

CADERNOS  
COSEMS/SP

Volume 4

**Regionalização  
é o caminho!**

CADERNOS  
COSEMS/SP

# Regionalização é o caminho!

Reflexões, diálogos e narrativas  
sobre as Regiões de Saúde  
no Estado de São Paulo

© Direitos autorais, 2015, organização de Ana Lucia Pereira,  
Floriano Nuno de Barros Pereira Filho, José Fernando Casquel  
Monti, Lídia Tobias Silveira, Marília Cristina Prado Louvison, Márcio  
Travaglini Carvalho Pereira, Marco Akerman

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO CIP  
(CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO, SP, BRASIL)

PEREIRA, Ana Lúcia

Regionalização é o caminho! / Ana Lucia Pereira, Floriano  
Nuno de Barros Pereira Filho, José Fernando Casquel Monti, Lídia  
Tobias Silveira, Marília Cristina Prado Louvison, Márcio Travaglini  
Carvalho Pereira, Marco Akerman. – São Paulo: Pyxis Editorial :  
COSEMS/SP, APSP, 2015, 100 p. : - (Cadernos COSEMS/SP ; v. 4)

ISBN 978-85-64252-01-1

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de saúde – Brasil.  
3. Promoção da Saúde – Brasil. 4. Saúde pública – Brasil.

I. BARROS PEREIRA FILHO, Floriano Nuno de. II. CASQUEL MONTI,  
José Fernando. III. TOBIAS SILVEIRA, Lídia. IV. PRADO LOUVISON,  
Marília Cristina. V. TRAVAGLINI CARVALHO PEREIRA, Márcio. VI.  
AKERMAN, Marco.

ÍNDICES PARA CATALOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde pública

ORGANIZAÇÃO

**Ana Lucia Pereira**

**Floriano Nuno de Barros Pereira Filho**

**José Fernando Casquel Monti**

**Lídia Tobias Silveira**

**Marília Cristina Prado Louvison**

**Márcio Travaglini Carvalho Pereira**

**Marco Akerman**



PYXIS EDITORIAL

VOLUME 4, 1ª EDIÇÃO | SÃO PAULO 2015

# Sumário

<b>PREFÁCIO</b> .....	8
Fernando Monti	
<b>INTRODUÇÃO</b>	
<b>COSEMS/SP E APSP: ENTIDADES IRMÃS QUE SE APOIAM MUTUAMENTE</b> .....	11
Marília Cristina Prado Louvison	
<b>1. FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO: OFICINAS REGIONAIS</b> .....	13
Floriano Nuno de Barros Pereira Filho, Lidia Tobias Silveira e Marco Akerman	
<b>2. SÍNTESE DAS NARRATIVAS DE APOIADORES DO COSEMS/SP SOBRE A REGIONALIZAÇÃO</b> .....	18
Ana Lucia Pereira e Marcio Travaglini Carvalho Pereira	
<b>3. O PROJETO APOIADORES E A REGIONALIZAÇÃO: NOSSA ALMA E NOSSO LABOR</b> .....	22
Maria do Carmo Cabral Carpintéro	
<b>4. A VOZ DOS GESTORES</b> .....	32
Marília Cristina Prado Louvison	
<b>5. COM A PALAVRA OS GESTORES: FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL</b> .....	41
<b>5.1. O MS COMO ESPAÇO DA REPRESENTATIVIDADE INTERFEDERATIVA</b> .....	43
Jorge Harada	
<b>5.2. PARA OLHAR AO INTERIOR DO GESTOR ESTADUAL</b> .....	52
Affonso Viviani Junior	
<b>5.3. CADA UM SABE A DELÍCIA E A DOR DE SER O QUE É</b> .....	60
Fernando Monti	
<b>6. REGIONALIZAÇÃO EM DEBATE</b> .....	71
<b>6.1. SIM, A REGIONALIZAÇÃO É O CAMINHO!</b> .....	72
Lenir Santos	
<b>6.2. A REGIONALIZAÇÃO FAZ PARTE DO CAMINHO PARA FORTALECIMENTO DO SUS: PARA ATRAVESSAR O CÍRCULO DE GIZ</b> .....	78
Gastão Wagner de Sousa Campos	
<b>7. NARRATIVAS: UM ENCONTRO COM A FALA DOS GESTORES!</b> .....	83
<b>8. PERFIS DOS ORGANIZADORES, GESTORES E DOCENTES</b> .....	88
<b>9. PARTICIPANTES DAS OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO</b> .....	89
<b>CRÉDITOS</b> .....	92
<b>FICHA TÉCNICA</b> .....	95

# Jogral de palavras-sínteses

Acesso  
Região de Saúde  
Superação de limites  
Referência do que não se resolve localmente  
Complementaridade  
Centro regional que norteia  
Sós não somos nada  
Necessidades da população  
Desconhecimento dos gestores  
Distância  
Aprimoramento  
Distribuição de vagas  
Universalização  
Regulação  
Organização do Sistema  
Aguardar procedimentos – oferta  
Responsabilidade dos entes federativos – sanitários e financeiros  
Cotas: onde estão?  
Território  
Doação, solidariedade!  
Duvidas quanto à abrangência  
Igualdade entre municípios  
Enfrentamento para fazer cumprir o contratualizado  
Proximidade  
Construção coletiva  
Falta de compreensão dos atores  
Fator de entendimento do Executivo municipal  
Enfrentamento de desafios  
Regulação  
Facilitação do acesso  
Contrato entre entes com autoridade  
Fluxo de serviços entre prestadores e usuários  
Clareza – transparência  
Articulação  
Ambiente cooperativo de escuta  
Cooperação  
Reuniões sem discussões eficazes  
Corresponsabilidade  
Falta de governabilidade dos gestores em relação a chefe do Executivo  
Rever premissas e interesses

