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS dos Departamentos Regionais de Saúde – CRS (RSS nº 13, de 09 de fevereiro de 2007), que têm como atribuições gerir e administrar na região de atuação a formação de pessoal para a Saúde. além de promover a qualificação técnica da força de trabalho dos profissionais de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde públicos e privados. E, por fim, mobilizar na região de atuação, diferentes atores sociais que interagem no cenário das políticas de formação e desenvolvimento em saúde.

Conclui-se, a partir do levantamento dos decretos e das resoluções do Secretário de Saúde feito no período de janeiro de 2006 a março de 2007 que, embora o conteúdo dessas normatizações verse sobre algumas funções do gestor estadual do SUS, não há uma referência direta ao Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a). Não há correspondência entre o compromisso assumido pelo secretário de estado da saúde como signatário do Pacto e as regulamentações, mediante portarias e decretos, expedidos pelo secretário no período. Uma parte significativa dos atos normativos analisados decorre da necessidade de responder a portarias ministeriais, essas sim, decorrentes da operacionalização do Pacto.

As medidas relacionadas à regionalização do SUS na legislação estudada modificam a estrutura organizacional e administrativa da SES/SP, como a renomeação das Direções Regionais de Saúde – DIR para Departamentos Regionais de Saúde - DRS, e a redução de 24 DIR para 17 DRS, sem explicitação dos critérios que orientaram esta reestruturação.

A exclusão dos núcleos de vigilância dos DRS e sua subordinação à estrutura da CCD pode indicar uma ação de centralização da SES/SP. Também impossibilita a estruturação do SUS regional, uma vez que não integra no âmbito do território da região de saúde as ações de vigilância à atenção à saúde.

A organização estrutural da SES/SP parece ocorrer em forma de grupos e núcleos, sendo que alguns deles são temporários, o que indica a necessidade de executar funções da SES/SP que não teriam espaço na estrutura atual.

Os decretos e resoluções não permitem dizer que a regionalização ou o planejamento dentro da SES/SP fosse feito por meio de pactuação entre os gestores no período estudado.

Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo 2008 – 2011

O documento, na sua versão de maio de 2007, está organizado em três partes. Na primeira são apresentadas as diretrizes gerais que devem nortear a elaboração do plano, na segunda parte, o anexo I, é descrito o diagnóstico de situação de saúde do estado e na última parte, o anexo II, uma proposta preliminar do plano com os eixos prioritários.

Primeira parte

A justificativa para a elaboração do plano é a mudança no quadro epidemiológico e o desenvolvimento da estrutura do sistema nos últimos quatro anos, tendo como objetivo maior “o contínuo aperfeiçoamento e a concretização do SUS, isto é, a consecução dos fundamentos do sistema, que são suas diretrizes éticas: **a universalização, a integralidade e a equidade da atenção à saúde no Estado de São Paulo**” (SES/SP, 2007, p. 2, grifos no original).

É apontado claramente que a elaboração do plano ocorre no contexto do Pacto pela Saúde.

Os desafios identificados são: aperfeiçoar a universalidade, entendida como acesso às ações de atenção básica; garantir a equidade, entendido como acesso à saúde integral, ou seja, aos procedimentos de maior complexidade e a redução das desigualdades nos perfis de saúde entre as regiões e estratos da população.

O planejamento é valorizado em vários momentos da parte introdutória: “As dificuldades de financiamento da rede de serviços de saúde, especialmente de média e alta complexidade, agravadas pelo encarecimento progressivo da assistência à saúde, torna fundamental o desenvolvimento organizacional do SUS, da busca de racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde.” (p. 2). Ainda são elencadas as

informações necessárias para a elaboração do plano: “Problemas prioritários (...), fatores que determinam a situação de saúde insatisfatória (...); métodos e linhas estratégicas que devem ser seguidas para solucionar os problemas elencados (...); responsáveis pela execução, com a definição de divisão de competências, responsabilidades (inclusive financiamento) e objetivos entre as três esferas de governo, para garantia solidária da integralidade; (...) procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas estratégicas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado” (SES/SP, 2007, p. 5).

É ainda prevista, de forma marcante, a necessidade de modificação da versão do Plano de Saúde de maio de 2007 pela discussão regional, prevendo uma contribuição descentralizada para a elaboração do plano estadual e sua discussão no Conselho Estadual de Saúde.

Assim percebe-se que a introdução do documento apresenta uma concepção de planejamento que prevê um diagnóstico complexo, a definição detalhada das ações e a avaliação e o monitoramento que, desta forma, contemplam o momento normativo do planejamento proposto por MATUS (1993).

Os fatores que devem balizar a elaboração do Plano Estadual são: as diretrizes legais do SUS (Constituição, Lei 8080; e Emenda Constitucional 29); as normas do Ministério da Saúde, principalmente o que se refere à fixação do teto financeiro e as normas e protocolos técnicos; as discussões nas instâncias de participação do SUS (Conselho Estadual de Saúde, Comissões Intergestores Regionais e Comissões Intergestores Bipartite); o limite do orçamento; prioridades políticas do Governo Estadual; considerações técnicas, administrativa e políticas da SES/SP; necessidades da população expressas em outras instâncias (Legislativo, Judiciário, etc.); e as situações de condições de vida e saúde de cada região.

Uma característica bastante interessante desta parte do documento é a descrição do papel do gestor estadual de saúde:

- Não mais realizador direto das ações de promoção, prevenção e assistência básica;
- Mantenedor de unidades de referência técnica (Centro de referência – idoso, mulher, etc.) para criar novos modelos e estratégias de

atendimento que possam ser reproduzidos pelos gestores municipais (papel de formulador de políticas e programas);

- De coordenar, supervisionar, capacitar, acompanhar e avaliar os municípios através das instâncias regionais;
- De formular e coordenar a política do SUS no estado;
- Gerenciar e regular a assistência de maior complexidade de nível estadual ou regional;
- Gerenciar os serviços próprios estaduais, hospitalares ou ambulatoriais (administração direta ou autarquias) que são referência especializada ou de alta complexidade do sistema;
- Gerenciar os institutos de pesquisa ligados à saúde.

Esta parte do documento faz uma pequena descrição do conteúdo das demais partes (anexo I e II), salientando que o anexo II (eixos do plano estadual de saúde) foi elaborado contemplando as prioridades identificadas no anexo I e pelo conhecimento técnico “já acumulado por inúmeros trabalhos e iniciativas que foram levadas a cabo nos últimos anos” (SES/SP, 2007, p. 6).

A primeira parte é encerrada com um cronograma para a elaboração do plano estadual que foi concluído em novembro de 2007.

Segunda parte

Item I - Situação de saúde do Estado de São Paulo

Consta do Plano, na segunda parte item I, a descrição e análise da situação de saúde por meio de: caracterização territorial; indicadores demográficos (pirâmide populacional, perfil populacional por sexo e idade, esperança de vida ao nascer, taxa de fecundidade, taxa líquida de migração e índice de envelhecimento); indicadores sociais (educação e saneamento básico); indicadores econômicos (renda, razão de dependência e mercado de trabalho); Índices de Desenvolvimento Social (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS); Indicadores de Saúde (produção e oferta de serviços de saúde; perfil de mortalidade: infantil, materna, AIDS; perfil da morbidade

hospitalar: taxas de internações por idade e sexo; internações por causas: obstétricas, infecções respiratórias agudas, acidente vascular cerebral e por complicações do *Diabetes mellitus*).

Item II – Doenças endêmicas e epidêmicas e outros fatores de risco para a saúde

Neste item são apresentados dados das ações de vigilância epidemiológica e sanitária sobre o controle das doenças, agravos e fatores de risco de notificação compulsória do Estado de São Paulo. São elas: Meningites, Sarampo / Rubéola, Difteria / Coqueluche, Doenças Imunopreviníveis – cobertura na rotina, Influenza, Doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses, Dengue, Leishmaniose Visceral Americana, Leptospirose, Febre Maculosa, Doença de Chagas, Hantavirose, Febre Amarela, Doenças de Transmissão hídrica e Alimentar, Poliomielite / Paralisias Flácidas Agudas – PFA, Doença Diarréica Aguda, Esquistossomose, Hepatites B e C, AIDS, Sífilis congênita, Tuberculose, Hanseníase, Raiva, Tracoma, Doenças Crônicas não transmissíveis, Acidentes e Violência e Fatores de risco ambientais para a Saúde Coletiva.

Item III – Oferta e produção de serviços SUS e gestão

Neste item é apresentada a Rede Assistencial SUS-SP nos seus diversos níveis de complexidade com sua oferta e produção na: Atenção Básica (Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família – ESF); Assistência Ambulatorial de Média Complexidade (consultas especializadas e Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS); Participação da Saúde Suplementar no Estado; Assistência Hospitalar (Oferta de leitos, leitos por Especialidade, Internações gerais por mil habitantes, Internações por especialidades, Internações de outras unidades federadas); Serviços Credenciados e Rede de Alta Complexidade, Urgências – UTI; Natureza e Gestão da rede SUS; Financiamento do SUS (Recursos por tipo de transferência); Assistência Farmacêutica; Recursos Humanos e Informações de Satisfação dos Usuários (ouvidoria).

O item I do diagnóstico, referente à descrição e análise da situação de saúde, é uma extensa e completa apresentação de indicadores sócio-

econômicos e de saúde. É realizada uma competente análise procurando explicar as mudanças ocorridas nos últimos anos. Em geral, os indicadores apresentaram melhora com o tempo, uns mais, outros menos, uns com ritmo mais acelerado, outros mais lentamente.

O item II, doenças endêmicas e epidêmicas e outros fatores de risco para a saúde é uma competente descrição das atividades da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

O item III, oferta e produção de serviços SUS e gestão, dimensiona a rede básica, especializada e hospitalar no Estado de São Paulo.

Todo o anexo I é a expressão da justaposição de informações. Apesar de apresentar análises e descrições importantes, falta uma sistematização para subsidiar a elaboração do plano estadual na priorização de problemas e definição das ações de saúde no processo de planejamento.

Para um melhor entendimento, alguns exemplos: os indicadores sociais e econômicos apresentaram mudanças nos últimos anos, a população envelheceu, diminuiu a taxa de dependência, etc. Que reflexo essas mudanças terão para a saúde? O plano estadual de saúde deve levar essas informações em consideração?

