

Editorial Especial

O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS

Áquilas Mendes

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política e Departamento de Economia. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: aquilasmendes@usp.br

Marília Louvison

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mariliapl@usp.br

Em um contexto de crise do capitalismo, no âmbito da sua nova fase sob a dominância financeira, a saúde tem sido um espaço cada vez mais propício para o interesse do grande capital em busca de valorização, provocando tempos turbulentos para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Debater a regionalização da saúde significa reconhecer esse contexto amplo em que se insere o nosso sistema universal. Sabe-se que o capital privado tem avançado no interior dos sistemas públicos de saúde no mundo, e tem ameaçado o caráter público e universal, fundamental às lutas sociais realizadas em cada país.

Durante os 27 anos de existência do SUS, assistimos à permanência de um subfinanciamento – que se constituiu como política de Estado – e à ampliação do setor privado, por meio do rompimento das fronteiras entre o público e o privado, intensificando a lógica mercantil na oferta de ações e serviços públicos.

Do ponto de vista do financiamento, não se resolveu o problema da insuficiência de fontes para o SUS. Esse longo período que se passou desde a criação do sistema é justamente aquele em que o capital financeiro manteve-se soberano no movimento do capitalismo contemporâneo. Sua forma de atuação tem, entre outros resultados, enfraquecido os orçamentos do fundo público, o que compromete a ma-

nutenção dos direitos sociais no mundo capitalista, em geral, e no Brasil, em particular. Nesse contexto, chama a atenção o direito universal à saúde que, embora tenha sido estabelecido na Constituição de 1988, vem sendo constrangido no âmbito da nova fase do capitalismo financeirizado.

Em sintonia com esse contexto mais amplo, a continuidade da política econômica fundamentada no tripé metas de inflação-superávit primário-câmbio flutuante, adotada pelo governo federal desde o mandato de Fernando Henrique Cardoso (FHC), deu origem a constantes constrangimentos – cortes de gastos públicos – que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal no país, dada a situação de subfinanciamento que impõe ao SUS.

No plano internacional, como expressão dos interesses do capital privado, não faltam pressões de organismos multilaterais, como a Organização Pan-Americana da Saúde e o Banco Mundial, particularmente no tocante ao tratamento do financiamento da saúde. Ambas as instituições recomendam uma política de saúde focalizada e com parceria da iniciativa privada, argumentando sobre a importância de um financiamento que se oriente para a cobertura universal (WHO; World Bank, 2010)¹. Trata-se da defesa de um conceito, intitulado “cobertura universal da saúde”, que converte o acesso universal, enquanto direito social, em quantidade de serviços cobertos que podem ser ofertados pelo mercado, uma vez que há restrições orçamentárias. Para essas instituições, a nova “universalidade” compreende uma cesta básica de serviços para a população pobre, restando o acesso aos demais serviços de saúde pela via do mercado. Sabe-se que a interferência do setor privado na saúde provoca sérias consequências ao atendimento das necessidades em saúde das populações, e ainda inviabiliza a implementação da saúde como um direito universal, conforme preconizado pelo SUS.

Recentemente no Brasil, no contexto do avanço do capital na saúde, duas medidas acabaram por pre-

¹ Para um exame mais detalhado sobre as políticas do Banco Mundial para a saúde, ver Pereira e Pronko (2014).

judicar ainda mais o subfinanciamento do SUS. Em primeiro lugar, verifica-se a aprovação da nova lei 13.097/2015, que permite a exploração dos serviços de saúde pelo capital estrangeiro, incluindo o setor filantrópico, por meio da permissão de aquisição de *Santas Casas* - tipo de instituição que basicamente é financiada pelo Estado brasileiro. A expansão da entrada de capitais estrangeiros na assistência à saúde é problemática, no quadro de um progressivo alargamento do setor privado no interior do SUS, ao mesmo tempo em que há uma crescente precarização dos seus serviços, com a flexibilização dos vínculos trabalhistas - podendo tornar-se pior pela aprovação do PL 4330 sobre a terceirização, em tramitação no Congresso. Além disso, constatam-se, de um lado, as crescentes transferências dos recursos públicos às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) - de gestão privada - e, de outro, o aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais) e à indústria químico-farmacêutica, enfraquecendo a capacidade de arrecadação do Estado brasileiro e prejudicando o financiamento do SUS.

