

NOVAS PERSPECTIVAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA
NELSON IBAÑEZ
PAULO EDUARDO MANGEON ELIAS
LUCIANA DIAS DE LIMA
MARIANA VERCESI DE ALBUQUERQUE
FABÍOLA LANA IOZZI

Resumo: A regionalização constitui um dos pressupostos da atual fase de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS e um importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território brasileiro. Apesar de avanços relevantes, o artigo identifica como uma nova perspectiva para a regionalização da saúde se mostra necessária para que um projeto nacional mais efetivo e coerente com as diversidades dos lugares se conforme no Brasil.

Palavras-chave: Regionalização. Política de saúde. Descentralização.

Abstract: The regionalization is one of the premises for the current phase of decentralizing the Unified Health System – SUS and an important process to reduce the significant inequalities in Brazil. Despite advances relevant, this article identifies how a new perspective regarding the regionalization of health care is needed in order to establish a national project which is more effective and coherent with regional diversity in Brazil.

Key words: Regionalization. Health Policy. Decentralization.

Desde que o Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Somente mais recentemente é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para: Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde n. 8.080 e n. 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002) e Pacto pela Saúde de 2006.

O privilégio da estratégia de descentralização se explica pelo próprio momento de constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para as esferas subnacionais foi identificada, no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e maior eficiência governamental (ALMEIDA, 2007). Aqui, o ideário da descentralização, longe de representar um recurso para o desmantelamento do Estado, ou ser apenas peça da reforma do Estado na perspectiva liberal, teve o significado de unificar o discurso de diferentes atores políticos interessados em ampliar sua participação nas arenas decisórias, principalmente governamentais, e no bolo tributário.

No entanto, a instituição de um sistema nacional de saúde, ou sistema único, não é decorrente do simples processo de descentralização, pois como afirma Viana (1994, p. 18):

O que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas o da tentativa de formação do sistema nacional de saúde, o que impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências dos três níveis de governo e produz, simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas, de forma a ocorrer integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo. [...] o sistema possui uma materialidade física, pois compõe-se de diferentes tipos de serviços, pertencentes a diferentes instituições, de diferentes níveis de governo em um tipo específico de integração e articulação. O sistema é composto pelas instâncias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo a uma lógica espacial.

Viana assinala, no mesmo trabalho citado, que as características da instância municipal no federalismo brasileiro – de alta autonomia – tornam crescentes as tensões entre o tipo de descentralização pretendido e a idéia de sistema proposta.

Recentemente, Wagner (2006) ressaltou essa contradição, observando que a lógica da descentralização tem sentido contrário à lógica de sistema. Segundo o autor, a descentralização tende a produzir uma autonomia para os entes federados,

rompendo no limite o ténue liame que os mantém unidos em uma rede de compromissos, responsabilidades e obediência

hierárquica. O conceito de sistema, ao contrário, pressupõe a lógica de rede, de ligação entre os pólos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos, em geral considerados gerais ou coletivos, ou seja, de interesse público (WAGNER, 2006, p. 426).

Em contrapartida, trabalhos recentes alertam que nos quase 20 anos que se seguiram à promulgação da Carta de 1998, as estruturas estatais e as relações intergovernamentais que se conformaram na democracia não seguiram exatamente os ideais descentralizadores que inspiraram os constituintes.

O processo crescente de centralização financeira do Estado, ao lado do exercício continuado de regulação fiscal sobre os entes federativos, e um papel decisivo na formulação de políticas produziram uma combinação de centralização estatal federal com políticas setoriais descentralizadoras, que no caso da saúde estiveram sempre na dependência da indução federal. Cabe lembrar que a capacidade normativa do governo federal se afirmou sobre as esferas subnacionais no processo de ajuste fiscal e renegociação das dívidas dos Estados e mais fortemente quando da instituição da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que produziu um enfraquecimento da esfera estadual, com repercussões sobre a capacidade dos Estados de formular políticas públicas de natureza mais autônoma e de recorte supramunicipal.

Por isso mesmo, é no bojo ainda do governo federal que emerge um novo ciclo de políticas visando à regionalização. Essa nova política tem início na década de 2000, com a edição de novas normas pelo Ministério da Saúde, e se fortalece em 2006, com o lançamento do Pacto da Saúde, que elegeu a regionalização um dos seus pilares fundamentais.

Apesar de a regionalização estar prevista na Constituição Federal de 1988 e nas leis e portarias citadas anteriormente, como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, é apenas com a instituição da Noas que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema. Nesse primeiro momento, a regionalização, proposta tecnicamente pelo Ministério da Saúde, é uma norma que define, *a priori*, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema.

Por um lado, a regionalização normativa inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Por outro lado, tornou evidente que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo (SANTOS, 1999), pois os pactos pela saúde são travados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde. Essa contradição gerada pela regionalização normativa, por não se vincular aos diversos conteúdos locais e regionais do território usado, tornou insustentável o processo de regionalização da saúde, levando o Ministério da Saúde a questionar as propostas instituídas pela Noas (BRASIL, 2004).

A conformação da regionalização da saúde deve levar em conta a extrema heterogeneidade do território brasileiro e buscar a complementaridade entre as regiões e seus serviços. Com as rápidas transformações das possibilidades de usos do território e a complexidade da realidade mundial por conta dos processos de globalização, nos dias atuais, faz-se necessária uma revisão mais refinada do significado de regionalização e de suas relações com o processo de descentralização.

Um dos principais desafios, hoje, para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS é, portanto, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que deem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato.

Discutir as políticas regionais de saúde e sua contribuição para um pacto nacional mais efetivo é o objetivo desse artigo. Nesse sentido, primeiramente apresentam-se as características dos ciclos descentralizadores na saúde para depois discutir essa nova fase de regionalização. Busca-se na Geografia uma contribuição para a discussão do atual processo de regionalização dentro da dinâmica territorial brasileira, a fim de demonstrar que novos pressupostos para esse processo são importantes para avançar na descentralização e na diminuição das desigualdades presentes no Brasil. Por fim, discute-se como esse processo está ocorrendo no SUS, enfatizando o Estado de São Paulo, e apresentam-se algumas con-

siderações a fim de prosseguir o debate sobre esse importante tema.

CICLOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Quatro ciclos podem ser identificados no processo de descentralização do SUS, levando-se em consideração o perfil de financiamento, o fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, o ambiente intergovernamental e a conformação de pacto nacional e de políticas regionais.

O primeiro ciclo é nacional e extrapola a área da saúde quando a conjuntura de democratização dos anos 1980 favorece a crítica ao modelo centralizador e autoritário de condução das políticas públicas; a descentralização torna-se, então, bandeira do movimento liderado pelos governos estaduais e municipais em prol de maior autonomia decisória e financeira. Os problemas das cidades médias e o crescimento dos problemas metropolitanos fortalecem a idéia de políticas descentralizadoras e a Constituição Federal de 1988 sela esse novo pacto.

A descentralização é proposta como um mecanismo de aceleração da redemocratização do país no contexto de um ambiente governamental cooperativo, isto é, em que Estados e municípios se unem para elaboração da nova Constituição e organização do poder democrático. Na saúde, esse período é caracterizado pela difusão dos modelos de territorialidade dos sistemas de saúde (distritos locais de saúde), pela ampliação das transferências intergovernamentais de recursos financeiros e pela universalização gradativa dos serviços oferecidos à população. No entanto, apesar do avanço na descentralização, esse primeiro ciclo não se caracteriza pelo fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, o que agrava as dificuldades de atuação política, sobretudo dos entes municipais, por conta da imensa desigualdade socioespacial brasileira. Ainda nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, apesar de reafirmar a necessidade de regionalização como um dos mecanismos de organização, direção e gestão do sistema, não aprofundou seu significado e as formas de efetivá-la. Nesse ciclo não há política regional de fôlego dentro das políticas

de saúde, o que compromete o fortalecimento dos entes municipais na condução do projeto nacional de saúde proposto na Constituição Federal de 1988.

O segundo ciclo se inicia na primeira metade da década de 1990 e caracteriza-se pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal, apoiado pelo maior aporte de recursos para os entes municipais, definido pela Carta de 1988. As iniciativas de política são muito dependentes das estruturas e histórias sanitárias locais. Nesse ciclo, o processo de descentralização baseia-se fundamentalmente nas transferências fiscais e setoriais (do SUS) não redistributivas, pois são fortemente dependentes da capacidade de produção e faturamento dos serviços de saúde (pagamento por prestação de serviços e transferência segundo série histórica de produção e faturamento).

Esse ciclo caracteriza-se, ainda, pelo fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, a partir do aprendizado institucional incentivado pelas modalidades de habilitação (condições diferenciadas de gestão em saúde) previstas pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 01/93). Se, por um lado, essas modalidades trouxeram avanços na descentralização do poder, com maior autonomia para os municípios, e contribuíram para organização dos sistemas locais de saúde, por outro, não trataram de forma adequada o papel das esferas estaduais na indução e fortalecimento da cooperação intermunicipal. A situação de desigualdade dos municípios para assunção de suas responsabilidades se agrava a partir da entrada do Brasil numa economia globalizada e modernizadora.

No entanto, houve avanços para a pactuação nacional e para a conformação de um ambiente intergovernamental mais cooperativo com a institucionalização das Comissões Intergestores. A Comissão Intergestores Tripartite – CIT, em âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartite – CIBs, em âmbito estadual, foram criadas na área da saúde, em face da necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS.

As CIBs foram instituídas gradativamente nos Estados brasileiros, entre os anos de 1993/1994, conforme deliberação da NOB-SUS 01/93 (BRASIL,

1993), que as estabelecem como “instâncias privilegiadas para negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”. Segundo relatório do próprio Ministério da Saúde, todos os Estados apresentavam, em dezembro de 1994, suas CIBs constituídas e em funcionamento. Essa nova estrutura colegiada, acrescentada à estrutura de gestão do SUS no plano estadual, visava mudar a estratégia política de descentralização das ações e serviços de saúde, de forma a fortalecer o papel regulador dos Estados e favorecer a criação de sistemas supramunicipais. Assim, às CIBs foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada Estado e propor medidas reguladoras das relações Estado/municípios e município/município na implementação do SUS.

O terceiro ciclo da descentralização da política de saúde é aquele inaugurado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), em que se inicia um processo redistributivo por meio das transferências *per capita* e por programas como o Piso de Atenção Básica – PAB, fixo e variável, e incentivos para a adoção do Programa Saúde da Família – PSF. Essas novas medidas de financiamento favoreceram as regiões Norte e Nordeste, justamente as mais empobrecidas do país e com grandes dificuldades na condução das políticas de saúde (LIMA, 2007).

Além das mudanças no financiamento e da melhoria da distribuição dos recursos pelo território, que favoreceu as esferas municipais situadas em regiões mais pobres do país, não foram propostas medidas mais específicas de fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais. Esse terceiro ciclo esgotou-se pela sua incapacidade de alterar o quadro de desigualdades regionais e intra-regionais na saúde. Ainda nesse sentido, apesar da construção de um ambiente intergovernamental cooperativo, via Comissões Intergestores, há certa estagnação dos avanços na descentralização e regionalização do SUS. Isso se deve à maior complexidade das dinâmicas territoriais nesse período, com a inserção mais efetiva do Brasil na economia globalizada, o que acarretou maiores desigualdades socioespaciais no país, gerando novos desafios para a saúde.

Além disso, novos agentes, como os consórcios intermunicipais, provedores e planos privados de

saúde, ganharam importância na conformação de sistemas loco-regionais de saúde. Esses agentes, no entanto, não ganharam representação dentro dos ambientes intergovernamentais, como no caso das Comissões Intergestores, o que ocasionou uma enorme fragmentação de interesses e situações de saúde no recorte regional, sem iniciativas de regulação.

A partir desse terceiro ciclo, pode-se afirmar que houve um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS, tendo como agravante os fatos de que as políticas neoliberais incentivaram a competição entre os entes federados, na corrida pela modernização do país; e as políticas tornadas extremamente setoriais não favoreceram uma compreensão integrada da dinâmica territorial brasileira, em constante e rápida transformação, impedindo o governo federal de atualizar sua visão regional do país.