Os indicadores de saúde revelam uma concretização da transição demográfica. Como o plano estadual de saúde contemplará essa característica?

O tamanho da rede básica, em linhas gerais, é suficiente para uma adequada cobertura da população paulista. Como, então, o plano estadual de saúde deve investir na atenção básica?

Faltou, no diagnóstico, uma análise integradora, que buscasse um olhar do conjunto das informações e que apontasse para o delineamento da execução do planejamento e do plano estadual, procurando superar a fragmentação que se apresenta no momento.

Terceira parte – Eixos prioritários

A terceira parte do documento retoma a ênfase do planejamento da primeira parte e ressalta a necessidade de definição de objetivos, ações

estratégicas, divisão de responsabilidades e competências, estabelecimento de metas para o quadriênio e indicadores de avaliação.

São apresentados oito eixos:

1. ampliação do acesso (atenção primária, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, humanização dos serviços, serviços próprios estaduais);

2. capacidade de gestão estadual (mecanismos de gestão, regulação e contratação; sistemas de informação; planejamento regional; avaliação e monitoramento; ciência, tecnologia e inovação);

3. educação e trabalho;

4. mortalidade infantil e materna;

5. controle de riscos, doenças e agravos prioritários (doenças transmissíveis; não transmissíveis; vigilância sanitária e ambiental; laboratório de saúde pública);

6. serviços e ações (saúde mental; pessoas portadoras de deficiência, população indígena; população indígena e quilombola; saúde do trabalhador; saúde da mulher; saúde do idoso);

7. promoção da saúde; e

8. participação da comunidade e controle social.

Os eixos prioritários para o plano estadual de saúde foram elaborados sob diversas lógicas e recortes: “Em muitos casos o recorte escolhido para os eixos e sub-eixos segue a tradicional divisão de prioridades na área da saúde (mortalidade infantil e materna), das áreas técnicas existentes (saúde mental e bucal) ou de áreas assistenciais do SUS (média e alta complexidade), sem, entretanto, significar a perda da visão holística do sistema.” (SES/SP, 2007, p. 4).

No recorte por grupos populacionais prioritários são citados os seguintes segmentos: mulheres (com destaque para gestantes); crianças (com destaque para crianças abrigadas); pessoas presas; menores em conflito com a lei da Fundação Casa; pessoas portadoras de deficiências; doentes mentais; população negra e quilombola; trabalhadores; população indígena; e idosos.

Em relação às áreas temáticas é abordada, além daquelas referentes aos grupos populacionais prioritários, a saúde bucal.

Os problemas de saúde relacionados foram: mortalidade infantil, mortalidade materna, antroponozoonoses, tuberculose, hanseníase, DST-Aids, hepatites B e C, doença isquêmica do coração, doenças cérebro-vasculares, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, causas externas e câncer.

Em relação aos níveis de assistência – básica, média e alta complexidade – há destaque especial para a assistência farmacêutica.

Os eixos são amplos o suficiente e contemplam uma razoável lista de problemas, não apresentando de fato as linhas prioritárias.

Na análise do conjunto da base documental, isto é, atas da CIT, CIB, CES, normatizações da SES/SP e do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 evidencia-se, a partir de fevereiro de 2007, o início de um movimento da gestão estadual rumo ao Pacto. Este foi desencadeado a partir do compromisso assumido pelo gestor estadual junto ao CES para elaboração do Plano que, a partir da proposta inicial apresentada em maio de 2007, foi discutido nos Departamentos Regionais de Saúde em oficinas de trabalho.

Apresentaremos a seguir os resultados da pesquisa obtidos por meio dos roteiros de observação nas oficinas realizadas pelos Departamentos Regionais de Saúde selecionados para o estudo.

5.2. Relatórios de observação das Oficinas Regionais para elaboração do Plano Estadual de Saúde

Entre maio e junho de 2007 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES/SP – desencadeou a fase descentralizada da elaboração do Plano Estadual de Saúde por meio de oficinas regionais, que tiveram como objetivo formar os Colegiados de Gestão Regional – CGR, discutir a regionalização da saúde nos territórios e definir cronogramas de trabalho.

Todas as oficinas observadas seguiram a organização pré-estabelecida pela SES/SP: na primeira parte, exposições do nível central, do diretor do DRS e do representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo – COSEMS/SP; na segunda parte, os participantes dividiam-se em grupos para discussão.

Apresentamos a seguir os resultados das observações e análises das oficinas realizadas nos DRS casos.

I. Participação

I.a. Atores:

Participaram das oficinas os secretários municipais de saúde, técnicos e gestores das secretarias municipais, dos departamentos regionais e do nível central da SES/SP. O número de secretários presentes variou de acordo com a região. Em alguns DRS notou-se ausência de importantes gestores municipais e em outros houve também a participação de técnicos das Vigilâncias – Sanitária, Epidemiológica e Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN – e de universidades. Em um DRS estudado, já haviam sido definidos os Colegiados de Gestão Regional, os representantes e as microrregiões no momento da oficina. Não houve, portanto, necessidade de realizar a segunda parte da oficina.

I.b. Conteúdo

Nas cinco oficinas acompanhadas, a exposição do nível central da SES/SP referiu-se ao planejamento estadual de saúde, esclarecendo que o plano a ser elaborado contempla o período de 2008 a 2011 e deveria ser um instrumento de trabalho, não uma peça formal e burocrática a que os municípios aderem cartorialmente. Considerou-se ainda que este é um processo complexo, necessariamente dinâmico e estendendo-se por um período de quatro anos. O planejamento e o plano deveriam ser constantemente revisados e readequados, de acordo com as mudanças ocorridas na região. Destacou-se a inexistência de novos recursos, salientando-se que os gestores municipais deveriam ter clareza de que não teriam todos os recursos necessários e que os problemas de saúde não se resolvem apenas com a assistência médico-hospitalar. Foi enfatizado que o Plano Estadual de Saúde apresentado era um esboço para discussão das prioridades, no qual foram expostas as desigualdades existentes nas condições de vida, cabendo às regiões acrescentar ou suprimir necessidades verificadas. Destacou-se o caráter solidário e cooperativo que deveria envolver tanto a relação entre o estado e os municípios quanto a relação entre estes. Enfatizou-se que o objetivo do processo era não apenas a elaboração do Plano Estadual de Saúde, mas

fortalecer a construção do SUS. Foi informado que a SES/SP apoiaria DRS e municípios na elaboração de seus diagnósticos, planos e propostas, por meio de consultorias de universidades contratadas pelo nível central.

O nível central também apresentou os eixos prioritários e sub-eixos da proposta do Plano Estadual de Saúde e discutiu-se sua operacionalização segundo o Pacto pela Saúde. Enfatizou-se a importância de se utilizar informações regionalizadas para organizar um diagnóstico adequado, possibilitando a avaliação da região e dos municípios, de forma a manter o que era considerado satisfatório e apontar melhorias para questões qualificadas como insatisfatórias. Foram apresentados os princípios norteadores do Plano, os instrumentos de gestão a serem utilizados – como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) – e os conceitos de regionalização, território e tipos de região. Ressaltou-se também que, como o Pacto e a elaboração do Plano Estadual de Saúde envolviam gestores e conselhos de saúde, a discussão com estes últimos deveria ter início o mais rápido possível. Orientou-se o uso dos indicadores da portaria 91/2007⁸ para o monitoramento e avaliação do Pacto e do Plano.

Os representantes do COSEMS/SP apresentaram o Pacto pela Saúde com ênfase no Termo de Compromisso de Gestão. Ressaltaram o consenso havido entre os gestores dos três níveis de governo para, com aprovação do Conselho Nacional de Saúde, alcançar um Pacto que busque superar a fragmentação histórica das políticas e programas de saúde, prevendo a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada. O respeito às diferenças locorregionais; a qualificação do acesso da população à atenção integral à saúde; a instituição de mecanismos de co-gestão e planejamento regional; a valorização da cooperação técnica entre os gestores (solidariedade); a proposição de financiamento tripartite com estímulo de critérios de equidade nas transferências fundo a fundo; a substituição do atual processo de habilitação pela adesão ao Pacto pela Saúde por meio de assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG); a definição das responsabilidades sanitárias nos nove eixos do Pacto de Gestão; a integração

8 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007, Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.

de várias formas de repasse dos recursos federais de custeio; a unificação dos vários pactos existentes à época; a reafirmação de que todos os gestores são plenos na sua responsabilidade e a necessidade de maior transparência para o controle social foram outros pontos abordados.

Os diretores dos DRS apresentaram os diagnósticos de saúde baseados em indicadores de condições de vida e saúde ou demográficos, os perfis epidemiológicos e dados de oferta e produção dos serviços de saúde. Em algumas regionais foram apontados problemas de saúde prioritários específicos da região.

Os Departamentos Regionais observados apresentaram seus diagnósticos de saúde, elaborados para o momento da oficina, utilizando diversas fontes de informações nacionais, estaduais e regionais.

Também se observou que, apesar das exposições dos diretores dos DRS ressaltarem as desigualdades entre os municípios, em termos de perfil demográfico e sócio-econômico os diagnósticos tiveram maior ênfase na apresentação dos dados de produção, com desvinculação entre produção e situação de saúde.

II - Regionalização e formação dos Colegiados de Gestão Regional

Na segunda parte das oficinas observadas, os DRS discutiram a formação dos Colegiados de Gestão Regional, a divisão intra-regional e outras questões.

Um DRS observado apresentou proposta pronta de regionalização que, inicialmente suscitou discordância por parte de muitos municípios. Após debate, houve consenso e prevaleceu a proposta do DRS.

Em outro DRS, uma das microrregiões existente anteriormente foi extinta com a união de duas microrregiões. Nos colegiados das microrregiões foi decidido que a participação dos secretários municipais seria por representação. O Colegiado Gestor Macrorregional não foi formado.