Potencialidade e produtividade da CT  
Construção política  
Complementaridade, na medida em que sozinho não se é nada  
Território sanitário  
Integralidade  
Entes federados  
Continuidade  
Pactuações  
Articulação  
Região de Saúde  
Construção  
Espaço deliberativo  
Cooperação/Solidariedade  
Redes de atenção  
Corresponsabilidade  
Construção coletiva  
Relações interfederativas verdadeiras  
Compromissos geopolíticos  
Compromisso  
Capacidade de resposta dos municípios  
Pactuação  
Resolutividade em tempo oportuno  
Abrangência/Ampliação de limites – superação  
Convencimento da importância  
Regionalização  
Identificação de instrumentos  
Solidariedade  
Foco principal  
Compartilhamento  
Interesses individuais  
Consenso  
Autossuficiência  
Empoderar Municípios  
Coletivos regionais  
Desafio  
Processos de mudança de modelo de gestão  
Organização  
Nós e os outros e nós (e os outros...), incorporam o outro em nossa práxis,  
Fragilidade  
o que supõe Rever nossas premissas e interesses

# Princípios do SUS só se efetivam com relações colaborativas entre gestores e serviços

Fernando Monti

Há muitas coisas que, vistas de longe, parecem fáceis e simples; mas quanto mais próximas ficam de nós, mais e mais difíceis e complexas vão se tornando. Penso que este seja o caso dos processos de regionalização da Saúde, em nossa realidade. Embora se trate de uma noção cada vez mais recorrente em nossa linguagem cotidiana e ensaiada tecnicamente em muitos movimentos, sua concretização tem sido incipiente.

Incumbiu-me a honrosa tarefa de tratar deste intrincado assunto e escrever este prefácio. Quero fazê-lo abordando duas dimensões que considero igualmente importante: o processo de regionalização em si e seu significado, no estágio atual do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o processo de trabalho, bastante denso, a partir do qual se origina este livro.

Não há dúvidas, para a maioria de nós, gestores de saúde, de que há uma necessidade imperiosa de se produzirem processos de regionalização dos serviços de saúde. Num primeiro plano, há uma necessidade técnica, advinda da natureza do objeto com o qual lidamos, na medida em que este vem se modificando no tempo. Apenas para ilustrar este recorte específico e falar do que é mais evidente, podemos mencionar as modificações populacionais e as modificações epidemiológicas que experimentamos em nosso tempo.

O achatamento da pirâmide populacional e o incremento relativo da população idosa conduzem, necessariamente, à concepção de novos modelos de atenção à saúde, mais abrangentes e complexos, com um cardápio mais diversificado de serviços. Significa dizer que princípios básicos do sistema de saúde, como a integralidade, ficam mais difíceis de ser atingidos com o advento da transição demográfica que experimentamos.

De maneira análoga, as mudanças epidemiológicas pelas quais passamos oferece enormes necessidades de transformação no aparelho de saúde que dispomos. O incremento das doenças crônico-degenerativas traz necessidades de saúde diversificadas e amplas, pressupondo aparelhos e dispositivos de variada inserção e finalidade, para atender adequadamente demandas que vão desde o controle alimentar da glicemia e do peso dos indivíduos até serviços complexos que possam oferecer terapia com aplicação de laser, nos casos de retinopatia. E isto para citar apenas um exemplo, que se refere à linha de cuidado para diabetes mellitus.

Some-se a estas uma terceira dimensão, que demonstra virtudes do SUS e nem sempre é mencionada, mas que se soma perfeitamente às já apresentadas. Refere-se à ampliação de cobertura e expansão de acesso que se deu no processo de construção deste sistema de saúde.

Não é possível a um sistema de saúde universal, que busca a integralidade, a escolha de clientela específicas, como já ocorreu outrora. Portanto, para cumprir sua missão assistencial e dar conta da integralidade da atenção, um sistema de saúde com esta natureza e características necessita de capilaridade em seus pontos de atenção, tanto quanto necessita de diversidade de dispositivos e de referências especializadas. Necessita, enfim, de uma rede de serviços que funcione de forma articulada. Necessita que esta rede, composta de serviços que possam abranger da Atenção Básica até a Atenção Hospitalar mais especializada, esteja fundada num território determinado. Organizar com tais pressupostos e características uma rede de serviços de saúde não é exatamente regionalizar?