No Brasil, a necessidade da negociação e formação de acordos entre as esferas de governo é pressionada ainda pelas baixas condições institucionais de grande número de municípios e Estados, igualmente responsabilizados pela atenção à saúde de seus cidadãos. Destaca-se que as estratégias de descentralização implantadas até meados dos anos 2000 mostraram-se frágeis em frente dos agudos conflitos federativos, em um contexto de restrição fiscal e herança de desigualdades econômicas e sociais (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Além disso, a falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização da política de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades que se apresentam no território brasileiro. Não houve uma diversificação de políticas que melhor relacionassem as necessidades de saúde segundo as dinâmicas territoriais específicas (VIANA et al., 2007).

O quarto ciclo de descentralização se inicia na virada dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS, nas versões 01/2001 e 01/2002, que enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, baseada, sobretudo, na distribuição e organização dos serviços no território. Embora a Noas não trouxesse avanços significativos para a adequação regional dos processos de descentralização em cur-

so, ante a excessiva normatividade técnica e rigidez embutidas na proposta de conformação das microrregiões e regiões de saúde, há um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos Estados, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização – PDR. A este Plano vinculam-se ainda o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada Integrada – PPI.

Em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas em um fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das “regiões de saúde”.¹

Pode-se presumir que o Pacto pela Saúde inicia um novo ciclo de descentralização do SUS ao procurar garantir a função da regionalização de trazer os conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e de descentralização, como forma de pensar e buscar maior coerência e aproximação entre essas duas lógicas.

O SUS é único para todo o território brasileiro, assegurando o direito ao acesso ao sistema de saúde para toda a população do país, entretanto, não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Nesse sentido, a regionalização, como principal estratégia da descentralização, precisa ser, sobretudo, um processo político de lida com a diversidade do próprio SUS e a sua relação com as desigualdades do território brasileiro. Isso torna o processo de regionalização mais complexo do ponto de vista analítico, institucional e político.

UMA OUTRA PERSPECTIVA PARA A REGIONALIZAÇÃO

Estas reflexões partem da seguinte questão: de que maneira a ênfase na regionalização proporciona melhorias na descentralização e na democratização, além de maior sensibilidade política e analítica diante das desigualdades do território brasileiro?

Para responder a essa questão, parte-se da afirmação feita por Ribeiro (2004a) de que a seleção de uma categoria de análise e de seu conceito é uma escolha de

visão de mundo e de uma determinada prática intelectual e política. “A função dos conceitos não é sempre a mesma, na medida em que se alteram a totalidade refletida e os sentidos da ação social” (RIBEIRO, 2004a, p. 47). De acordo com a autora, a categoria de análise e seu conceito revelam a sensibilidade analítica e política em relação ao mundo, num dado período histórico.

Durante longo tempo, fortes correntes da Geografia estiveram posicionadas como ciência limitada ao enfoque das localizações. Hoje, diante de uma complexificação da realidade social, evoluída dos processos dinamizados pela técnica, pela ciência e pela informação, esse veio epistemológico mostrou ter um poder explicativo insuficiente. A globalização, fenômeno do período atual, coloca lugares distantes em reciprocidade, unificando distâncias pela informação e pelo dinheiro, ou seja, pelos sistemas técnicos e políticos.

Essa nova geografia do período, nova realidade social, tem atualmente exigido novas concepções e renovações do arcabouço teórico que a concebe. Com o objetivo de perseguir uma interpretação da história do presente e as possibilidades do futuro, Milton Santos, desde a década de 1970, empenhou a proposta de compreender o espaço geográfico como ente dinamizador da sociedade, e não simplesmente receptáculo ou palco onde se dão as relações sociais, tampouco materialidade inerte às relações que nele se dão.

Essa perspectiva conduz à idéia de que o espaço é banal, pois de todos os homens, não importam suas diferenças, de todas as instituições, não importa sua força, de todas as empresas, não importa seu poder (SANTOS, 1996b). Entendendo-o tanto como resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas, o espaço geográfico é definido em seu papel ativo, papel motor.

Nesse sentido, busca-se a compreensão não puramente do território, herança de conceitos da modernidade, utilizada por homens da ciência política, por juristas, antropólogos, mas sim do *território usado*² (SANTOS, 1994, 1996, 1999), híbrido de materialidade e ações, entre trabalho morto e trabalho vivo, entre forma e conteúdo, entre o meio construído e o movimento da sociedade. O território usado é,

portanto, conteúdo e não simples continente, onde se pode recuperar um enfoque totalizador,³ imbuído do comprometimento com um saber que dê conta da realidade concreta. Desse modo, esse conceito se mostra como importante fundamento para outra perspectiva sobre regionalização.

Diz-se que a regionalização é uma delimitação do território usado, feita a partir de critérios técnicos e políticos que buscam coerência nas diferenciações espaciais e que têm por objetivo a instrumentalização política da dinâmica territorial.

Porém, no Brasil, as divisões regionais produzidas – em regra geral, solicitadas pelo Estado para servirem à formulação e implementação de políticas públicas – subsidiam cada recorte com uma variedade de critérios que, pontuados para satisfazer a razão estratégica do interesse requerido pela divisão, terminam por prejudicar a efetividade das políticas propostas e acirrar desigualdades socioterritoriais (SOUZA, 1993).

Nesse sentido, Ribeiro (2004b) presta grande contribuição com duas concepções principais que permeiam as práticas de regionalização e de proposição de planos regionais. Trata-se da *regionalização como fato e como ferramenta*.

A regionalização como fato:

Independente da ação hegemônica do presente. [...] depende da reconstrução histórica dos múltiplos processos que movimentaram e limitaram a ação hegemônica. Desta maneira, a regionalização como fato encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos da disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e uso) do território (RIBEIRO, 2004b, p. 194-195).⁴

Já a regionalização como ferramenta refere-se a sua instrumentalidade vinculada a essa ação hegemônica da atual conjuntura. Não raro, então, a região assim concebida pressupõe objetividade/fim/instrumentalidade, articulando-se com ideologias e recursos político-administrativos (RIBEIRO, 2004b). A regionalização, nesse sentido, aparece menos como um fato e mais como uma classificação de áreas e locais. A multiplicidade de elementos que caracterizam a existência da regionalização como fato cede lugar a um conjunto de variáveis estabelecidas, segundo a fi-

nalidade a se alcançar, e acompanha a transformação da eficácia em meta política e a imposição do agir instrumental e estratégico (RIBEIRO, 2004b, p. 197).