Em segundo lugar, no processo de desfinanciamento da saúde, destaca-se a recente aprovação da EC 86/2015 que modifica a base de cálculo do financiamento federal da saúde, reduzindo-o para ainda mais abaixo do nível de gasto que se alcançou até recentemente (1,7% do PIB em 2014, sendo 3,9% incluindo os três níveis de governo). Nessa EC, que institui o Orçamento Impositivo - obrigatoriedade de execução total das emendas parlamentares no orçamento -, foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde, alterando a base de cálculo de Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida (RCL), executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação da EC, até alcançar 15% da mesma no quinto exercício financeiro. Já há vários cálculos que indicam uma importante redução dos recursos do SUS no orçamento de 2016, por parte do governo federal, sendo cerca de R\$ 9,2 bilhões a menos para as ações e serviços públicos de saúde (Funcia, 2015).

É nesse momento turbulento da saúde brasi-

leira, associado ao contexto de crise estrutural do capitalismo, em sua fase de dominância financeira, que nos parece fundamental aprofundar o debate sobre a regionalização como uma política prioritária para contribuir para o avanço da construção do SUS. Cada vez mais, pesquisadores e estudiosos na área de Política, Planejamento e Gestão apontam necessidades de aprofundamento do desenho do SUS, considerando o esgotamento de alguns arranjos e, ao mesmo tempo, a necessidade de construir respostas aos desafios que vêm sendo colocados nesses últimos tempos. Trata-se, portanto, de uma discussão muito bem-vinda ao arranjo político e institucional do nosso sistema de saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira traz em seu ideário uma grande revolução no modo de vida e na produção de saúde, com ênfase nos processos de democratização e descentralização, mas acabou por operar uma reforma setorial e institucional insuficiente para o avanço do SUS (Paim, 2008). Esse movimento **restrito de reforma e apoiado na institucionalidade** deixa em permanente tensão as possibilidades de resposta do setor saúde exigidas pela sociedade brasileira. As várias estratégias, sem um Estado à altura de acolher um projeto público dessa envergadura, não fortalecem o pacto social. Para o efetivo processo de descentralização, que implica autonomia de decisão dos níveis estaduais e municipais frente ao poder federal, a saúde teria que se converter em questão política não só para o executivo, mas também para o legislativo, para os partidos políticos e para toda a sociedade, sob pena de avançarmos apenas com um processo de desconcentração burocrática administrativa (Cohn, 1987).

O que se observa é que, no período de implantação do SUS, houve de fato uma descentralização das ações, principalmente ambulatoriais, e os municípios foram os que mais ampliaram os gastos em saúde, com redução proporcional do nível federal ao longo do tempo (Arretche; Marques, 2007). Atualmente, grande parte dos municípios ampliaram fortemente o acesso aos serviços locais contribuindo para a ampliação da universalidade do sistema, mas este encontra-se estrangulado em sua capacidade de avanço e de promoção de integralidade e de equidade, o que não poderá ser construído solitariamente. Além disso, apesar da determinação

de mecanismos de alocação equitativa de recursos das transferências do governo federal para os municípios pela lei 141/2012, não se conseguiu definir até o momento critérios baseados em necessidades de saúde e tampouco efetivar a participação, ainda muito incipiente, dos governos estaduais na transferência de recursos fundo a fundo para municípios.