Noutro plano, um atributo fundamental ao olharmos em perspectiva nosso sistema de saúde diz respeito à sua natureza constitucional interfederativa. Isso significa lidar, em nosso país, com 5.570 entes federados municipais, 27 entes federados estaduais, além da própria União, também um ente federado, todos constitucionalmente autônomos. Ocorre que, especialmente na área de Saúde, autonomia não é sinônimo de suficiência. Lidar corretamente com isso pressupõe construir relações colaborativas entre gestores e serviços, com objetivos sempre voltados à garantia, para a população que se utiliza no SUS, do atendimento dos princípios desse Sistema. Embora esta afirmação seja uma obviedade, lamentavelmente não são fartos os exemplos de estreita cooperação interinstitucional; e esses entes ainda têm, em grande medida, a prática de agir enclausurados em si mesmos, em que pese a continuada tentativa de atenuação desta característica, por meio do trabalho das Comissões Interinstitucionais, em seus vários níveis.

Ou seja, ainda predomina a ideia e a prática de entes federados como organismos individualizados, em contraposição à noção de uma instância SUS, que possa lidar de forma abrangente com uma rede de serviços de saúde, que tenderá a aprofundar sua complexidade em termos operacionais e de governança. Dito isso, na vertente da interpretação do processo de regionalização como uma necessidade frente aos problemas concretos enfrentados no setor Saúde, a pergunta que se impõe é: por que há tamanha dificuldade para que a regionalização se construa na prática? Se houve elementos abundantes desta ideia em documentos regulamentadores do Governo Federal; se foi apresentada como prioridade e núcleo da ação do Governo Estadual; se os municípios revelam ansiar por isso, por que não acontece de modo a dar outra forma de organização ao modelo assistencial?

Estas perguntas têm uma estreita relação com outra dimensão a ser tratada, que se refere ao processo de nascimento deste livro, de grande riqueza em seu conteúdo, que nasceu de oficinas regionais promovidas pelo COSEMS/SP, em conjunto e com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP MS).

Estas oficinas, acompanhadas pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP e pela Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), nas quais participaram gestores de

Saúde de atuação nos níveis municipal e estadual, tiveram por objetivo realizar uma discussão aberta sobre o andamento e sobre as dificuldades do processo de regionalização. Em outras palavras, se pretendeu discutir e investigar junto aos atores mais privilegiados da governança do SUS, e mais envolvidos com a construção do processo de regionalização, a seguinte questão: se falamos tanto disso e parece tão óbvio e simples por que há tanta dificuldade em fazer acontecer na prática?

O processo das oficinas regionais culminou com uma sessão de debates na Faculdade de Saúde Pública, com participação ativa dos gestores e de representantes da universidade.

Nesse sentido, foram encontros de uma rica diversidade de participações. Sem pretensão de esgotar o assunto, o livro busca captar as percepções e compreensões daqueles que efetivamente se dedicam à construção do SUS, nas trincheiras do cotidiano. Assim, aqui se encontrará o tema da regionalização não só para compreendê-lo, mas, sobretudo, para que possa ser efetivamente construída essa forma de organização em nossa realidade, de tal maneira que se possa dar uma contribuição à síntese entre conhecimento e ação.

Não poderia deixar de reafirmar, por fim, que uma das grandes virtudes deste livro é ser produto de construção coletiva. Participaram e se comprometeram muitos profissionais que militam nas secretarias municipais de Saúde e no COSEMS/SP; na Secretaria de Estado da Saúde, no Ministério da Saúde. Participaram e se comprometeram também os ligados à universidade. Uma porção deles se dispôs à tarefa e merecem toda gratidão: Marco Akerman, Marília Louvison, Gastão Wagner, Lenir Santos, Floriano Pereiras, Lidia Tobias, Carminha Carpintéro, Ana Lucia Pereira, Márcio Tavaolini, Affonso Viviani Jr., Jorge Harada e todos os colegas que estiveram presentes nas oficinas regionais. Isto certamente é credencial à qualidade do que aqui se apresenta, mas, ainda mais importante, demonstra o quanto se anseia por processos que possam garantir o desenvolvimento operacional e institucional do nosso Sistema Único de Saúde. Boa leitura a todos!

## Introdução

# COSEM/SP e APSP, entidades irmãs que se apoiam mutuamente

Marília C. P. Louvison

É com grande satisfação que participamos deste projeto conjunto e apresentamos esta publicação, ao lado de tantos parceiros, colaboradores e amigos de luta pela construção de políticas públicas neste país e, em particular, neste Estado. Todo processo coletivo traduz a imensa riqueza de nossa potência, e acreditamos que esta é a principal força motora do SUS. Enfrentar o desafio da regionalização passa pela aposta efetiva no projeto político do SUS e no enfrentamento das disputas do cotidiano. Entendemos que o COSEM/SP e a APSP se colocam, neste momento, como entidades irmãs, que se apoiam mutuamente e fazem essa aposta, dia após dia.

O COSEMS/SP vem trabalhando intensamente para o fortalecimento dos gestores municipais de Saúde e das instâncias regionais. A estratégia do apoio regional e este projeto em parceria, assim como outras, têm contribuído muito para a qualificação dos processos de gestão do SUS, no Estado de São Paulo. Foi importante para a APSP fazer parte deste processo e contribuir com esta construção.

A Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) é uma entidade fundada em 15 de dezembro de 1972, num importante momento de resistência contra a ditadura e para a formação do movimento da reforma sanitária brasileira. Em seguida, nasceram entidades como Abrasco e Cebes, que engrossaram a luta e que, de diferentes maneiras, têm sido fundamentais para a construção do arcabouço do SUS e apoiar sua efetivação. A APSP é uma sociedade civil sem fins lucrativos que congrega os profissionais que atuam no campo da saúde pública e tem como finalidades promover o debate e posicionar-se sobre os problemas de saúde e a organização e funcionamento dos serviços, bem como promover e estimular a formação e o aperfeiçoamento profissional no campo da saúde pública.

Ao longo dos mais de 40 anos de existência, a APSP teve papel importante no cenário sanitário paulista, podendo-se destacar as treze edições do Congresso Paulista de Saúde Pública, a promoção de cursos e debates que permitiram a reflexão e o aprofundamento técnico e político da saúde pública no Estado, a participação ativa no Conselho Estadual de Saúde, e a publicação, há mais de vinte anos, da revista Saúde e Sociedade, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da USP. A APSP tem mobilizado continuamente o movimento sanitário em defesa de uma saúde pública como política pública democrática de direitos, que tem o SUS como um projeto ético políti-

co exitoso. Um projeto, no entanto, em permanente disputa, que depende de todos nós para avançar e enfrentar velhos e novos desafios. A produção de coletivos e de cogestão é fundamental, na construção do SUS, e a APSP tem participado de vários processos de produção de coletivos vivos, que se estabelecem nos espaços de encontros, de afetos, de desejos, e que produzem movimentos.

A presente parceria permitiu esta construção compartilhada e a produção de novos coletivos, em cogestão, o que poderá ser muito potente para a construção do processo de regionalização no Estado de São Paulo. A construção conjunta deste projeto de apoio à regionalização, que trabalhou com as narrativas dos gestores municipais, dando voz a este coletivo na contribuição do avanço no SUS, foi uma experiência gratificante a todos os atores deste processo. Os gestores do SUS são atores privilegiados na construção de um sistema necessário e possível para todos os paulistas e brasileiros. Acreditamos que este processo irá produzir o movimento necessário para impulsionar a governança regional e a organização das redes regionais de atenção, produzir acesso, qualidade, redes e potência de vida para todos os cidadãos.

É preciso, ainda, ampliar essas reflexões para todos os atores políticos, governo, cidadãos, trabalhadores, para ocupar o SUS em todos os seus espaços, no cotidiano das ruas e dos serviços, com novas possibilidades e novas potências. Os desafios do subfinanciamento e da mercantilização do SUS precisam ser enfrentados conjuntamente, com a organização e efetivação do território regional aqui tratada. A produção de projetos singulares de gestão regional, a reinvenção do trabalho em saúde e a produção de cuidado em redes vivas também se colocam como importantes desafios e são fundamentais para a construção regional do SUS, neste momento. O Congresso da APSP deste ano de 2015 irá debater fortemente essas questões, com o lema: “Saúde e poder: reconectando cidadãos e usuários ao SUS”. Esperamos todos!

Esta publicação permite, por fim, mais uma vez, conversar com essas nossas preocupações e reflexões, pois, ao ampliar e difundir a produção coletiva deste projeto, permite analisar e produzir deslocamentos que contribuem com a continuidade do movimento e dos avanços. Contribui com a parceria das entidades, no sentido da aposta no SUS e na garantia dos direitos sociais.

# Fortalecimento do processo de regionalização no Estado de São Paulo: Oficinas Regionais

Floriano Nuno de Barros Pereira Filho,  
Lidia Tobias Silveira e Marco Akerman

## Introdução

O Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo é a semente que germinou e gerou os frutos que compõem o livro que agora você tem em mãos. Este Projeto foi submetido ao Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde (DAI/SGEP/MS) como parte do Termo de Cooperação nº 39 da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que teve como propósito subsidiar projetos que fomentassem as discussões regionais dos instrumentos de planejamento buscando fortalecer as relações interfederativas e consolidar o processo de regionalização, de forma a culminar no Contrato Organizativo de Ação Pública.

A aprovação do Projeto propiciou a organização de cinco Oficinas Regionais no Estado de São Paulo, com gestores dos municípios e da Secretaria Estadual de Saúde (SES), além de um debate aberto ao público em geral, no intuito de se colocar em análise a regionalização da Saúde, no Estado de São Paulo. Neste capítulo apresentamos os objetivos do Projeto, suas estratégias e metodologias; a dinâmica utilizada nas cinco Oficinas Regionais, sua validação na Oficina de Apoiadores do COSEMS/SP e uma narrativa emblemática produzida nas Oficinas; o modo como organizamos o debate, momento em que foram apresentadas as sínteses das narrativas das Oficinas Regionais.

O debate propiciou um profícuo diálogo sobre a regionalização da Saúde no Estado de São Paulo e no Brasil, entre gestores, acadêmicos e o público em geral, documentado neste livro em capítulos subsequentes. O objetivo que se buscou com o Projeto foi aumentar a oferta de temas relacionados com o pacto interfederativo aos gestores do Estado de São Paulo, fortalecendo o processo de regionalização. Nesse sentido, foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Diminuir as brechas e lacunas de informação e de conhecimento entre gestores do Estado.
- Fortalecer o processo de regionalização e contratualização, assim como a organização das atividades públicas nas 63 Regiões de Saúde do Estado.
- Revelar narrativas de regionalização por meio dos participantes, nas Oficinas Regionais.