Num terceiro DRS, a regionalização seguiu a antiga conformação das direções regionais – as DIR, exceto por um município, que optou por se estabelecer como uma microrregião isolada, participando apenas das reuniões macrorregionais. Em um dos grupos acompanhados os participantes passaram

a discutir os critérios de regionalização, que não poderiam ter como centro a questão das referências e dos prestadores, mas também a contigüidade, as condições de vida e situação de saúde similares, bem como a organização da atenção básica no município/região. Nesta regional, alguns participantes consideraram o processo como “vertical”, pois não tiveram acesso ao Plano Estadual de Saúde, ao que os técnicos da SES/SP responderam que este seria enviado posteriormente às equipes municipais.

No quarto DRS observado, inicialmente o gestor regional propôs que não houvesse a subdivisão em microrregiões, apesar da discordância de alguns representantes municipais. A discussão sobre os fluxos assistenciais, incluindo a referência interregional foi apenas iniciada. Também surgiram dúvidas dos participantes sobre a coexistência, atribuições e pautas da Comissão Intergestores Regionais - CIR e Colegiado de Gestão Regional, não esclarecidas na ocasião pelos técnicos do nível central da SES/SP. Outra proposta de pauta para o Colegiado foi a necessidade de rediscutir a política salarial, uma vez que alguns municípios com melhores salários atraem os profissionais desta região, em detrimento dos demais.

Dois outros DRS, por já estarem discutindo a regionalização, tinham conformado suas microrregiões e as Câmaras Técnicas, além do Colegiado de Gestão Regional anteriormente à oficina. Em um deles, na segunda parte da oficina regional foram definidos os temas a serem tratados nas Câmaras Técnicas e a forma de funcionamento do Colegiado de Gestão Regional.

III- Desdobramentos das oficinas

Em relação aos objetivos das oficinas, a saber, desencadeamento do processo de regionalização e planejamento a partir da implantação dos Colegiados de Gestão Regional, houve cumprimento do que foi proposto. Em todos os DRS estudados os Colegiados foram implantados, correspondendo a microrregiões definidas no interior de cada Departamento e que passaram a ser denominadas regiões de saúde.

Um outro objetivo foi a elaboração pelos DRS de propostas alternativas ao Plano Estadual de Saúde que, segundo orientação da SES/SP, deveriam ser feitas e encaminhadas em momento posterior ao nível central.

Os desdobramentos das oficinas foram distintos entre os DRS. Segundo proposta da SES/SP, um dos desdobramentos foi a elaboração do cronograma de reuniões dos Colegiados de Gestão Regional e das Câmaras Técnicas.

Em um DRS houve solicitação de apoio da SES/SP, inclusive para sua participação nos conselhos municipais. Este DRS e outro decidiram pela participação de representantes dos prestadores nas Câmaras Técnicas.

Outro DRS fez a proposta de participação de uma universidade pública – considerada mais que um prestador – no processo de planejamento, havendo discordância a respeito por parte do representante do nível central da SES/SP.

Em mais um DRS, a partir da forma como foram definidos os Colegiados microrregionais naquele momento, verificou-se que não estavam sendo seguidas as orientações do Pacto pela Saúde sobre a participação de todos os municípios nos Colegiados.

No último DRS analisado, as definições sobre o planejamento e a regionalização foram tomadas anteriormente ao momento das oficinas, não sendo possível apreender como foi a condução do processo inicial, se com ampla participação dos municípios ou se o processo foi centralizado pelo DRS.

Outro aspecto observado nas oficinas foi a participação do nível central da SES/SP e das direções dos DRS. Foi possível identificar orientações distintas em relação a temas idênticos. Essa distinção ficou evidenciada, por exemplo, quando foram abordadas questões relacionadas ao papel dos Colegiados, a manutenção das CIR, a condução do processo decisório, com maior ou menor centralização por parte dos técnicos dos DRS ou da SES/SP.

Entre os DRS analisados, observou-se que o processo foi conduzido pelos municípios em dois DRS, com fraco poder de intervenção do gestor estadual. Num terceiro DRS a situação foi inversa: os municípios seguiram as orientações do DRS, apesar de haver discordância. Os gestores municipais deste DRS revelaram ter uma baixa expectativa em relação ao processo coordenado pela SES/SP, por meio do gestor regional. Em outro DRS houve uma atuação em parceria entre os municípios e o gestor regional.

A análise dos conteúdos e resultados iniciais das oficinas evidencia a importância da condução do processo em um ambiente onde os atores mostram posicionamentos diferentes no nível central da SES/SP entre os níveis central e regionais, entre os níveis central/regional e o nível municipal e entre os gestores municipais. Em outras palavras, o caminho de construção do SUS estadual em São Paulo exige um longo processo de diálogo e negociação, que consiga superar dificuldades decorrentes das lacunas e atrasos na constituição de uma atuação efetivamente solidária dos diversos níveis de gestão. Muitas diferenças podem explicar essas dificuldades, como: no plano político-ideológico, no plano político-partidário, no plano das relações interpessoais, no plano econômico-financeiro para operar o SUS, no plano organizacional que define as relações de poder e micro-poderes, entre outros.

5.3. Resultados das entrevistas com diretor do DRS

Apresentaremos a análise feita a partir dos questionários respondidos pelos diretores dos seis Departamentos Regionais de Saúde – DRS – selecionados para estudo de caso, conforme a metodologia aplicada na pesquisa.

Os eixos de análise referem-se ao processo de planejamento e regionalização, equidade e governança, especificamente a relação entre os gestores regionais e municipais.

Os diretores dos cinco departamentos são médicos (quatro sanitaristas e um psiquiatra) e um cirurgião dentista. Um diretor ocupa o cargo há oito anos, dois outros há dois anos e os demais exercem a função há cerca de cinco meses, o que aponta para uma certa renovação na direção dos departamentos regionais.

Regionalização

O decreto 51.433 de 30 de dezembro de 2006 dispôs sobre uma nova regionalização da SES/SP, alterando as 24 Direções Regionais de Saúde para 17 Departamentos Regionais de Saúde. Os diretores regionais não participaram do processo de elaboração deste decreto.

Três DRS estudados foram modificados de acordo com este decreto, que imprimiu uma característica bastante diferente ao processo de

regionalização. Entre os departamentos estudados e modificados, um foi configurado a partir da junção de cinco DIR; os outros, pela junção de duas DIR. No primeiro caso, as antigas DIR não se reconheciam nesta nova estrutura, conforme observado nas entrevistas e oficinas acompanhadas. Isso fez com que a regionalização neste departamento tivesse como foco principal a recuperação da divisão regional anterior ao decreto, para conformação das microrregiões. Segundo o diretor do DRS, o processo de regionalização estava sendo elaborado pelos próprios secretários municipais, sem interferência do gestor regional. Os principais pontos de discussão na regionalização deste DRS eram a resolutividade da assistência e o diálogo com os prestadores de serviços.

Em um dos casos dos departamentos formados por duas antigas DIR, manteve-se a divisão em microrregiões existente anteriormente a este processo de regionalização. Neste Departamento o gestor regional exercia influência no processo e estimulava a participação dos gestores municipais. Os principais pontos tratados eram: financiamento, atenção básica, urgência e emergência e instituição das redes de cardiologia e ortopedia. Para o diretor do DRS, o foco principal da regionalização era a institucionalização do SUS, articulando a assistência e o financiamento no território. A regionalização neste DRS possuía uma característica de articulação entre os gestores, ou seja, era pactuada e integrada.

Em outro caso, o diretor considerou que a regionalização já existia por meio do fluxo de referência e contra-referência e similaridades de perfil epidemiológico. Eram seis microrregiões, que no processo se reduziram para cinco.

Nos outros dois DRS estudados não houve modificações na área de abrangência a partir do decreto. Em um deles a regionalização, desencadeada a partir do processo para elaboração do Plano Estadual segundo as diretrizes do Pacto, foi feita em conjunto com os secretários municipais de saúde. Duas microrregiões já haviam sido objeto de uma discussão prévia, iniciada em fins de 2005, extintas no processo de planejamento estadual subsequente. Essa discussão da regionalização partiu da organização de consórcio intermunicipal e baseou-se em documentos sobre metropolização da EMLASA. No outro DRS não houve nenhuma mudança na conformação das microrregiões, pois segundo seu diretor, não havia necessidade de tal

divisão, uma vez que sua região tinha poucos municípios e somente os menores tinham interesse na microrregionalização.

Pela análise dos conteúdos das entrevistas sobre a regionalização do SUS/SP, identificou-se que o processo de definição das microrregiões se deu de maneira bastante distinta nos departamentos. Em alguns deles, os municípios elaboraram uma proposta que foi acatada pelo diretor do DRS, em outros a proposta foi feita pela direção do DRS, discutida e aceita pelos municípios, e ainda houve proposta elaborada e definida pelos dois níveis de gestão do SUS conjuntamente.

Nos departamentos pesquisados a condução do processo de regionalização era diferenciada quanto ao papel de liderança do diretor, o envolvimento de suas áreas técnicas e dos municípios. Observaram-se três tipos de relação entre gestor regional e gestores municipais: condução do processo pelos diretores de forma participativa na formulação da regionalização; opção do diretor para que os municípios formulassem a proposta e conduzissem o processo e a formulação pelo próprio departamento sem participação dos municípios que, contudo, se submeteram à proposta.

A conformação dos Departamentos Regionais de Saúde foi embasada, segundo a SES/SP, em critérios jurídico-administrativos. Os critérios orientadores do processo de regionalização no interior dos departamentos estavam ligados à produção e oferta de serviços de média e alta complexidade e aos poderes locais regionais. Tais critérios eram utilizados na regionalização proposta anteriormente pela NOAS. Ainda que nas oficinas tivesse sido debatido o conceito de região de saúde de acordo com as diretrizes do Pacto, a sua operacionalização para definição das regiões não foi observada.

Segundo o Pacto, o Colegiado de Gestão Regional deve ser “um espaço de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, na organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva” (Brasil, 2006a, p. 35). Nos departamentos estudados observaram-se diferentes tipos de composição dos Colegiados Gestores Regionais. Em alguns foram constituídos CGR com participação de todos os municípios e representantes da SES/SP. Em outros foram criados Colegiados com participação de representantes dos municípios e da SES/SP. Identificou-se pressão por parte de grupos de interesse em participar do CGR, a saber: as universidades e os prestadores. Os DRS se diferenciaram quanto à inclusão ou não destes grupos

na composição dos CGR, alguns concordando e outros não aceitando. Todos os Colegiados teriam Câmaras Técnicas para apoiá-los.