A regionalização constituiria, assim, uma *ferramenta* nos dizeres de Ribeiro (2004b), haja vista que regionalizar, segundo a autora, compreende a institucionalização de fronteiras e limites na busca de implementar uma ação específica: analítica, política, econômica, social (RIBEIRO, 2004b, p. 200).

A regionalização como ferramenta sempre sustentou a ação hegemônica. [...] Nos movimentos do presente, a região como ferramenta é disputada pelo Estado, pelas corporações e pelos movimentos sociais, sendo também contestada nos conflitos territoriais, relacionados à afirmação, em diferentes escalas, de novos sujeitos e novas redes sociais [...] (RIBEIRO, 2004b, p. 196-197).

Vainer (1996) também traz importantes reflexões para pensar o processo de regionalização, alertando para a relevância de identificar os agentes que definem os recortes regionais, isto é, quem fala pela região: “quem se propõe a dizer: a região quer, a região luta por, a região reivindica, a região necessita de?”, além da importância de evidenciar que recortes estão em confronto (VAINER, 1996, p. 20).⁵ O autor afirma também que, se nenhum sujeito histórico assume a região como recorte relevante nas suas estratégias políticas, econômicas e simbólicas, uma regionalização proposta pode nunca existir, pode ser um projeto de região não instaurado socialmente, concretamente, historicamente (VAINER, 1996, p. 20).

Nesse sentido, Guimarães (2005), ao elaborar discussão sobre a regionalização na saúde, faz uma crítica à Noas e conclui que:

A história recente da descentralização da saúde já demonstrou que a Noas não é suficiente para incentivar mecanismos de co-gestão regional do SUS. Como um meio e, ao mesmo tempo, um resultado da produção social da democracia brasileira, qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos (GUIMARÃES, 2005, p. 1.024).

Dessa maneira, é importante compreender quais são os projetos territoriais propostos pelos atuais governos para poder, entre outras coisas, relacioná-los com os anseios e pressupostos das políticas públicas de saúde que enfocam a questão regional como principal estratégia para avançar na descentralização do Sistema Único de Saúde e na universalização da saúde.

A descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional. A imensidão do Brasil e suas históricas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades atrelada a um projeto nacional de desenvolvimento. E para que essas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar, a regionalização se mostra um instrumento imprescindível para o planejamento.

As desigualdades não devem ser vistas como um empecilho para a regionalização do SUS, pelo contrário, é por conta delas que se faz cada vez mais urgente uma regionalização de fato do sistema e da política.

A regionalização da saúde permanece muito vinculada à organização do sistema (acesso, infra-estrutura, financiamento, programas, etc.), o que leva a uma visão setorial da situação de saúde, restrita a parâmetros epidemiológicos e de assistência. Uma regionalização fundamentada em outra concepção teórica contribuiria para ampliar o debate sobre a relação entre saúde e território, superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação. Assim, um planejamento territorial não significa um somatório de políticas setoriais e sim uma articulação de políticas em torno de um projeto nacional embasado pelo território usado: suas desigualdades e possibilidades.

Assim, a regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre entes federados – não necessariamente contíguos territorialmente, porém solidários organizacionalmente pelos usos do território (fixos e fluxos dinamizados por racionalidades diversas). A regionalização não resulta, obrigatoriamente, na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas no território, mas, sim, em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território.

SÃO PAULO E OS NOVOS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A partir de 2006, no Estado de São Paulo, o governo estadual e os municípios iniciaram um novo momento de pactuação política para avançar na regionalização da saúde, conforme as diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a). Os avanços para a regionalização efetiva do SUS, segundo este documento, dependem: da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; do estabelecimento dos Colegiados de Gestão Regional – CGR; e do estímulo a Estados e municípios para potencializarem seus trabalhos. Ainda de acordo com o Pacto (BRASIL, 2006a, p. 9), “qualificar a regionalização da demanda, porém, medidas que evitem sua redução a um conjunto de normas complexas que se sobreponham a um efetivo processo político”. Assim, o processo de regionalização do SUS passa a depender muito mais de uma estrutura de caráter político do que técnico.

O atual Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (SÃO PAULO, 2008) contempla a descentralização regional da saúde, tendo como estratégia principal o envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS com os Colegiados de Gestão Regional – CGRs,⁶ recém-constituídos. Entre os princípios norteadores do Plano Estadual estão “as situações reais e específicas de cada região do Estado, isto é, o componente regional” (SÃO PAULO, 2008, p. 13).

A elaboração do Plano Estadual contou com a organização de novas regiões de saúde, através da pactuação intermunicipal, e a formação de seus CGRs. Inicialmente foi construída uma base de dados para os Departamentos Regionais de Saúde – DRSs e seus municípios, de modo a subsidiar a discussão dos diagnósticos regionais e suas contribuições para o desenvolvimento do Plano. Em seguida, a Coordenadoria de Regiões de Saúde e os DRSs receberam a versão preliminar do Plano, que trazia um diagnóstico regional, para subsidiar as discussões sobre as mudanças nas regiões de saúde. Essas discussões ocorreram no âmbito dos Seminários Regionais, realizados a partir de maio de 2007, nos 17 DRSs do Estado, e foram baseadas em três documentos principais: a versão preliminar do Plano Estadual, o Pacto pela Saúde e

o Plano Diretor de Regionalização de 2002. A partir daí, a formação dos Colegiados de Gestão Regional no Estado ocorreu *pari passu* à criação das 64 novas Regiões de Saúde. Após esse processo, os DRSs e os CGRs deveriam “ajustar diretrizes, objetivos, metas e indicadores, de acordo com a sua realidade e especificidade local” (SÃO PAULO, 2008, p. 19).

Heimann et al. (2007) analisaram o processo de formação dos Colegiados e das novas regiões no Estado de São Paulo e identificaram maneiras bastante distintas de composição dos CGRs e de definição das microrregiões entre os DRSs estudados. Sobre as regiões, os autores apontam que, em alguns DRSs, as regiões foram propostas pelos municípios e acatadas pelo diretor do DRS; em outros, as propostas vieram do DRS e foram aceitas pelos municípios; houve ainda propostas elaboradas conjuntamente pelos dois níveis de gestão. Os autores chamam a atenção para o fato de que:

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 loco-regionais. Tais critérios eram utilizados na regionalização proposta anteriormente pela Noas. Ainda que nas oficinas [seminários regionais] tivesse sido debatido o conceito de região de saúde de acordo com as diretrizes do Pacto, a sua operacionalização para a definição das regiões não foi observada (HEIMANN et al., 2007, p. 83).