É importante resgatar o histórico do processo de regionalização, no Estado de São Paulo, após a aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2006, do Pacto pela Saúde. No Pacto, a regionalização constituiu um eixo pelo qual os atores envolvidos deveriam desenvolver estratégias que respeitassem a diversidade territorial brasileira e pudessem facilitar a implantação do SUS, em cada espaço, conforme suas necessidades. Para que o processo de regionalização fosse efetivado, as Regiões de Saúde deveriam ser definidas a partir de critérios sanitários, assim como cada Região de Saúde precisaria constituir seu Colegiado de Gestão Regional (CGR), entendido como espaço compartilhado de gestão em cada território. Em São Paulo, a Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo (CIB/SP) definiu, em fevereiro de 2007, que a construção do Pacto pela Saúde se iniciaria pela regionalização.

Após um período de grandes discussões nas Regiões do Estado, a CIB deliberou pela existência de 64 Regiões de Saúde e apresentou as diretrizes que deveriam orientar o funcionamento dos CGRs, em cada Região de Saúde. O COSEMS/SP que, desde 2006, vinha defendendo a implantação do Pacto, percebeu no processo de implantação da regionalização a necessidade de criar uma estratégia própria de apoio à construção das Regiões de Saúde. Nesse contexto, foi definida a ampliação do número de representantes regionais para que todas as Regiões estivessem representadas no Conselho do COSEMS/SP e criada a estratégia de apoio às Regiões, por meio da contratação de profissionais para dar suporte aos secretários municipais, na gestão das Regiões de Saúde.

Em 2011, com a publicação do Decreto nº 7508, que regulamentou a Lei 8080, a relação interfederativa ganhou destaque e se apresentaram diretrizes com base nas quais as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRASs) deveriam se construir. O Decreto também alterou o nome dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) para Comissões Intergestores Regional (CIR) e instituiu o Contrato de Organização de Ação Pública, nas Regiões de Saúde. Este Contrato buscou firmar um acordo de colaboração entre os entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde, na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidade, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho e recursos financeiros disponibilizados – como forma de estabelecer meios de controle e fiscalização da execução, além dos demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Ainda em 2011, a partir de uma reivindicação do COSEMS/SP para a SES/SP, pautada na necessária consolidação dos CGRs e do processo de regionalização, iniciou-se um movimento de reavaliação do desenho das Regiões de Saúde para, entre outras finalidades, viabilizar a organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRASs), estruturadas com base no Termo de Referência aprovado em agosto de 2011. Desse movimento, resultou a definição de 63 Regiões de Saúde e 17 RRASs, no Estado de São Paulo (Deliberação CIB nº 64, de 29/09/2012).

## Estratégias e metodologias

O Projeto reafirmou o protagonismo do COSEMS/SP, ao fomentar o envolvimento e qualificação da gestão municipal, no aprofundamento do pacto interfederativo e de regionalização. Foram realizados nove momentos de interação:

- uma oficina com a diretoria do COSEMS/SP para identificação de problemas e conteúdos a serem trabalhados, nas Oficinas Regionais;
- uma oficina com o Grupo de Apoiadores do COSEMS/SP para validação da dinâmica a ser utilizada nas Oficinas;
- cinco Oficinas Regionais com gestores municipais e da SES das 63 Regiões/Comissão Intergestores Regionais (CIR), que foram interativas e problematizadoras, abordando o tema da regionalização e visando a construir narrativas de gestores, a partir de roteiro exploratório que indicasse um “o que” das arquiteturas, um “como” das metodologias, um “com quem” dos atores; um “para que” das intencionalidades; e um “porquê” dos paradigmas (Akerman et al, 2014)<sup>1</sup>.
- um grande debate aberto a todos os gestores do Estado, com o tema: “A Região é o Caminho?!”
- uma reunião com a diretoria do COSEMS/SP para avaliação e encaminhamentos de acordo com os objetivos traçados no Projeto.

## As dinâmicas das oficinas geradoras de narrativas

### Com os apoiadores

Antes de irmos a campo para realizar as Oficinas Regionais com os gestores, fizemos um teste da dinâmica proposta com o Grupo de Apoiadores do COSEMS/SP. Este teste teve a duração de três horas e seguiu os seguintes passos:

**Momento 1:** *Feedback* da reunião realizada com a diretoria (que autorizou a continuidade do Projeto).

**Momento 2:** Apresentação da proposta metodológica, com a problematização “A Regionalização é o Caminho!?”

Construir narrativas dos gestores sobre regionalização a partir de um roteiro-dispositivo que indicasse um “o que” das arquiteturas, um “como” das metodologias, um “com quem” dos atores, um “para que” das intencionalidades, e um “porquê” dos determinantes. Afirmaremos aos gestores que não há receitas prontas para “o que é regionalização”, “como fazê-la” e “com quem” ela deve ser construída. Ou seja, a regionalização não deve ser buscada apenas como um princípio, mas como uma prática concreta a ser construída; um problema a ser enfrentado, um desafio a ser conquistado. O “porquê” e o “para que” fazê-la são motores políticos importantes que motivam ou desmotivam quem deseja empreendê-la. Sendo uma prática contextualizada, com atores concretos e problemas a serem enfrentados, o “o que”, o “como”, o “com quem”, o “porquê”, e o “para que” precisam adquirir o DNA de quem gere, pois não há bancos de “regionalização congelada”. Isso não quer dizer que a experiência de outros não possa ensinar. Tanto é que foi justamente na experiência de outros que já enfrentaram a questão, conceitualmente ou na prática, que fomos colher o “por que ela precisa ser feita” e, também, “o que é regionalização”, “com quem fazê-la”, “como fazê-la”, e “para que fazê-la”. Não se