Vale a pena destacar que em um DRS houve entendimento de que além do Colegiado de Gestão Regional dever-se-ia manter a antiga Comissão Intergestores Regional – CIR, cuja substituição pelo CGR, no entanto, está prevista pelo Pacto.

Planejamento

O Pacto de Gestão dispõe que o processo de planejamento deve se desenvolver de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão, incluindo a definição de mecanismos/instrumentos de monitoramento e avaliação, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades locorregionais. O papel do CGR é instituir o processo de planejamento regional, no qual são definidas “as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local” (Brasil, 2006a, p.21).

Segundo os entrevistados, a liderança do processo de planejamento regional ocorreu de forma distinta. Em dois DRS foi o próprio Colegiado que assumiu a liderança do processo. Em outros dois foi o DRS com suas áreas técnicas e em outros dois foi a área de planejamento do DRS que conduziu o processo. As Vigilâncias participaram do processo de planejamento regional em todos os DRS, apesar da separação física e de comando estabelecida por decreto estadual do ano de 2006.

Para apoiar a elaboração dos Planos Regionais e Municipais, todos os entrevistados disseram que teriam ações de apoio, por meio de assessorias e realização de oficinas. Quatro informaram que contariam com universidades, dois com o nível central da SES/SP e dois contratariam especialistas. Alguns DRS informaram já terem definidos mecanismos para acompanhar o processo de planejamento regional e estadual.

Como fontes de informação para a elaboração do Plano Regional e propostas para o Plano Estadual, todos os DRS utilizaram o DATASUS

e citaram também a utilização de outras fontes de informação, como SisMASUS, SISPACTO, dados produzidos regionalmente ou pelo nível central da SES/SP. Apesar de utilizarem os sistemas de informação, os dados não eram analisados em dois dos DRS estudados, eram analisados em dois departamentos em conjunto com os municípios e em outros dois apenas o DRS analisava os dados.

A utilização da informação para o exercício das funções gestoras estaduais de planejamento, programação, avaliação, monitoramento e controle, organização de referência e contra-referências, prestação de contas, conformação de redes assistenciais, vigilâncias epidemiológica e sanitária e capacitação foi objeto de entrevista.

Quadro 1 – Utilização de informações para exercício das funções gestoras regionais, segundo os DRS estudados, 2007

DPS	planejamento	programação	avaliação, monitoramento e controle	reorientação oferta e produção dos serviços de saúde	organização referência e contra-referência	prestação de contas	conformação de redes de assistência	vigilância epidemiológica	vigilância sanitária	capacitação
A										
B	X	X	X	X						
C	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
D	X		X		X					
E	X		X	X	X		X			
F	X	X	X		X					

Pelos resultados, observou-se que cinco departamentos disseram utilizar as informações no planejamento e no monitoramento e avaliação, quatro para organização da referência e contra-referência, três para programação e três para reorientação da produção e oferta de serviços. Em dois departamentos as informações seriam utilizadas para a conformação de redes. Um dos departamentos utilizava a informação para prestação de contas, vigilância sanitária e epidemiológica e na capacitação e um outro para análise de custos. Quando se analisa a utilização das informações por departamento, observa-se que somente um DRS utilizava a informação para todas as variáveis selecionadas. Chama a atenção que a maioria dos DRS utilizava a informação para o planejamento e avaliação, monitoramento e controle. Porém para a programação, reorientação da oferta e produção de serviços e organização de referência e contra-referência, atividades que necessariamente deveriam estar articuladas ao planejamento, avaliação, monitoramento e controle, não há uma correspondência. Vale destacar que

a maioria dos entrevistados não referiu a utilização de informações para a vigilância epidemiológica e sanitária e capacitação, evidenciando uma fragmentação dessas áreas na gestão regional.

O estudo da capacidade técnica dos DRS para elaboração dos planos regionais de saúde evidencia que, dos seis departamentos estudados, dois ainda não estavam organizados segundo previsto no Decreto 51.433/2006 (Quadro abaixo).

Quadro 2 – Estrutura técnica dos DRS estudados organizada de acordo com o Decreto 51.433/06, 2007

DPS	Centro de Planejamento e Avaliação			Centro de Credenciamento Processamento e Monitoramento			Núcleo de Assistência Farmacêutica e Outros Insumos	Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS		As vigilâncias participam da elaboração do Plano Regional	
	Núcleo de organização das redes de serviços	Núcleo de Regulação	Núcleo de avaliação e monitoramento de resultados	Núcleo de Credenciamento de Serviços para o SUS	Núcleo de Processamento da Produção de Serviços	Núcleo de Monitoramento e Divulgação de Informações de Saúde		Núcleo de Qualificação e Humanização das Ações da Saúde	Núcleo de Educação Permanente para o SUS	SIM	NÃO
A										X	
B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C	X	X	X	X	X	X		X	X	X(CCD)	
D										X	
E	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
F	X	X	X				X	X	X	X	X

O quadro acima evidencia que, pelo menos para as ações próprias do gestor estadual como planejamento, programação, avaliação, monitoramento e controle e desenvolvimento e qualificação de recursos humanos para o SUS, a maioria dos departamentos tinha estrutura para cumprir com suas funções.

Observou-se que, enquanto processo, desencadeado a partir de fevereiro de 2007 na SES/SP, o planejamento seguiu as diretrizes do Pacto de Gestão. No entanto, a condução do processo, a relação com os municípios e a construção solidária do plano regional não teve uma tendência entre as regiões, o que pode indicar uma heterogeneidade na compreensão e na adesão às propostas do Pacto.

Quanto à capacidade técnica, estrutura e acesso a informação de cada departamento, há evidências de que estas não são deficiências que possam limitar o avanço do planejamento na elaboração dos planos regionais e contribuições ao plano estadual. O desafio parece ser superar a lógica

fragmentada e orientada para a gerência de serviços de média e alta complexidade pelo gestor estadual e imprimir a lógica da organização dos serviços e sistema de saúde segundo as necessidades de saúde da população, com universalidade, integralidade e equidade.

Equidade

De acordo com Pacto pela Saúde “A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.” (Brasil, 2006a, pp. 7-8).

Na pesquisa, como apresentado anteriormente, foi construída uma referência teórico-conceitual para podermos analisar, segundo esta categoria, a possibilidade do processo de planejamento da SES/SP estar direcionado para a busca da equidade, tal como inscrito no Pacto.

Na verificação empírica, por meio da análise do material documental, pouco se observou em relação à equidade, apenas na parte de diagnóstico de situação de saúde da proposta de Plano Estadual apresentada pela SES/SP. Por meio das entrevistas, os resultados serão apresentados a seguir:

Quadro 3 – Questões relacionadas à equidade segundo os DRS estu-dados, 2007

DPS	O DRS usa indicadores de desigualdade em saúde para a elaboração do Plano Regional								Considera os indicadores acima suficientes para análise das desigualdades		Em relação à Atenção Básica que ações do gestor regional serão programadas ou constarão do Plano visando a redução das desigualdades					
	SIM								SIM	NÃO	Implantação de equipes de PSF	Implantação de serviços de atenção básica	Capacitação	Avaliação e Monitoramento	Articulação de Redes Assistenciais a Atenção Básica	Outras
	NÃO	Sócio econômicos	mortalidade	morbidade	oferta de serviços	Produção de serviços	índice de condições de vida (IDH, IPRS)	Outros								
A		X						X		X			X	X		X
B		X					X	X	X				X			
C	X								X							
D		X	X	X	X	X	X	X	X			X				
E		X	X	X	X	X	X	X	X				X	X		
F		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X

Aos entrevistados foi apresentada uma relação de indicadores de uso corrente nos serviços de saúde, através dos quais é possível fazer uma aproximação com a medida das desigualdades em saúde. Dentre estes, os mais utilizados nos DRS são os dados sócio-econômicos, sendo que apenas um entrevistado disse não utilizar indicadores para fazer análise de desigualdades. Em três departamentos os diretores utilizavam indicadores de mortalidade, morbidade e de oferta e produção de serviços, bem como usavam índices sintéticos como o IDH ou IPRS. No entanto, apenas dois diretores manifestaram achar tais indicadores suficientes para análise das desigualdades.

Quando se procurou identificar se o reconhecimento de desigualdades em saúde gerava ações de intervenção pelo gestor estadual em um determinado nível de atenção, no caso, Atenção Básica, um dos diretores entrevistados informou a inexistência de programação dessas ações relacionadas à redução de desigualdades nas regiões. Dos outros entrevistados, em relação aos municípios com piores condições de vida, quatro departamentos disseram planejar ações de capacitação, dois departamentos programavam ações de avaliação e monitoramento, um departamento programava implantação de equipes de PSF e um outro programava articulação de redes assistências à atenção básica.

De acordo com as entrevistas, os diretores referiram utilizar indicadores de condições de vida e quatro deles julgaram que estes são suficientes para o reconhecimento das desigualdades. No entanto, isso não se refletiu necessariamente em intervenções para redução de desigualdades que, dentre as apontadas, a mais citada foi capacitação. Chama atenção que implantação de serviços não foi considerada pelo gestor regional como intervenção desse nível de gestão para a redução de desigualdades.

Assim como o observado na base documental, as entrevistas indicam que a questão da equidade não é considerada nas práticas da gestão cotidiana do sistema de saúde, embora seja referida nos discursos.

Integralidade

O Pacto pela Saúde trata a questão da integralidade tanto no que diz respeito à gestão do sistema quanto à atenção. Estas diferentes

abordagens também foram identificadas na literatura, como apresentado anteriormente.

A integralidade relacionada à gestão para elaboração dos Planos de Desenvolvimento Regional é referida no Pacto como necessidade de “(...) expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.” (p. 18).

Além disso, o Pacto também aponta que o “(...) planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado” (p. 22). E, para garantir esse princípio, “os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.” (p. 30).

Por outro lado, a integralidade relacionada à atenção é referida no Pacto como necessidade de “garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências.” (p. 41).