Em relação à formação dos CGRs, Heimann et al. (2007, p. 83) identificaram que houve

pressão por parte de grupos de interesse em participar do CGR, a saber: as universidades e os prestadores. Os DRSs se diferenciaram quanto à inclusão ou não destes grupos na composição dos CGRs, alguns concordando e outros não aceitando.

A versão final do Plano Estadual de Saúde (SÃO PAULO, 2008) especifica o papel e a participação dos Colegiados de Gestão Regional em algumas das metas/resultados esperados e/ou ações estratégicas, consideradas nos seguintes eixos prioritários: ampliação do acesso da população, com redução de desigualdades

regionais e aperfeiçoamento da qualidade das ações de saúde; fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão estadual e gestão da educação e do trabalho no SUS.

As atuais mudanças na estrutura regional do SUS em São Paulo resultam de dois movimentos distintos, um por parte dos municípios e outro por parte do Estado, que buscam uma convergência dentro da perspectiva de uma nova regionalização da saúde.

Desse modo, a Secretaria de Estado da Saúde – SES volta a discutir o seu papel na regionalização do sistema, no contexto de busca de uma descentralização baseada num processo mais dependente da articulação política entre os entes federados, como proposto pelo Pacto da Saúde.

No entanto, o sistema de saúde no Estado de São Paulo apresenta uma especificidade importante diante desse novo processo de regionalização. Dado o seu alto grau de desenvolvimento econômico, sobretudo nos municípios mais populosos, o Estado concentra investimentos na área da saúde, como em ciência e tecnologia, e possui o maior mercado consumidor dos serviços suplementares e equipamentos de saúde do país. Por consequência, o Estado abriga o sistema de saúde mais complexo do Brasil, constituindo um sistema característico do *mix* público-privado.

O poder do setor privado em organizar e regular a saúde em São Paulo é imenso e faz frente ao próprio poder da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios. Como, então, incorporar este setor privado, representante do complexo econômico da saúde nacional e mundial, aos espaços públicos e governamentais de discussão da saúde no Estado de São Paulo e no país? E mais ainda: como incorporar os agentes privados a essa discussão sem perder de vista que a saúde é uma questão de política pública e assim deve ser encarada?

É justamente nesse sentido que a SES de São Paulo enfrenta um grande desafio para firmar seu papel e seu poder na descentralização regional do SUS. Hoje, o grande problema da gestão estadual é lidar com a diversidade de instâncias e instituições, sejam públicas sejam privadas, com ou sem fins lucrativos, além da heterogeneidade de agentes e interesses, que atuam direta ou indiretamente na saúde.

A construção das regiões de saúde pode ter resultados muito diferentes quando há um olhar só voltado para o setor público e quando há uma visão integrada do setor público e do privado. Para entender as lógicas de regionalização é preciso, antes, fazer uma abordagem integral do *mix* público-privado no Estado de São Paulo, a partir da identificação do *complexo regional da saúde*.

As diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde no âmbito regional, constituem o que se denomina complexo regional da saúde.

Em relação ao Estado de São Paulo, do ponto de vista analítico, duas instituições privadas que merecem destaque por sua atuação regional da saúde, são:

- as cooperativas médicas, que têm um forte poder de inserção no mercado de planos de saúde, sobretudo no interior do Estado, e assim, exercem uma grande força política na comunidade médica;
- as instituições filantrópicas, que também têm grande inserção no sistema de saúde do interior paulista.

De acordo com Ibañez e Castro (2005, p. 234), é nos municípios com mais de 50 mil habitantes “que os interesses no mercado de planos de saúde são mais relevantes”. Segundo os autores,

ainda vale salientar a presença capilar das Cooperativas Médicas notadamente no interior do Estado, com 71 operadoras que, apesar de estarem sediadas em municípios-chave, desempenham papel articulador de caráter regional (IBAÑEZ; CASTRO, 2005, p. 235).

As Unimed⁷, nesse sentido, são os maiores exemplos, porque estão cada vez mais independentes politicamente e têm uma atuação regional forte e consolidada nos municípios.

Em relação à importância da atuação das instituições filantrópicas,⁸ as Santas Casas exercem um papel crucial por serem os principais órgãos prestadores de serviços para o SUS, no Estado.

Do ponto de vista regional, destacam-se ainda os consórcios intermunicipais de saúde, que abrigam, em

grande parte, aqueles municípios com menor porte populacional e/ou desenvolvimento econômico.⁹ São esses municípios que possuem menor poder político e econômico de barganha diante do mercado privado de serviços de saúde e de compra de equipamentos e medicamentos, assim como possuem menor complexidade e especialização dos serviços públicos de saúde.¹⁰ Nesses casos, os consórcios também surgem como uma alternativa de curto e médio prazos para a resolução de dificuldades que esses municípios têm em comum no processo de organização e funcionamento dos seus sistemas de saúde e de pactuação regional das ações.

De acordo com Ribeiro e Costa (2000):

Os consórcios intermunicipais de saúde têm se consolidado, no caso brasileiro, como importante mecanismo de regionalização da oferta pública [...]. Enquanto uma tendência no âmbito do SUS, os Consórcios Intermunicipais de Saúde substituem responsabilidades tradicionalmente concentradas na esfera do gestor estadual, racionalizando o uso dos recursos disponíveis e realçam a importância dos governos municipais (RIBEIRO; COSTA, 2000, p. 214-216).

Assim, a proliferação dos consórcios¹¹ se mostra, muitas vezes, como uma resposta dos municípios à estrutura regional fragilizada técnica e politicamente, no âmbito do SUS.

O Quadro 1 traz as principais instâncias e instituições regionais a serem consideradas dentro do processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo.