<sup>1</sup> Akerman, Marco; Franco de Sá, Ronice; Moyses, Simone; Rezende, Regiane; Rocha, Dais. *Intersetorialidade? Intersetorialidade!.* Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, nov. 2014.

pretende com este roteiro-dispositivo esgotar o tema de seus determinantes (“o porquê”), das definições (“o que é”), dos atores (“com quem”), das metodologias (“como”) e das intencionalidades (“para quê”), mas sim trazê-lo ao debate e estimular, talvez, a construção de outras tipologias que sejam mais abrangentes e possam estimular outras categorias para a análise que facilitem operar práticas regionalizadas.

**Momento 3:** Teste da proposta metodológica.

- a) foram fixados quinze minutos para cada um dos participantes produzirem narrativas, a partir do roteiro-dispositivo;
- b) foi feito um “Escravos de Jô” com as narrativas, que foram trocadas entre os participantes e múltiplas leituras foram efetuadas;
- d) discussão coletiva das narrativas individuais e produção de narrativas grupais, que foram apresentadas em plenária.

**Momento 4:** Análise e aprimoramento da proposta metodológica (alguns ajustes foram feitos).

**Momento 5:** Como qualificar bem o convite aos gestores para as Oficinas Regionais.

Foi analisada a maneira efetiva de se fazer um convite qualificado para que os gestores participassem das Oficinas Regionais.

No Capítulo 2, as Oficinas com os Apoiadores serão mais detalhadas, com ênfase nas narrativas produzidas pelo grupo e, ainda no Capítulo 3, é descrita a estratégia do Projeto Apoiadores, idealizada em 2007 para qualificar e dar maior capilaridade ao COSEMS/SP no processo de cogestão regional, nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), contribuindo para o fortalecimento da regionalização no Estado de São Paulo.

## As cinco Oficinas Regionais com gestores e, como exemplo, uma narrativa

As cinco Oficinas Regionais ocorreram nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto, Campinas, Cedral e Marília, no período de setembro a outubro de 2014, com durações de oito horas e participação de 187 gestores. Todas seguiram a seguinte programação:

**Momento 1** – Abertura com representantes da diretoria do COSEMS/SP, da SES/SP e da APSP/CEPEDOC e apresentação da metodologia a ser utilizada.

**Momento 2** - Atividades em grupos (4) para a produção de narrativas individuais e discussão coletiva dessas narrativas.

**Momento 3** – Continuação dos trabalhos em grupos: produção de uma narrativa grupal para apresentação em plenária.

**Momento 4** – Atividade conjunta em plenária: devolutiva das narrativas de cada um dos quatro grupos e exercício de síntese, para a produção de uma narrativa da oficina.

Este roteiro orientou todas as Oficinas Regionais e serviu como eixo condutor do debate e da produção das narrativas. Buscamos instigar o debate com uma interrogação-exclamativa – “A Regionalização é o Caminho?!” – não como um questionamento da política, mas como um dispositivo que deixasse todos confortáveis para a produção de suas narrativas pessoais, de modo a incluir perplexidades, dúvidas e até apologias.

Aqui segue o exemplo de uma narrativa produzida durante as Oficinas Regionais:

“Eis que um grupo de oito gestores da Região juntamente com um facilitador e um apoiador, sentados ao redor da mesa de uma sala de treinamento, iniciaram uma dinâmica para desenvolver narrativas sobre a regionalização a partir das abordagens O que? Como? Por que? Para que? Com quem? Depois de alguns minutos de produção em escrita individual, os gestores foram se envolvendo e focando na importância do tema e, a partir das leituras dos textos produzidos, foram evidenciados aspectos que vão do porte populacional considerando áreas geográficas à importância da implantação dos serviços regionais. Mas foi visto, também, que existem resistências de gestores e de prefeitos e que, sem envolver o usuário nesse contexto, essa construção também se torna difícil.

Eles reforçaram que as propostas precisam chegar com foco na resolutividade; mas, como saber se não há monitoramento? Se não existe avaliação? Falaram da importância de garantir o acesso e buscar reduzir as desigualdades e que existem programas que não favorecem ser implantados em municípios menores. Esforçam para implantá-los e, quando implantados, são inaugurados e o tempo vai passando, a meta não vai sendo atingida; daí, lá na frente, perde-se o recurso de custeio; perdem-se os profissionais, perde-se o ânimo e o que acontece? Fecha o serviço... Então, cadê a regionalização? E, ainda, cadê a gestão? De repente, o facilitador apresenta questões que vão variando de sentimentos que tratam das questões superficiais às mais profundas... Algumas com pontos em comum; outras com o sentimento de estar discutindo o desconhecido, o óbvio ou o imaginário. Alguns pontos até antagônicos!