Na pesquisa, buscou-se apreender a opinião dos diretores de departamento sobre instrumentos organizacionais ou operacionais utilizados no DRS na regulação e respectivos desempenhos para garantia de acesso e a integralidade da atenção. O ponto central foi a integralidade do sistema e o papel de articulação e de regulação própria do gestor estadual no SUS. Seguem abaixo as respostas obtidas:

Quadro 4 – Desempenho dos serviços de atenção básica quanto à atenção integral prestada à população segundo os DRS estudados, 2007

DRS	Garantia de acesso à atenção básica	Encaminhamento de outros níveis de atenção quando necessário	Garantia de acesso à internação (geral)	Garantia de acesso à internação parto	Garantia de atendimento serviços especializados	Garantia de atendimento realização de exames	Implementação política humanização da assistência	Retorno paciente ao serviço de origem após encaminhamento (contra-ref)	Resolução 80% ou mais dos casos sem necessidade de encaminhamento
A	PS	I	PS	PS	PS	PS	NS	PS	NS
B	PS	PS	S	S	PS	PS	PS	NS	PS
C	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS
D	NS	NS	PS	PS	PS	PS	PS	NS	NS
E	S	S	S	S	PS	S	NS	NS	NS
F	S	S	S	S	S	S	PS	PS	PS

Legenda: S – Satisfatório; PS – Pouco Satisfatório; NS – Não Satisfatório; I – Ignora

O quadro acima mostra que, na opinião dos diretores de departamento, a garantia de acesso à atenção básica na sua região era, em sua maioria, pouco e não satisfatória. Os encaminhamentos feitos para outros níveis de atenção a partir da atenção básica, em sua maioria, também eram pouco satisfatórios. Quanto ao acesso a internações gerais, a opinião foi dividida igualmente entre satisfatório, pouco e não satisfatório. Para as internações de parto houve um predomínio da condição satisfatória no acesso a esse tipo de serviço. Já para os atendimentos a serviços especializados, a opinião da maioria era pouco ou não satisfatória. Em relação aos exames de apoio diagnóstico, também foi considerado pouco ou não satisfatória a garantia na região ao acesso a estes procedimentos. A contra-referência de serviços especializados de maior complexidade para a atenção básica foi a pior avaliada. Coerentemente com as opiniões anteriores, a maioria dos diretores de região considerou a resolutividade da atenção básica não satisfatória.

Uma das dimensões do Pacto de Gestão, na qual o gestor estadual tem um papel relevante, é a regulação. Esta dimensão do Pacto é efetivada por meio de mecanismos e instrumentos diversos, através dos quais busca-se garantir a integralidade.

Os instrumentos/mecanismos de gestão mais utilizados para organizar os níveis de complexidade de atenção para garantia da integralidade são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 5 – Instrumentos operacionais do DRS para regulação, desem-penho desses instrumentos e avaliação de referência e contra-referência segundo os DRS estudados, 2007

DRS	Instrumentos organizacionais ou operacionais do DRS na regulação de										Considera desempenho das centrais satisfatório										Há avaliação do sistema de referência e contra-referência			
	Consultas especializadas		exames		internação eletiva		internação emergência		internação parto		Consultas especializadas		exames		internação eletiva		internação emergência		internação parto		SIM	NÃO		
	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO				
A			X				X							X					60%	para trauma neuro e isolamento			X para leitos	
B	X				X		X		X		X			X	X		X			X		X		
C							X	X		X									X				X	
D	X		X		X		X			X		X		X		X		X		X			X	
E	X		X			X	X		X		X		X		X		X		X	X		X		
F	X		X			X	X		X		X		X (Patologia Clínica)		X (imagem)		X	X		X				X

Quando questionados sobre os instrumentos organizacionais utilizados para a regulação de vagas, apenas para a internação de emergência todos os DRS contavam com alguma forma de instrumento. A internação eletiva e exames não tinham forma de regulação em dois DRS. Na avaliação pessoal dos entrevistados sobre o desempenho dos instrumentos de regulação do DRS, dois consideraram a regulação de consultas especializadas satisfatório; três consideraram que o desempenho não é satisfatório para exames e um considerou satisfatório apenas para patologia clínica; na internação eletiva apenas um entrevistado considerou o desempenho satisfatório; a internação de emergência teve o desempenho classificado como insatisfatório em três casos e pouco satisfatório em um; três classificaram a regulação de parto como satisfatória, mas os demais não responderam a questão. A avaliação da referência e contra-referência, segundo os diretores, era feita em três DRS, sendo que em um era feita apenas para leitos.

Observa-se que há uma tendência em se privilegiar as centrais de vagas como mecanismo/instrumento para operacionalizar a integralidade entre os níveis de atenção. Porém a utilização deste mecanismo para os diversos tipos de serviços é irregular, prevalecendo para emergência, consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico terapêutico. O desempenho

desses serviços foi considerado satisfatório predominantemente para exames laboratoriais e internação para parto (metade dos DRS).

Assim, considerando-se os resultados acima apresentados, observou-se uma baixa integralidade da atenção e pouco instrumental gerencial utilizado para operacionalizar as diretrizes do Pacto em relação à integralidade.

5.4. Resultados das entrevistas com Secretário Municipal de Saúde - representante regional do COSEMS/SP

A seguir apresentaremos a análise feita a partir dos questionários respondidos pelos secretários municipais de saúde que eram representantes do COSEMS/SP das regiões selecionadas para estudo de caso. Em um DRS o COSEMS/SP, à época da pesquisa, não havia indicado um representante regional e, por esse motivo, não fez parte desta etapa do trabalho.

Os eixos principais tratados referem-se aos processos de planejamento e regionalização, equidade e integralidade segundo o Pacto pela Saúde. Foram os mesmos eixos que orientaram o estudo para os gestores regionais.

Dos cinco representantes entrevistados, três são médicos – um pediatra e dois sanitaristas –, um deles é cirurgião dentista e um atua como profissional do magistério.

Regionalização

Em dezembro de 2006, a SES/SP estabeleceu uma nova regionalização pelo Decreto 51.433/06, como apresentado anteriormente que, segundo a maioria dos entrevistados, essa regionalização não contemplava os interesses dos municípios e, na sua formulação, todos os secretários municipais informaram que não houve diálogo com o COSEMS/SP.

Diferentemente, no processo desencadeado em fevereiro de 2007 na SES/SP para elaboração do Plano Estadual de Saúde, o COSEMS/SP tem sido um efetivo parceiro. Na sua formulação, a maioria dos entrevistados refere que as propostas apresentadas pelo COSEMS/SP foram parcialmente incorporadas. Houve um acordo para que o Plano e a regionalização se baseassem no PDR de 2002, no qual o COSEMS/SP teve uma participação ativa na sua elaboração, apesar de não ter sido efetivado à época.

O COSEMS/SP, para melhor contribuir no processo de implementação do Pacto, em particular no planejamento e regionalização, estava realizando oficinas para discussão do princípio da regionalização e outros conteúdos necessários para elaboração dos seus termos de compromisso de gestão.

Planejamento

Em relação à estratégia de trabalho para elaboração do Plano Regional de Saúde, alguns entrevistados referiram que ela era insatisfatória por haver discordância quanto à regionalização. Enquanto o gestor estadual defendia a proposta de não haver nova microrregionalização, os gestores municipais defendiam a proposta de se avançar numa nova microrregionalização. Outros referiram que o sucesso da estratégia proposta pela SES/SP para elaboração do Plano Regional de Saúde dependeria fortemente de sua condução em cada DRS. Apontavam dúvidas quanto à efetivação dos Planos Regionais de Saúde, na medida em que estava previsto que não seriam discutidos aspectos centrais como os recursos financeiros e a PPI.

Uma questão central nesse processo de implementação do Pacto pela Saúde em São Paulo foi o estabelecimento de uma nova relação entre os gestores regionais e municipais. Na pesquisa, a qualificação desta relação pelos secretários foi considerada como conflituosa por um deles, por outro como normalista/formalista/indutora, enquanto três entrevistados disseram que a relação tendia a ser cooperativa.

Os municípios dos DRS estudados, segundo os representantes do COSEMS/SP, já possuíam planos municipais de saúde e contaram, na maioria das vezes, com o apoio do gestor regional para sua elaboração. Dois entrevistados disseram que os municípios estavam refazendo os seus planos. Apenas um entrevistado afirmou que o DRS não ofereceu apoio técnico para elaboração dos planos municipais.

Na elaboração dos planos regionais, a opinião dos entrevistados foi mais otimista quanto à incorporação das necessidades dos municípios: nenhum deles achou que elas não seriam contempladas, embora, alguns consideraram que seriam parcialmente, outros que seriam plenamente contempladas.

As estratégias propostas pelos municípios para acompanhar a elaboração do plano regional foram diversificadas. Para um representante, essas estratégias incluíam a implantação do Colegiado de Gestão Regional, o monitoramento pelo COSEMS/SP a ser realizado com recursos do Ministério da Saúde por meio do PLANEJA-SUS, a contratação de consultores das universidades e demais instituições para apoio aos colegiados na formulação dos Termos de Compromisso de Gestão. Houve também uma proposta de se criar um observatório de saúde, foi criado um grupo no COSEMS/SP para discutir a saúde na região e foi proposta a realização de oficinas de planejamento estratégico que deveriam ocorrer de forma descentralizada nas microrregiões.

Portanto, em relação ao planejamento regional, observou-se que estratégias e ações para elaboração e acompanhamento do Plano ocorreram diferentemente em cada região. Essas diferenças foram marcadas pela disponibilização de recursos do Ministério da Saúde e pela capacidade técnica e política de cada regional. As diferenças foram localizadas entre as equipes dos DRS, entre as equipes dos municípios, nos recursos disponíveis e na presença de universidades. Chama atenção que, dentre as estratégias apontadas pelos entrevistados para a elaboração e acompanhamento dos planos não foram referidas ações e recursos de parceria entre os gestores municipais e o gestor de nível regional e central da SES/SP.

Equidade e Integralidade

Para se obter uma base empírica para a discussão da equidade, enquanto categoria de análise da pesquisa, nas entrevistas com os secretários municipais de saúde, buscou-se apreender ações dos gestores regionais voltadas para a redução das desigualdades em saúde. Nos resultados obtidos, apenas um representante regional disse que o gestor regional adotava medidas que beneficiavam municípios com indicadores de condições de vida e saúde menos favoráveis. Esse resultado é coerente com os obtidos nas entrevistas com os diretores de DRS que, apesar terem conhecimento sobre as desigualdades, elas não se traduzem em ações concretas de intervenção visando a equidade.