A regionalização da saúde recentemente construída no Estado de São Paulo não pode deixar de considerar a existência das forças e dos interesses envolvidos no complexo regional da saúde. Nesse sentido, é preciso repensar a própria representatividade de *mix* público-privado nas instâncias de caráter público, como as CIBs, a CIR, o Conselho Estadual de Saúde e os próprios Colegiados de Gestão Regional.

É importante atentar para o fato de que se presencia, cada vez mais, uma *regulação híbrida do território* (ANTAS JÚNIOR, 2001), isto é, uma governabilidade que não é mais exclusividade do Estado, mas exercida também por uma variedade de agentes. Desse

modo, as políticas de saúde devem levar em conta a distinta natureza dos agentes do complexo regional da saúde e suas lógicas de atuação e pactuação no território.

Segundo Bernardes et al. (2000), os distintos agentes não possuem o mesmo poder de comando, levando a uma multiplicidade de ações e usos do território, inclusive pela saúde.

Para os agentes hegemônicos o território usado é um recurso, garantia da realização de seus interesses particulares, [...] já os atores hegemonzados têm o território como um abrigo, buscando constantemente se adaptar ao meio geográfico local recriando estratégias que garantam sua sobrevivência (BERNARDES et al., 2000, p. 12).

Desse modo, as políticas de saúde precisam buscar um enfoque totalizador, isto é, considerar o espaço banal, a fim de autorizar uma intervenção¹² regional que interesse à maior parte da população.

Bahia (2005) chama a atenção para o fato de que as interligações entre o público e o privado, assim como a hierarquização dos serviços de saúde, dos médicos e dos tipos de planos de saúde, são bem mais tortuosas, complexas e sutis do que “o delineado por uma clivagem dual entre os ‘que têm planos de saúde’ e os ‘que só têm direito ao SUS’”. Para a autora (2005, p. 447),

A demarcação das fronteiras entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesses privados e seus representantes, pode contribuir para aproximar o país real do país formal.

Nesse sentido, uma proposta de regionalização da saúde como fato e não como ferramenta deve incorporar, entre outras coisas, as forças e os interesses envolvidos no complexo regional da saúde.

Uma investigação¹³ em desenvolvimento por instituições de pesquisa em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo elaborou um estudo-piloto da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII, no intuito de uma primeira aproximação do complexo regional da saúde no Estado.

Quadro 1

Complexo Regional da Saúde
Estado de São Paulo – 2007

Instâncias e instituições	Forma de atuação	Caracterização
Comissões Intergestoras Bipartite – CIB	Espaço de articulação e pactuação entre os entes, que objetiva orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais da descentralização da saúde.	Integrada por representantes do governo estadual e municipal.
Colegiado de Gestão Regional – CGR	Espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive.	Constituído por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da região de saúde, que o colegiado representa, e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).
Departamentos Regionais de Saúde – DRS da SES-SP	Divisão administrativa regional. São responsáveis pelas atividades das SES no âmbito regional e por promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.	Constituídos por gestores e técnicos estaduais, representados pelos chefes dos departamentos.
Coordenadoria Regional de Saúde da SES-SP	Responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional, pela compatibilização dos planos, programas e projetos dos DRS em razão das políticas e diretrizes estaduais e dos recursos disponíveis.	Constituída por gestores e técnicos estaduais de saúde, representada pelo Coordenador.
Consórcios de Saúde	Entes federativos se conformam em consórcios para solucionar demandas específicas ou problemas que não podem ser resolvidos de forma isolada por cada município. A gestão associada, além do planejamento, regulação e fiscalização, também pode ser ajustada para prestação de serviços públicos. Há três tipos de consórcios: 1- Administrativo de direito privado; 2- Público de direito privado; e 3- Público de direito público (Lei n. 11.107 de 6/4/05).	Podem ser constituídos por municípios, por Estado e municípios, por Estados e por Estado, municípios e União (no caso de os municípios ou Estados estarem localizados na área de fronteira internacional).
Unimed (representando as cooperativas médicas)	É um complexo empresarial, formado por: Cooperativas de Trabalho Médico (Unimeds); Cooperativas de Usuários (Usimeds); Cooperativas de Crédito (Unicreds); Fundação Unimed; e Universidade Unimed Virtual; - Empresas: Central Nacional Unimed; Unimed Seguradora; Unimed Tecnologia; Unimed Administração e Serviços; Transporte Aeromédico; Unimed Participações; e Unimed Corretora.	O Sistema Unimed é a maior cooperativa médica do Brasil (1). Atualmente, tem 30% de participação no mercado nacional de planos de saúde, atendendo 14,5 milhões de clientes. São 376 cooperativas com abrangência em 74,9% do território nacional (4.125 municípios). Conta com 103 mil médicos cooperados. Especificamente no Estado de São Paulo, há 17 Unimeds, com 3.627.447 clientes e 15.085 cooperados.
Santa Casa (representando a assistência filantrópica)	Instituições filantrópicas e particulares, de origem portuguesa, que atuam oferecendo serviços médico-hospitalares a pacientes carentes e do SUS. A assistência prestada é totalmente gratuita.	O Estado de São Paulo concentra o maior número de hospitais filantrópicos no Brasil. São 374 hospitais de um total de 1.414. Em São Paulo, é nítida a maior participação relativa dos leitos filantrópicos nos municípios com menos de 100 mil habitantes, equivalendo a mais de 70% dos leitos. Quase 90% dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes apresentam hospitais filantrópicos que possuem contratos com planos privados.
Universidades e Hospitais Universitários	As universidades e seus hospitais de ensino e pesquisa conformam a principal estrutura de formação de profissionais da saúde no país. O Estado de São Paulo é privilegiado pela concentração dessas instituições em relação aos outros estados do Brasil. Os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, são atores importantes na conformação dos complexos regionais da saúde, por atuarem de maneira ampla no sistema de saúde. Eles participam de todas as instâncias e instituições referidas acima e, muitas vezes, trabalham simultaneamente para o setor público e o privado.	O Estado de São Paulo possui 31 escolas médicas, sendo 21 privadas e 10 públicas, que oferecem 3.226 vagas no primeiro ano. O estado abriga 18% do total de escolas médicas existentes no país. Em relação aos Hospitais Universitários, o estado possui 14 no total, sendo 5 deles privados.

Fonte: Stucchi (2006, p. 133-147); <<http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

(1) Dados obtidos no site: <www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393&cd_secao=46159>. Acesso em: 21 jun. 2007.