Tratar aqui do quê? Da questão individual e do coletivo... Falamos em construir logo essa regionalização, mas falamos que essa construção também é eterna. Sufoco, angústia tomam conta do grupo!!! Afirma-se várias vezes: “Regionalização é o caminho?!” Vem à memória da gestora o momento em que foi chamada em Brasília; a angústia de estar lá e ouvir que foi mal orientada, mas que, voltando ao seu espaço, busca, procura orientação mas não a encontra... Então, o que fazer? Dificuldades em atender às metas para manter o serviço em funcionamento... Fazer executando a torna, hoje, um pouco mais preparada para atuar... Esse é o sentimento da gestão... Aprender fazendo!!! Mas será que só isso é suficiente? Há momentos em que foi sentida falta da atuação do Departamento Regional, no sentido de orientar... Mas sabemos, também, do volume de demanda que a Regional tem...

Então, que tal o Consórcio? Para alguns, parece que é a solução; para outros, nem pensar!!! Alguns deixaram de participar e, hoje, se arrependem porque achavam que estruturando equipamentos próprios teriam mais sucesso... E agora, como fazer para voltar? Talvez, os consórcios possam ser uma alternativa nesse proces-

so... É preciso estudar. A implantação do CEO veio como um outro exemplo... Mais destacado pelo inferno que tomou conta da região!!! Não foram cumpridas as metas; no final foi fechado! Quanto desgaste! Sabemos que a gestão tem, sim, que trabalhar um lado técnico e um lado político, nessa construção. Sabemos, sim, da importância do papel do apoiador, em assessorar a Região. Mas como fazer essa construção e essa organização? Como administrar isso?

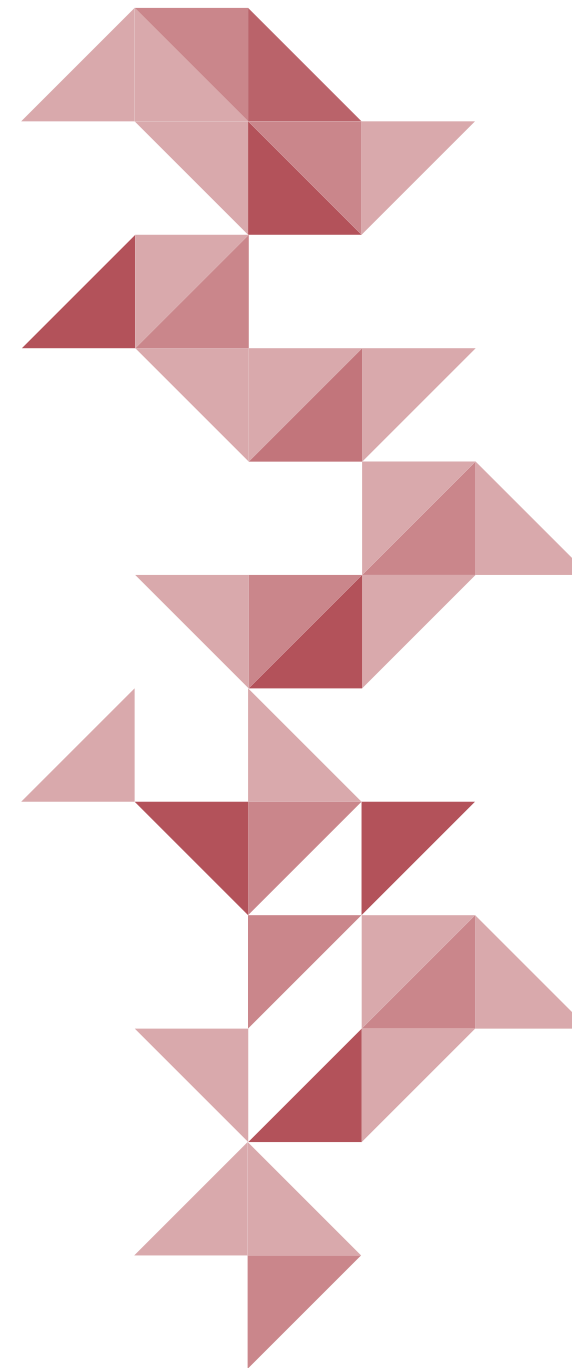
Eis o desenho da Região: um município maior com Gestão Plena; outros municípios menores, plenos da Atenção Primária... E aí vêm os enfrentamentos: despreparo, muitas vezes na Atenção Básica, que sempre se discursa ser a porta ordenadora do Sistema. Mas o que é isso? O que isso tem a ver com a regionalização? Cadê as discussões sobre a resolutividade? Cadê a discussão permanente da PPI? Destacado que ela é engessada; e daí? É preciso, de fato, achar uma forma de torná-la pauta, em diversos 'olhares' do seu funcionamento e fazer, sim, as proposituras...

E se pensarmos, agora, do ponto de vista da participação dos municípios. Por que alguns vieram e outros não? Algumas suposições: talvez, alguns não foram convidados por limitação de vagas; talvez, alguns acharam não ser este o momento oportuno para esta discussão; talvez, pensaram que não precisam fazer essa discussão ou, talvez, tiveram que colocar o veículo que aqui o trariam para um transporte sanitário a uma referência... De algum aspecto, enxerga-se a regionalização da referência timidamente acontecendo.