Em relação à integralidade das ações, a maioria dos entrevistados classificou como satisfatório o acesso a: atenção básica, internação geral e parto. Por outro lado, o atendimento em serviços especializados, realização de exames e retorno do paciente ao serviço de origem após o encaminhamento (contra-referência) foram considerados não satisfatórios ou pouco satisfatórios. A resolubilidade da rede de Atenção Básica e a referência a outros níveis de atenção foram consideradas pela maioria dos entrevistados parcialmente satisfatória, conforme quadro abaixo:

Quadro 6 – Desempenho dos serviços de atenção básica quanto à atenção integral prestada à população segundo a avaliação dos representantes do COSEMS/SP nas regiões, 2007

Representantes do COSEMS das regiões	Desempenho obtido pelos serviços de atenção básica quanto à atenção integral prestada à população em relação à							
	Garantia de acesso à atenção básica	Encaminhamento de outros níveis de atenção quando necessário	Garantia de acesso à internação (geral)	Garantia de acesso à internação parto	Garantia de atendimento serviços especializados	Garantia de atendimento realização de exames	Retorno paciente ao serviço de origem após encaminhamento (contra-ref)	Resolução 80% ou mais dos casos sem necessidade de encaminhamento
A	PS	PS	NS	PS	NS	NS	NS	NS
B	S	NS	NS	S	NS	S	NS	S
C	S	PS	S	S	I	S	I	PS
D	S	PS	S	S	NS	NS	PS	PS
E	S	PS	S	S	PS	NS	NS	PS

Legenda: S – Satisfatório; PS – Pouco Satisfatório; NS – Não Satisfatório; I – Ignora.

Quanto à conformação das redes assistenciais regionais e inter-regionais que vem sendo conduzida pela SES/SP, dois entrevistados consideraram que as demandas dos municípios foram contempladas, embora os demais não consideraram, evidenciando mais uma vez as diversidades regionais.

Uma das dimensões do Pacto de Gestão, na qual o gestor estadual tem um papel relevante, é a regulação. Esta dimensão do Pacto é efetivada por meio de mecanismos e instrumentos diversos, através dos quais se busca garantir a integralidade.

Os instrumentos/mecanismos de gestão mais utilizados pelos DRS para organizar os níveis de complexidade de atenção, visando a integralidade, segundo a opinião dos secretários municipais são apresentados no quadro seguinte:

Quadro 7 – Instrumentos operacionais do DRS na regulação e avaliação do desempenho das centrais, segundo os representantes do COSEMS/SP nas regiões estudadas, 2007

Representante do COSEMS das regiões	Instrumentos organizacionais ou operacionais do DRS na regulação de										Considera desempenho das centrais satisfatório										
	Consultas especializadas		exames		internação eletiva		internação emergência		internação parto		Consultas especializadas		exames		internação eletiva		internação emergência		internação parto		
	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	Central de vagas	outra forma	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
A							X													X (Plantão regulador)	
B			X				X	X						X							
C												X		X			X			X	X
D	X		X									X		X		X		X			X
E	X		X				X		X			X		X			X				X

Em relação à regulação, um entrevistado não reconhecia nenhum instrumento organizacional do DRS para a regulação de vagas sobre qualquer tipo de atenção. A inexistência de instrumento na regulação de vagas para internação eletiva foi outra regularidade encontrada. Somente um entrevistado informou que em sua região há regulação, através de centrais de vagas, para consultas especializadas, exames e internações de emergência e parto.

A maioria dos entrevistados considerou insatisfatórias as centrais de vagas existentes, independentemente de sua especificidade.

Todos os entrevistados manifestaram boas expectativas em relação ao processo de regionalização, planejamento e pactuação e destacaram o aspecto positivo da conformação dos colegiados. Houve unanimidade na afirmação de que o diálogo entre os municípios, e desses com o estado, foi aprimorado no processo de implementação do Pacto. Dois entrevistados ressaltaram que deveriam ainda ser equacionados os problemas dos recursos humanos e da escassez de financiamento para a viabilização das pactuações.

6 - Discussão

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o processo de planejamento regional do SUS no estado de São Paulo, segundo as diretrizes do Pacto de Gestão. Seus objetivos específicos eram identificar e analisar no processo de planejamento/pactuação do SUS São Paulo: a atuação dos diferentes atores sociais envolvidos; os conteúdos e propostas dos gestores estadual/regional e municipais; e os mecanismos, instrumentos e estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação.

Segundo o Pacto pela Saúde, a operacionalização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS e a organização do sistema e dos serviços devem estar orientadas pela lógica das necessidades de saúde. Nesse sentido, “as políticas públicas devem ser apreciadas pela sua capacidade de concretizar direitos sociais, pela solidariedade e responsabilidade coletiva, em oposição à mercantilização de serviços” (LAURELL, 1997:85).

O planejamento é um processo essencialmente político para a organização e consecução dos objetivos do sistema de saúde. O enfoque do planejamento no SUS e, conseqüentemente, da programação é predominantemente normativo. A distribuição da população em grupos heterogêneos que detêm poderes econômico, político, cultural e simbólico significativamente diferenciados, distinguindo-se pela ocupação e apropriação do espaço e a distribuição desigual dos poderes técnico, administrativo e político dos serviços de saúde (Paim, 2003) não ocupam lugar central no processo de planejamento.

No entanto, esses determinantes estruturais resultam em desigualdades sociais que correspondem a distintos perfis epidemiológicos e padrões de consumo de bens e serviços, conforme as condições de vida dos grupos populacionais. Assim, “se o planejamento ignora as desigualdades em saúde, enquanto expressão de desigualdades sociais deixa de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população (...) perdendo, conseqüentemente, a sua relevância.” (Paim, 2003, p.194).

Segundo o Pacto pela Saúde, o planejamento do SUS deve seguir as seguintes diretrizes: ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão; consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais; promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos.

Destaca-se a “dificuldade de estabelecer uma estrutura de gestão e planejamento permanente no nível microrregional, de consolidar instâncias colegiadas de articulação dos municípios da área e de garantir a continuidade de uma política de suporte das Secretarias de Estado da Saúde.” (ARTMANN e RIVERA, 2005, p.29). Faz-se necessário, então, enfrentar desafios como rivalidades políticas, cultura patrimonialista de administração pública e baixa governabilidade de alguns níveis de gestão, num contexto de graves desigualdades regionais em um sistema federativo sem tradição de relações intergovernamentais cooperativas (BRASIL, 2004).

Para apreendermos estas relações no processo de planejamento regional do SUS no estado de São Paulo, segundo as diretrizes do Pacto de Gestão, a governança, como categoria de análise da pesquisa possibilitou o estudo das regras em jogo e da posição de diferentes atores.

A governança entendida como uma *ferramenta analítica para a compreensão dos fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo*, pressupõe a existência de múltiplos interessados em relação a um objeto comum. É um princípio básico de processos em que nem todos são de igual importância, onde é preciso considerar a inclusão tanto dos interessados de relevância técnica quanto daqueles para maximizar a dinâmica política e assegurar a legitimidade do processo a longo prazo.

Pelos resultados obtidos nas bases documentais e dados primários da pesquisa para identificar e analisar a atuação dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento e pactuação foi possível caracterizar grupos (atores envolvidos no processo) e padrões de relacionamento. Os grupos identificados foram: os gestores, técnicos e profissionais que exercem funções gerenciais e de atenção à saúde nos três níveis federados, universidades e prestadores.

Quanto aos padrões de relacionamentos, no SUS São Paulo, foram identificados dois grandes padrões polares. O primeiro é centralizador e autoritário e o segundo caracterizado pelo diálogo.

Os dados da pesquisa que corroboram esse primeiro padrão de relação foram, dentre outros: a maneira como foi conduzida a reestruturação da SES/SP, em particular a sua regionalização definida no decreto nº. 51.433 de 2006; outro fato foi o início tardio, pelo gestor estadual, da discussão e implementação do Pacto pela Saúde ocorrida somente um ano após sua formalização pelos gestores federal, estaduais e municipais. Os gestores municipais, por não encontrarem apoio no nível regional, constituíram seus sistemas de saúde, na tentativa de oferecer resolutividade e acesso para a população avançando nos diferentes níveis de complexidade, de maneira independente da SES/SP. Assim, este padrão é caracterizado predominantemente pela indução, onde as deliberações são próprias da Secretaria de Estado da Saúde, determinando as regras para as instâncias municipais. Na relação com os municípios, neste padrão, estes ora são considerados parceiros do sistema de saúde pelo gestor estadual quando as normas são para regulamentar as estabelecidas pelo gestor federal, e ora não são considerados parceiros quando as normas são próprias da SES/SP. Com os prestadores privados, contratados/conveniados, e as universidades, a relação estabelecida não é transparente, não sendo pautada pelos princípios do SUS, mas de acordo com os interesses bilaterais desses grupos específicos com a SES/SP.

O segundo padrão polar de relacionamento é o resultado da interação, através do diálogo, entre os gestores e os demais grupos/atores envolvidos, na qual estes últimos são considerados parceiros na gestão.

Este padrão pode ser observado quando do início do processo de implementação do Pacto de Gestão. Destacamos a conformação das microrregiões, denominadas regiões de saúde da SES/SP e o estabelecimento dos Colegiados de Gestão Regional – CGR – em todas as microrregiões. A inovação nessa nova instância de participação é a presença obrigatória de todos os secretários municipais de saúde na sua composição, o que o diferencia das Comissões Intergestores Regionais onde os secretários municipais tinham participação por representação. Destaca-se ainda o processo participativo adotado no planejamento regional sob forma de

oficinas de trabalho envolvendo todos os atores. Este processo está em conformidade com a diretriz de descentralização proposta pelo Pacto de Gestão, apresentada anteriormente.