A área do DRS de Ribeirão Preto caracteriza-se por um forte setor público e um forte setor privado. Ambos se expandiram a partir da segunda metade do século XX, em decorrência de três aspectos essenciais da cultura regional: a constituição de um pólo de saúde em Ribeirão Preto (com a concentração de serviços e universidades, mas não de pesquisa e tecnologia de ponta); a reunião de médicos com grande vocação empresarial e, finalmente, o fortalecimento da economia por meio do agronegócio.

Com esse estudo-piloto, foi possível identificar quatro grupos com diferentes lógicas regionais de atuação na saúde:

- serviços do SUS articulados com os hospitais filantrópicos;
- sistema Unimed;
- operadoras de planos de saúde que contam com hospital próprio;
- plano privado coletivo colado a uma grande atividade econômica regional, no caso, a produção de cana-de-açúcar.

A identificação de alguns pontos de contato diretos e indiretos entre as lógicas de atuação desses grupos serviu para reafirmar a importância de se buscar uma visão mais integrada das lógicas regionais públicas e privadas na saúde.

A relação entre as lógicas pode variar bastante, mas três pontos merecem destaque. Em primeiro lugar, os serviços de alta complexidade oferecidos pelo grupo 1 servem de referência de atendimento para os outros grupos. Isso significa que a pressão para internações decorre tanto do setor público quanto do setor privado. Em segundo lugar, os serviços hospitalares filantrópicos participam, ao mesmo tempo, das lógicas dos quatro grupos identificados. Por fim, os serviços de baixa complexidade oferecidos pelo grupo 1 servem de referência para os grupos 3 e 4.

Essas relações entre os grupos mostraram que o SUS na região de Ribeirão Preto é base de apoio para a atuação de um sistema privado fortemente regionalizado, isto é, que não tem alcance nacional ou estadual, cujas raízes estão: na constituição de um pólo regional de saúde (cujo representante máximo é o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto); na difundida cultura do médico empresário e nos planos coletivos diretamente

voltados para as demandas das empresas do agronegócio da cana. É importante ressaltar que, apesar de a Unimed ter um alcance nacional, cada uma de suas singulares tem grande autonomia para tomar decisões e se adaptar ao mercado regional em que atua, configurando diferentes lógicas regionalizadas.

Apesar da existência de toda essa complexidade de lógicas e relações regionais da saúde no território, não há ainda uma instância de debate que agregue esses atores e instituições. O setor privado discute sua atuação regional de maneira fragmentada, por empresa, por tipo de atividade, por tipo de mercado. E o setor público discute apenas ele mesmo, desconsiderando as lógicas regionais do setor privado e suas implicações para a regionalização da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, o Pacto pela Saúde representa um novo momento para a regionalização da saúde, pois rompe com as perspectivas normativas anteriores e possibilita a incorporação de diferentes conteúdos do território nesse processo. Por conta do curto período que se segue após o lançamento do Pacto, ainda não se pode avaliar com profundidade os avanços em relação à incorporação das dinâmicas do território nacional nas novas propostas de regionalização nos Estados.

Particularmente no Estado de São Paulo, é importante notar que o Pacto desencadeou um processo acelerado de retomada da discussão sobre o papel regional da Secretaria Estadual da Saúde, assim como de mobilização dos municípios para a criação das novas regiões de saúde.

Em contraposição, esse novo momento da regionalização não representa ainda o enfrentamento de uma das mais importantes questões que é, justamente, a existência de diversas articulações entre o sistema público e o privado na conformação dos sistemas loco-regionais de saúde.

A dinâmica territorial do Estado de São Paulo mostra a importância de se considerar o *mix* público-privado na discussão regional, isto é, de se atentar aos interesses e às forças daquelas instâncias e instituições que conformam um verdadeiro complexo regional da saúde.

Nesse sentido, apesar de o Pacto pela Saúde representar um avanço para a regionalização do sistema, ainda não foi capaz, portanto, de incorporar o complexo regional, de forma articulada, à sua concepção.

Para mais progressos na regionalização, é necessário ir além de uma concepção setorial da saúde e, sobretudo, romper com a visão parcial ou fragmentada dos usos do território. O atual processo deveria incluir, por exemplo, a concepção da regulação híbrida do território, levando em consideração que

atualmente não é só o Estado mas uma diversidade de agentes que regulam e organizam o território nacional, incluindo o sistema de saúde.

Assim, outra perspectiva para a regionalização da saúde, uma regionalização de fato, requer a consideração da totalidade do território usado, a partir da incorporação de seus conteúdos na lógica sistêmica da saúde, desvendando seus usos, possibilidades e obstáculos, a fim de construir um sistema mais cooperativo e forte.

Notas

1. “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. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns Estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma ‘regionalização viva’” (BRASIL, 2006b, p. 23).
2. “O que interessa discutir é, então, o território usado, sinônimo de espaço geográfico. E essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 20).
3. Segundo Karel Kosik (2002), “a totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido” (KOSIK, 2002, p. 43).
4. “Convém esclarecer, ainda, que entendemos por ação hegemônica aquela conduzida pelas forças econômicas e políticas que dominam o território brasileiro, expressivas da aliança entre agentes externos e condutora de numerosas e difusas ações subalternas ou subalternizadas.” (RIBEIRO, 2004b, p. 194).
5. “É, enfim, romper com o fetichismo que toma a região como inscrita, por si, no território” (VAINER, 1996, p. 20).
6. O Pacto pela Saúde prevê, no âmbito da nova regionalização da saúde, a criação do Colegiado de Gestão Regional, que “deve operar como espaço permanente de pactuação e co-gestão

solidária [...] Suas decisões devem se dar sempre por consenso [...] O CGR deve ser 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. [...] Os desenhos e formas de organização dos CGRs devem espelhar as diversas possibilidades de conformação das Regiões de Saúde [...] Destacamos a seguir algumas ações relevantes que devem compor as agendas dos CGRs: fazer a identificação e o reconhecimento da 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 prioritizadas 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); dentre outras.” (BRASIL, 2006b, p. 35-37).