A descentralização das políticas sociais acabou sendo fortemente debatida na construção do SUS e caminhou alinhada ao processo de democratização e participação social com forte protagonismo e inovação do poder local (Fleury, 2014). No entanto, à luz do federalismo brasileiro, as políticas sociais organizadas no sentido da provisão de bens e serviços de modo descentralizado assumem diversas formas de organização e desenhos que transitam entre a autoridade do nível central e a autonomia dos níveis locais, sempre em permanente disputa (Francesse; Abrucio, 2013). Os sistemas locais de saúde e o processo de territorialização avançaram no sentido de aproximar as decisões da população que vive em seus municípios e, mais do que isso, em seus bairros e comunidades. Isso incluía a dimensão regional intramunicipal e entre municípios, espaços históricos de solidariedade geográfica e de produção social e de saúde compartilhada (Santos, 1994).

No entanto, mais uma vez, o que acabou sendo construído foi se aproximando apenas do componente técnico-administrativo da divisão organizacional das regiões administrativas e de saúde, perdendo o caráter político e social do processo de regionalização. Importante debater a construção de redes de serviços e ampliação da integralidade e equidade, com economia de escala e racionalização do uso dos recursos, mas essa não pode ser a discussão central, pois a oferta e a gestão dos serviços devem se amparar em políticas públicas estruturadas e que se comprometam com a produção de saúde, assim como com o acesso e qualidade aos serviços de saúde, em cada território, com respostas às necessidades de cada cidadão.

Nos tempos turbulentos e de risco ao SUS, é preciso recuperar e enfrentar o debate da regionalização e contribuir com a potência de coletivos políticos fortes, que possam otimizar as respostas do setor saúde em cada território. Na NOB 93 - Norma Operacional Básica (Brasil, 1993) intitu-

lada “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” -, já se traduzia a preocupação de caminhar num processo de descentralização mais voltado para a municipalização e de se evitar instâncias regionais intermediárias autônomas na construção do SUS, indicando um receio de sua autonomia e relacionamento direto com as esferas estadual e federal. No entanto, indicava a importância do processo de regionalização como “uma articulação e mobilização municipal que leva 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, 1993). Sem dúvida, os municípios são importantes protagonistas desse processo, ampliando seu olhar e compromisso regional, e é preciso ficar atento ao caráter mais centralizador do nível estadual em relações históricas de poder junto aos municípios. Mas, os estados também precisam constituir seu papel de articulação regional, apoiando solidariamente os municípios de cada território, o que, com alguma frequência, já ocorre em outras políticas públicas compartilhadas regionalmente.

Nesse sentido, o processo de regionalização precisa ser discutido e debatido sem conclusões açodadas ou mágicas, mas com muita disposição para reflexão e intensificação do debate. A questão a respeito de que nova institucionalidade seria capaz de produzir avanços, sem traduzir-se em instrumento de recentralização e em espaço de produção de interesses individuais e corporativos, é uma reflexão de extrema importância. Pensar a reforma do Estado para “caber o SUS”, ao mesmo tempo em que se pensam os espaços regionais de produção singular de gestão e de cuidado, também se apresenta como importante desafio. Em São Paulo, o Pacto pela Saúde e a construção de colegiados gestores regionais - CGRs - mobilizaram as regiões de saúde para uma ampliação da discussão política da regionalização, mas a movimentação atual dos atores do SUS após o Decreto n. 7508/2011 e a proposta da realização de um Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP -, em cada região de saúde, ainda não se observam como uma realidade.

Atualmente há muita construção normativa do

processo de regionalização do SUS - em particular, nos espaços da gestão -, que se debruçam sobre a arquitetura técnico-administrativa, contudo, com maior dificuldade na movimentação política e aprofundamento do tema. No entanto, vários formuladores da reforma sanitária têm se debruçado sobre essa análise, sob vários aspectos. Entendemos que refletir sobre isso é fundamental e, nesse sentido, apresentamos suas reflexões e análises.