Apesar de participativo o processo não foi homogêneo em todo estado, havendo regiões onde os municípios foram reconhecidos como parceiros na gestão do SUS e em outros considerados como prestadores de serviço. Por fim, houve regiões em que os gestores assumiram a posição de não interferirem na relação entre os municípios, por estarem todos na condição de gestores plenos do sistema municipal de saúde. Em relação aos demais atores, as universidades e prestadores foram reconhecidos de forma heterogênea como parceiros para comporem o CGR.

Considerando as diretrizes do Pacto de Gestão e o planejamento estadual, pode-se dizer que ainda há um longo trajeto a ser percorrido para o estabelecimento de uma relação de cooperação entre os diferentes gestores. A pesquisa revelou que é possível a elaboração de uma pactuação de fato, apesar da estrutura da SES/SP – centralizada e ao mesmo tempo fragmentada – tornar-se um obstáculo para os processos de cooperação e pactuação.

Tendo-se apreendido a atuação dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento/pactuação do SUS-SP apresentada acima, buscaremos discutir os conteúdos e propostas compartilhadas, ou não, por estes diferentes atores no processo.

Os conceitos-chaves para a análise de conteúdo do material empírico foram a regionalização, a equidade e a integralidade que evidenciam as regras do jogo da governança.

No Pacto de Gestão, a regionalização é considerada um eixo estruturante e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

De acordo com GUIMARÃES (2005), a maneira como se aborda o conceito de região e a construção histórica do mesmo influencia a proposta de regionalização do setor saúde, pois a “ação do Estado no ordenamento territorial do país deixou um legado que deverá ser considerado por qualquer política pública e em todo processo de regionalização.” (p. 1018). Este mesmo autor propõe que a divisão regional da política de saúde do

Brasil expresse a pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor, com base na diversidade de situações, arranjos e alternativas que estão sendo construídos pela sociedade para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Isso significa que um processo de regionalização não ocorre sem disputa política e pode se constituir como espaço de negociação e de esforços necessários para a concretização do SUS, ou seja, “as fronteiras de região marcam, portanto, uma disputa social pelo lugar em torno do qual o poder é exercido e contestado” (GUIMARÃES, 2005, p. 1022).

Partindo dessa concepção de região, questões sociais anteriormente relegadas ganham relevância regional, mesmo que não impliquem necessariamente em fenômenos inscritos naquele espaço físico. Isso mostra que as características de um processo de regionalização fazem com que o território concebido e, ao mesmo tempo, em processo de construção por uma política de saúde seja mais do que a simples extensão territorial dos municípios brasileiros.

Segundo o Pacto de Gestão os objetivos gerais da Regionalização são:

“garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal; garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locais regionais se expressem nas regiões (e não fora delas) e racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional”
(BRASIL, 2006b, p. 19).

O planejamento regional para a elaboração dos Planos Diretores de Regionalização e dos Planos Diretores de Investimento partiu da regionalização estabelecida pelo decreto SES/SP nº. 51.433/06, que delimitou os atuais 17 Departamentos Regionais de Saúde. Neste decreto não foram explicitados os critérios que justificassem a conformação

dos DRS estabelecidos. Pela análise de conteúdo podemos inferir que a lógica que o permeou foi a da redução da estrutura administrativa da SES/SP.

A regionalização, segundo o Pacto de Gestão, realizada no âmbito dos DRS avançou para a conformação das microrregiões embora os gestores a denominassem de regiões de saúde.

Na conformação das microrregiões no interior dos DRS, os dados da pesquisa evidenciaram que a regionalização, na maioria das vezes, era entendida como processo de organização da referência e contra-referência da assistência em seus diversos níveis de complexidade. Desta forma, prevaleceu a concepção de regionalização entendida como recorte espacial que concentra recursos, infra-estrutura, informação e implica em solidariedade organizacional entre lugares, não contemplando totalmente os pressupostos da regionalização contidas no Pacto de Gestão, especialmente no que se refere ao território como um processo socialmente construído, com toda a sua complexidade na determinação dos problemas de saúde. O fato de muitas regiões de saúde estabelecidas entre os gestores estadual e municipais resultarem nas antigas divisões dos Escritórios Regionais de Saúde – ERSAs, indica que nesta regionalização também prevaleceu a cultura histórico-institucional da SES/SP.

A heterogeneidade na apreensão do conceito de regionalização pelos diferentes atores envolvidos no processo de planejamento do SUS regional gera dificuldades no cumprimento das regras estabelecidas, caracterizando a governança deste processo.

Outro conceito-chave utilizado na análise de conteúdo do material da pesquisa foi a equidade. Na discussão teórica, é possível depreender que a equidade, equiparada ao princípio de justiça social, parte do reconhecimento de que existem diferenças inevitáveis entre as pessoas e os grupos, bem como de que há diferenças injustas. É a identificação destas diferenças injustas que permitirá a decisão de quais ações deverão ser implementadas para reduzi-las. As desigualdades são construídas de modo histórico, político, econômico e socialmente, e é dessa conformação das diferenças injustas que a ação visando à equidade deverá incumbir-se. Ela se traduzirá em ações concretas que enfrentem os determinantes que geram ou aumentam o tipo e nível de injustiça social.

VIANNA (1989) aponta cinco formas de expressão das desigualdades sociais no campo da saúde: no direito ao acesso; na distribuição de recursos; na utilização de serviços; nos resultados das ações de saúde; no financiamento, ressaltando que, por estarem inter-relacionadas, não basta apenas intervir sobre uma delas para se alcançar resultados equitativos.

A busca da equidade em saúde é realizada mediante ações concretas, de caráter de promoção, prevenção, cura e reabilitação, voltadas ao atendimento de necessidades identificadas através do reconhecimento de problemas, individuais e coletivos, de saúde - decorrentes das desigualdades sociais; ou seja, por um conjunto de políticas voltadas a reduzir as injustiças em saúde, respeitadas as diferenças entre indivíduos e grupos sociais, rumo à igualdade social.

No Pacto pela Saúde a equidade é uma diretriz que permeia todas as dimensões do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Contempla o conjunto das estratégias da política para reduzir as injustiças e desigualdades sociais em saúde.

No processo de planejamento investigado era previsto a elaboração do diagnóstico de saúde das regiões. Em todos os DRS foram apresentadas informações, por meio de indicadores socioeconômicos, demográficos, de morbimortalidade e de oferta e produção de serviços, obtidos regionalmente e/ou dos sistemas nacionais de informação. Os resultados expressavam grandes desigualdades entre os seus municípios.

Em alguns DRS, o diagnóstico da situação de saúde foi baseado nos problemas de saúde definidos nacionalmente no Pacto pela Vida. No entanto, no planejamento das ações de saúde, não as vinculavam ao diagnóstico, restringindo a discussão à oferta dos serviços e à organização e ampliação da rede, sem considerar as desigualdades apontadas.

Em outros DRS, os diagnósticos também continham os indicadores relativos aos problemas prioritários nacionalmente definidos, porém a explicação para estes problemas foi apenas relacionada à falta de infraestrutura assistencial.

Foi possível observar também que algumas regiões identificaram problemas de saúde específicos, para além daqueles definidos nacionalmente.

Apesar de a equidade nortear o planejamento regional, segundo o Pacto de Gestão, no planejamento da SES/SP prevalece a lógica da oferta assistencial, profundamente arraigada na cultura institucional, impedindo o estabelecimento de ações prioritárias para a redução das desigualdades a partir da identificação e enfrentamento dos problemas de saúde. É na condução de ações que visem essa redução que os gestores regionais e estadual deveriam atuar, pois poderiam coordenar e estabelecer uma relação de cooperação entre os gestores, efetivando o Pacto.

Diferentemente da regionalização em que se identifica heterogeneidade conceitual, para a equidade existe homogeneidade conceitual que não se traduz em ação concreta dos gestores no planejamento regional, segundo o Pacto. A aproximação mais regular é reduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde, desconsiderando as determinações sociais. Este é mais um elemento da categoria de análise – governança – do objeto da pesquisa.

Com relação à integralidade, no âmbito deste projeto, o conceito a ser adotado está centrado nos atributos da organização dos serviços, de seus níveis de complexidade de atenção, sistema de referência e contra-referência, articulando ações de promoção, prevenção, cura e recuperação. Ou seja, enfocará a política de gestores municipais e regionais implementadas nesta direção, apesar da existência do debate sobre este conceito como já apresentado anteriormente.

À semelhança da equidade, a integralidade, no Pacto pela Saúde, permeia suas diretrizes e todas as dimensões do Pacto de Gestão.

Na pesquisa, para apreender a integralidade, foi feita a análise dos instrumentos utilizados na sua operacionalização, como as centrais de vagas, redes assistenciais e outros mecanismos de regulação.

Os dados de entrevista indicaram que as redes assistenciais regionais (cardiologia, auditiva, neurologia, oncologia e traumatologia) não têm sido discutidas entre as regiões. Na situação atual, alguns DRS dependem da relação com o nível central da SES/SP para resolução de problemas assistenciais de maior complexidade. Também não se observou proposta de conformação das redes em macrorregiões para os diferentes níveis de complexidade.

A partir dos resultados, observou-se que, em relação à integralidade, os gestores estadual/regionais e municipais têm a percepção de que a resolubilidade da Atenção Básica é pequena ou insatisfatória, apesar de considerarem que a atenção básica amplia o acesso aos serviços. A relação desta com os demais níveis de atenção, através das centrais de vagas, mecanismo para organizar a referência e contra-referência, não são consideradas satisfatórias. Isso evidencia que a integralidade, pela maneira que vem sendo implementada no SUS/SP, não viabiliza o fluxo e acesso entre os níveis de complexidade da assistência. Ao reconhecerem a baixa resolutividade da atenção básica, uma possível explicação pode ser também a não integralidade das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Este é mais um elemento da categoria de análise – governança – do objeto da pesquisa.

O monitoramento e avaliação no processo de planejamento regional foram reconhecidos pelos gestores como necessários. No entanto, durante a pesquisa não foi possível identificar instrumentos, mecanismos e estratégias de avaliação e monitoramento do processo de pactuação porque o mesmo se encontrava na fase de formulação dos planos regionais.

Considerações Finais

Posto que o processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde ainda se encontra em andamento, os resultados da presente pesquisa são referidos a fase inicial deste processo. Impõe-se o desafio de dar continuidade à pesquisa, para podermos contribuir na consolidação do planejamento como instrumento de gestão para o avanço do SUS em São Paulo.