7. De acordo com Duarte (2003), a Unimed, que surgiu em 1967, em Santos-SP, como uma cooperativa médica, hoje, é uma organização complexa, caracterizada por um *mix* de cooperativas e empresas de capital. “Durante o seu crescimento, perdeu as características originais mas ampliou as possibilidades de atuação no mercado, adquirindo um formato característico de um complexo econômico” (DUARTE, 2003, p. 224).
8. “O Estado de São Paulo possui 645 municípios e um total de 638 hospitais, dos quais 374 (58,0%) são filantrópicos (Datusus, 2003). [...] Esse dado cotejado com o processo histórico de expansão da rede filantrópica em direção ao interior e a baixa presença destas instituições na região metropolitana permite afirmar que a cobertura e o papel desta rede no interior são cruciais para o SUS nestes municípios” (IBAÑEZ; CASTRO, 2005, p. 228-229).
9. Os consórcios intermunicipais de saúde, em São Paulo, concentram-se nas regiões sul e oeste do Estado e o número de municípios, em cada consórcio, varia de 4 a 26, perfazendo de 42.817 a 549.299 habitantes (STUCCHI, 2006, p. 133-139).

10. “[...] a maioria deles [dos consórcios em São Paulo] busca ampliar a rede de serviços de apoio diagnóstico e especialidades médicas. [...] Com a implantação dos CIS [consórcios intermunicipais de saúde] forma-se, em geral, uma rede de referência e contra-referências intermunicipais, com estabelecimento de fluxos pactuados com os serviços regionais especializados, facilitando o acesso da população” (STUCCHI, 2006, p. 140-145).

11. “Os consórcios, além do mais, são inovações porque criam parâmetros inusuais de cooperação e coordenação da política de saúde em nível local. Em um cenário de forte fragmentação política decorrente de conflitos partidários e eleitorais, eles estabelecem, pela execução da política de saúde, relações de confiança e respeito entre governos locais” (RIBEIRO; COSTA, 2000, p. 217).

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, M.V. de A. *Território Usado e Saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas – SP*. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALMEIDA, E.P. *Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional*. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ALMEIDA, M.H.T. O Estado Brasil contemporâneo - um passeio pela história. In: MELO, C.R.; SÁEZ, M.A. (Org.). *A democracia brasileira*. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007. v. 1. p. 17-38.

ANTAS JÚNIOR, R.M. *Espaço geográfico: fonte material e não formal do direito*. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-450.

BERNARDES, A. et al. *O papel ativo da Geografia: um manifesto*. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFOS, 12., Florianópolis, SC, jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Brasília: 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *A Regionalização da Saúde*. Brasília: jun. 2004. (Versão preliminar para discussão interna).

_____. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: 1993.

CORRÊA, R.L. *Trajatórias geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

DUARTE, C.M.R. *Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre a medicina suplementar*. Tese (Doutorado) – Escola

12. “A idéia de intervenção supõe um interesse político, entendido como interpretação histórica mais ampla, que implica um ideal de futuro como espaço de resolução de problemas supostamente arraigados nas sociedades” (BERNARDES et al., 2000, p. 11).

13. Relatórios parciais da pesquisa *O Pacto pela Saúde e a Gestão Regional em São Paulo: fatores intervenientes e reorientação da política da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*. Desenvolvida pelas instituições: Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – Cealag; Centro de Estudos de Cultura Contemporânea – Cedec; Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – DMP/FMUSP. Essa pesquisa é apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GUIMARÃES, R.B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul./ago. 2005.

HEIMANN, L.S. et al. *Gestão Regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão*. São Paulo, Instituto da Saúde, 2007. (Temas em Saúde Coletiva, 5).

IBAÑEZ, N.; CASTRO, P.C. de. Proteção social e instituições filantrópicas. Panorama atual do Estado de São Paulo. In: VIANA, A.L. d’Á. et al. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 220-243.

KOSIK, K. *Dialética do concreto*. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. (1. ed. 1963. p. 43).

LIMA, L.D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

RIBEIRO, A.C.T. Lugares dos saberes: diálogos abertos. In: BRANDÃO, M.A. *Milton Santos e o Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004a. p. 39-50. (Coleção Pensamento Radical).

_____. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). *Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004b. p. 194-212.

RIBEIRO J.M.; COSTA N.R. da. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, p. 173-220, dez. 2000.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização, do pensamento único à consciência universal*. 3. ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2000.

_____. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos Ippur*, Rio de Janeiro, ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999.

_____. *A natureza do espaço: razão e emoção, técnica e tempo*. São Paulo: Hucitec, 1996a.

_____. Por uma geografia cidadã: por uma epistemologia da existência. *Boletim Gaúcho de Geografia*, Porto Alegre, n. 21, 1996b.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L. (Org.). *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1994. p. 15-20.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2001.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011*. São Paulo: 2008.

SILVEIRA, M.L. A região e a invenção da viabilidade do território. In: SOUZA, M.A.A. de. (Org.). *Território Brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Territorial, 2003. p. 408-416.

SOUZA, M.A.A. de. A explosão do território: falência da região? *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1, abr. 1993.

STUCCHI, M.L.R. Consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. In: SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Planejamento de saúde: conhecimento & ações*. São Paulo: SES/CPS, 2006. p. 133-148.

VAINER, C.B. Interdisciplinaridade e estudos regionais. In: MELO, J.G. *Região, cidade e poder*. Presidente Prudente: Gasperr, 1996. p. 11-32.

VIANA, A.L. d'Á. Sistema e descentralização: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

VIANA, A.L. d'Á. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S117- S131, 2007.

VIANA, A.L. d'Á.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA

Doutora em Economia, Professora e Pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

NELSON IBAÑEZ

Livre-Docente em Saúde Pública, Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e médico sanitário do Governo do Estado de São Paulo, Pesquisador do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão

PAULO EDUARDO MANGEON ELIAS

Doutor em Medicina Preventiva, Professor e Pesquisador do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea

LUCIANA DIAS DE LIMA

Doutora em Saúde Coletiva, Professora e Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

MARIANA VERCESI DE ALBUQUERQUE

Mestre em Geografia, Pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

FABÍOLA LANA IOZZI

Mestre em Geografia, Pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

Artigo recebido em 13 de dezembro de 2007.

Aprovado em 13 de setembro de 2008.

Como citar o artigo:

VIANA, A.L.d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.