Este dossiê da Saúde e Sociedade, que trata da temática da Regionalização na Saúde, está estruturado em sete artigos. De forma geral, eles são apresentados numa sequência que vai desde uma reflexão mais abrangente e de contexto da temática da regionalização - os três primeiros artigos -, passando por uma discussão e proposição jurídico-administrativa para a região em saúde - o artigo seguinte -, até uma exposição de resultados de pesquisas - os três últimos artigos -, abrangendo: a caracterização das regiões de saúde no país; o processo de construção da gestão regional no estado de São Paulo; e uma análise do fluxo de internações hospitalares numa região do estado do Espírito Santo.

O primeiro artigo, intitulado “Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde” e elaborado por Contel, aborda algumas das principais definições dos conceitos de região e regionalização estabelecidos ao longo do século XX no campo da geografia humana, com o intuito de encontrar parâmetros para seu uso no atual debate da regionalização da saúde. O artigo de Ribeiro, denominado “Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil”, trata da natureza federativa da gestão pública, e de concepções de território e de redes como processos políticos que podem contribuir para respostas regionais a problemas locais. O terceiro artigo, de Duarte et al., “Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise”, aborda a regionalização à luz das racionalidades do processo de descentralização e municipalização construído ao longo do movimento da reforma sanitária, reconhecendo a saúde no seu conceito ampliado e trazendo elementos da epidemiologia e da geografia que contribuem com essa compreensão. O quarto artigo, de Santos e Campos, denominado “SUS Brasil:

a região de saúde como caminho”, desenvolve o tema da necessidade da regionalização para avançarmos na construção do SUS. Os autores nos provocam a refletir sobre a necessidade de respostas jurídico-administrativas para um SUS de caráter interfederativo, dotando a região de instrumental necessário ao compartilhamento da gestão.

Os últimos três artigos apresentam os resultados de pesquisas que analisam conjuntos de dados empíricos no sentido de explorar as características regionais, sua dinâmica e seus fluxos. Assim, o quinto artigo, denominado “Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil”, de Viana et al., identifica os determinantes estruturais do processo de regionalização por meio da construção de uma tipologia das regiões de saúde no Brasil. Classifica as regiões em cinco grupos, de acordo com o desenvolvimento socioeconômico e a oferta e complexidade das ações e serviços no contexto regional, contribuindo para a análise da heterogeneidade do território brasileiro e da complexidade de organizar sistemas de saúde regionais. O sexto artigo, “O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise”, de Mendes et al., fornece recursos para a compreensão do processo de pactuação regional da saúde no estado de São Paulo e para a análise de perfis regionais e construção de painéis de monitoramento. Apresenta metodologia quantitativa e qualitativa com enfoque nas regiões de saúde de Bauru, Baixada Santista, Grande ABC e Vale do Ribeira, construindo dimensões de análise para os indicadores regionais do Mapa de Saúde, do COAP e outros, além de entrevistas com gestores e acompanhamento dos colegiados regionais. Por fim, Barreto Junior apresenta o trabalho “Regionalização do atendimento hospitalar público na região metropolitana da grande Vitória-ES” e analisa o fluxo de internações hospitalares e a movimentação na região para o uso dos serviços de saúde evidenciados, indicando características de maior ou menor suficiência de cada município.

O presente dossiê permite uma ampla abordagem das questões que afetam o debate da regionalização e pretende contribuir para a continuidade do debate e para a construção do SUS, em tempos de capitalismo financeirizado e de sua crise. É de grande

importância o esforço de pesquisadores no sentido de produzir conhecimento que possa contribuir com as instâncias da política e gestão, além de apoiar movimentos que contribuam para assegurar as necessidades de todos, na singularidade de cada território, garantindo os preceitos constitucionais de um sistema de direito à saúde e de seguridade social, com universalidade, integralidade e equidade, descentralizado e com ampla participação da sociedade.

Referências

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9_02.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

COHN, A. O Sistema unificado e descentralizado de saúde: descentralização ou desconcentração? *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 55-58, 1987.

FLEURY, S. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FRANCESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FUNCIA, F. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. *Domingueira*, Campinas, 12 abr. 2015. n. 4. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Org.). *A Demolição de Direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde: 1980-2013*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

SANTOS, M. *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec, 1994.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneve, 2010.