O diagnóstico de saúde do estado de São Paulo elaborado para o Plano Estadual de Saúde, apontou uma série de problemas relacionados ao: perfil socioeconômico, demográfico e sanitário; de oferta e organização de serviços; de controle de riscos, agravos e doenças; populações vulneráveis e gestão que exigem, no planejamento, ações de atenção e gerência integradoras para o enfrentamento dos problemas de saúde como condição para priorizar e orientar a organização do sistema de saúde segundo as necessidades da população, conforme previsto no Pacto.

Em relação à regionalização, conforme o Pacto de Gestão, observou-se um avanço no processo descentralizado para a criação dos Colegiados de Gestão Regional. Os diversos atores entrevistados reconheceram a ampliação no diálogo, mesmo que essa descentralização tenha ocorrido de forma heterogênea nos diversos DRS. O descompasso entre o Decreto de reestruturação dos DRS (nº. 51.433/2006) e uma concepção mais ampla de região é um problema a ser superado. A regionalização dos DRS deveria realizar-se a partir das concepções do Pacto de Gestão, de modo a integrar os diferentes setores internamente à saúde e também com os outros setores que desenvolvem políticas sociais no âmbito do estado de São Paulo.

Para além dos Colegiados de Gestão Regional, propomos a criação de conselhos de participação regionais, incluindo a participação paritária dos trabalhadores e usuários no processo de decisão da política regional do SUS.

É necessário que se mantenha a existência apenas do Colegiado de Gestão Regional, com a participação de todos os municípios, e se extinga a

Comissão Intergestores Regional – CIR, uma vez que há uma sobreposição de funções entre essas duas instâncias.

A pesquisa indicou ainda a necessidade de se fazer avaliações periódicas da implementação do Pacto no estado de São Paulo, sendo possível a criação de um Observatório, a partir do SisMASUS, que verifique como os planos elaborados pelos DRS irão responder à desigualdades identificadas nas regiões.

No processo de planejamento estabelecido na SES/SP deve ser considerado como prioridade, rumo ao Pacto de Gestão, o equacionamento da regulação e da programação pactuada e integrada num ambiente de escassez de recursos.

Todos estes instrumentos e mecanismos de gestão têm uma só finalidade: a defesa da vida, como expressa no Pacto pela Vida. E aqui cabe resgatar o papel do gestor estadual: promover ações integrais de saúde e articular as respostas nos níveis local/municipal e regional para que, através da gestão solidária e cooperativa, consolide-se um sistema único de saúde capaz de reduzir as desigualdades.

Bibliografia

- ABEL & LLOYD-SHERLOCK Políticas de salud en América Latina: temas, tendencias y retos. *Informando & Reformando, ene/mar-2002, nº 11*, Boletín trimestral del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma NAADIIR/AL, s/e, 2002.
- ACUÑA, D.L.; GATTINI, C.; PINTO, M.; ANDERSSON, B. "Access to and Financing of Health Care: Ways to Measure Inequities and Mechanisms to Reduce Them". In: Pan America Health Organization, *Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication N.8, Washington, D.C., 2001. p. 115-127 <http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm>.
- AKERMAN, M.; LUIZ, O. C. Avaliação da atenção primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos. In: Brasil. CONASS. (Org.). *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. 1 ed. Brasília: CONASS, 2004, v. 1, p. 42-74.
- ALLEYNE, G. Equity and Health. In: Pan America Health Organization, *Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication N° 8, Washington, D.C., 2001. <<http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm>.>
- ALLEYNE, G.; CASTILLO-SALGADO, C.; SCHNEIDER, C.; MUJICA, O.J.; LOYOLA, E. E VIDAURRE, M. La Medición de las Desigualdades en Salud: Algunos Ejemplos de la Región de las Americas. In: Pan America Health Organization, *Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication N.8, Washington, D.C., 2001. <http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm>
- ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p.6-21, jan/abr.2000.
- ARTMANN, Elizabeth e RIVERA, Francisco J. U. *Regionalização em Saúde e mix público-privado*. Documento técnico, disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum

[bibliografias/documentostecnicos/EAatencaoasaude/05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf](#), acessado em 27/01/2005.

BAMBAS, A. & CASAS, J.A. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. In: Pan America Health Organization, *Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau*. Occasional Publication No. 8, Washington, D.C., 2001. <http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm>.

BARCELLOS, C.; MAGALHÃES, M.; GRACIE, R.; VIACAVAL, F. Bases cartográficas para o Programa de Saúde da Família. Documento de Trabalho dos Projetos “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados do Lote 2 da Região Norte” e “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados de Tocantins e Maranhão”, implementados pela Fundação CESGRANRIO no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. 2006.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm, acesso em 11 mar. 2005.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Documento base para o processo de trabalho de discussão e elaboração de propostas para a construção do pacto de gestão (versão preliminar para discussão interna)*. Junho de 2004, 33p. Disponível em: http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/PactoGestao/ms_Regio_Saude.pdf, em 18/02/2005.

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação de Integração Programática. *Regionalização Solidária e Cooperativa – Orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 40 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).
- BRAVEMAN, P.; STARFIELD, H.; GEIGER, J. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323:678-81, 2001.
- CASTRO SANTOS, MH. Governabilidade, Governança e Democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós-Constituinte. *Dados* 1997; 40(3):3-4.
- CHERCHIGLIA ML, DALLARI SG. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública* 1999; 33(5):65-84.
- COSTA A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, vol. 13 nº 3, set-dez 2004. Disponível em: http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XIII_3/artigos%2013.3%20PDF/revista%2013.3%20artigo%201.pdf
- DINIZ, E. Governabilidade, “Governance” e Reforma de Estado: Considerações sobre o novo paradigma. *Revista do Serviço Público* 1996; 120(2): 5-21.
- SCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, Brasília, 2001. Disponível em www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf.
- FLEURY S. Governabilidade e cidadania para a equidade em saúde. Tercer Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Fundación Mexicana de Salud, Buenos Aires, 16 e 17 de dezembro, 2002. www.claeh.org.uy/archivos/fleury.pdf

- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, no. 2, p. 345-53, 1999).
- GARRAFA, V., OSELKA, G., DINIZ, D. A Ética na Alocação de Recursos em Saúde. *Revista Bioética*. CFM vol. 5 nº 1, 1997.
- GAUDIN, J.P. A governança moderna, ontem e hoje: alguns esclarecimentos a partir das políticas públicas francesas. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Curso de Gestão Urbana e de Cidades, Belo Horizonte – Brasil – 14 a 25 de maio de 2001. <http://www.eg.fjp.mg.gov.br/gestaourbana/arquivos/abertura/ab1.htm>.
- GIOVANELLA L. et al. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. Relatório de Pesquisa. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000. Mimeo.
- GIOVANELLA, L. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, (49/50): 13-22, dez. 1995 - mar. 1996.
- GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005.
- HUFTY, M. “Sobre la palabra “Governance”: ¿ gobernabilidad, gobernancia, gobernación o gobernanza?”. União Européia, 2001. Disponível em <http://europa.eu.int/comm/translation/bulletins/puntoycoma/65/pyc652.htm> e acessado em 28/10/2004 (livre tradução).
- LAURELL, A.C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: Equidade e Saúde – Contribuições da Epidemiologia. BARATA, R.; BARRETO, M.L.; Série Epidemiológica 1, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997, p.83-102.
- MARTINS, L. Crise e Poder, governabilidade e governança. In: Velloso JPR & Albuquerque RC, organizadores. Governabilidade e Reformas. Rio de Janeiro: José Olympio Ed.; 1995. p. 79-136.
- MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001, p. 11-16.
- MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A.

- (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO. 2001, p. 39-64. Disponível em http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/06.htm
- MATUS, C. *Política, Planejamento & Governo*. Brasília: IPEA, 1993.
- MEDRONHO, Roberto de Andrade. *Geoprocessamento e Saúde: uma nova abordagem do espaço no processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CICT/NECT, 1995.
- MELO, MAB. Ingovernabilidade: desagregando o argumento. IN: Valladares L, organizador. *Governabilidade e Pobreza*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira; 1995. p. 23-48.
- MERHY, EE 1997. Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. (Mimeo). Citado por CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n. 95 que institui a *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001*. Diário Oficial da União, 29 de janeiro de 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n. 373 que institui a *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002*. Diário Oficial da União, 27 de fevereiro de 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>
- OLIVEIRA, L. M.; SILVA, F; TUNIN, A. Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2006. p.7. http://www.lappis.org.br/download/Resumos_VIS_lercap16.pdf
- OPAS/OMS. Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: el rol de los factores deteminantes sociales y economicos, version final 10/12/1999, Division de Salud y Desarrollo Humano. 21 p.

- REIS, FW. Governabilidade, instituições e partidos. *Novos Estudos CEBRAP*, 1995; 41:40-59.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES/SP). *Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo - 2008 – 2011*. São Paulo: SES/SP, maio de 2007. mimeo.
- SENNA, M. C. M. Equidade e Política de Saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (supl.), 203-211, 2002.
- SILVA, L. M. V. e ALMEIDA FILHO, N. Distinção, diferença, desigualdade, iniquidade e a saúde: uma análise semântica. Salvador, 2000. *mimeo*.
- TONI, Jackson de; KLARMANN, Herbert. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. *Ensaio FEE (Fundação de Economia e Estatística)*, vol. 23, nº especial, Porto Alegre: 2002, p. 518-537. Disponível em: http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/download/eeg/1/ Mesa_3_toni_klarman.pdf, acessado em 28 de março de 2005.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), Rio de Janeiro abr./jun., 1997.
- VIANNA, S. Equidade nos serviços de saúde. *Texto para discussão*, nº 4, Brasília: IPEA, 1989.
- VIANNA, S. M., NUNES, A., SANTOS, J. R. S. S. e BARATA, R. B. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS/IPEA, 2001.
- VIEIRA, L. *Cidadania e Globalização*, Rio de Janeiro: Record, 1997.
- WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1991.

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 2799-9800 - 0800 0123401
www.imprensaoficial.com.br



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
TRABALHANDO POR VOCÊ