Eis que vem um pensamento de gestores que estão aqui... E se existem gestores desinformados, desarticulados, despreparados, há os experientes, políticos e sonhadores que enxergam o momento do acontecer... Sentem que estão protagonizando um momento de um processo de construção coletiva e começar a fazer enfrentamentos que possam levar a essa construção... Ah! Mas como fazer isso, se o gestor não participar efetivamente da CIR? Então, retoma-se o pensamento: Será que já existe uma regionalização? Ou, talvez, algumas práticas para essa construção iniciada e não terminada, como os grupos técnicos da Atenção Básica, os mapas da saúde, a regulação, as vigilâncias e outros!!! É... É preciso terminar as ações começadas. É preciso, de fato, qualificar os profissionais; os atores deste cenário... Destacaram aqui a Atenção Básica. E, ainda, de que forma vai ser feita essa qualificação? Na graduação? Na execução? E, acima de tudo, é preciso quebrar paradigmas, ousar mais... Partir para os enfrentamentos e propor mudanças concretas!!! Será que existe, de fato, preparo maduro para tudo isso acontecer? Mas precisamos apostar, acreditar e participar...Regionalização é o caminho!"

As narrativas produzidas pelos gestores nas cinco Oficinas Regionais são descritas no Capítulo 4, em que se busca fazer um exercício de síntese, destacando, porém, aspectos principais dos textos dessas narrativas e indicando algumas afinidades e desafios. E no Capítulo 7, reunimos um conjunto de narrativas selecionadas da maneira como foram escritas pelos gestores, para que cada leitor possa, também, tirar suas próprias conclusões. Os capítulos 5 e 6 retratam as falas dos gestores das três instâncias de governo e dos convidados no debate, quando as sínteses das narrativas das cinco Oficinas Regionais foram apresentadas para discussão, assim como dois painéis.

No primeiro painel, houve a fala dos gestores (federal, estadual e municipal), representados, respectivamente, por Jorge Harada, diretor do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAI/SGEP/MS), do Ministério da Saúde, Affonso Viviani Junior, da Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES/SP, e Fernando Monti, secretário municipal de Saúde de Bauru e presidente do COSEMS/SP, que dissertaram sobre a regionalização mostrando os desafios atuais. O segundo painel foi formado por Lenir Santos e Gastão Wagner Campos, docentes da Unicamp, que problematizaram os caminhos atuais da regionalização, apontando propostas para o futuro.



## Síntese das narrativas de apoiadores do COSEMS/SP sobre a regionalização

Ana Lucia Pereira e Márcio Travaglini Carvalho Pereira

### Um ensaio metodológico com o Grupo de Apoiadores do COSEMS/SP

Este capítulo traz a síntese das narrativas dos apoiadores do COSEMS/SP sobre regionalização produzidas em uma oficina de trabalho prevista como um dos nove momentos de interação, integrando a metodologia de desenvolvimento do Projeto de Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo, que implicava debater a metodologia a ser utilizada para discussão com os gestores das Regiões de Saúde, sobre o tema: “Regionalização é o caminho?!”.<sup>1</sup>

Viver a metodologia, passo a passo, foi a maneira proposta para que os apoiadores pudessem coletar suas impressões e, depois, construir suas sugestões. Foi dentro deste movimento que, ao escrever sua narrativa, o apoiador não só expressou seu olhar sobre a regionalização como, também, colaborou na organização da estratégia das oficinas. O roteiro exploratório disparador para a escrita das narrativas continha os seguintes pontos: um “o que” das arquiteturas; um “como” das metodologias; um “com quem” dos atores; um “para quê” das intencionalidades; e um “por quê” dos paradigmas – em relação ao tema central das oficinas “Regionalização é o caminho?!”. O detalhamento da metodologia das oficinas realizadas com os gestores, reorganizadas, inclusive, a partir do olhar dos apoiadores, está descrito no Capítulo 1 deste livro.

A importância da escolha do Grupo de Apoiadores do COSEMS/SP para a construção da metodologia das oficinas realizadas com gestores decorreu do fato de este estar atuando no processo de regionalização, por meio de estratégia de apoio fomentada pelo conselho, enquanto entidade representativa dos gestores municipais no projeto de apoio ao funcionamento dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs) e de planejamento regional, no Estado de São Paulo, que teve seu início em maio de 2007, depois da adesão, pelos municípios e Estado, ao Pacto pela Saúde.

E por ter sido, também, formado por atores/consultores cujas características, buscadas durante o processo de seleção, se nortearam por premissas como: ter experiência ou conhecimento sobre gestão municipal, ter apropriação sobre as diretrizes do processo de regionalização, ter conhecimento de planejamento, ter habilidade para desenvolver trabalhos de constituição e desenvolvimento de grupos. Após sete anos de projeto, apesar da ocorrência de mudanças no quadro dos apoiadores, este seleto grupo acumulou vivências de atuação regional em espaços como as Comissões Intergestoras Regionais (CIRs), em Câmaras Técnicas e outros contextos de construção bipartite de

políticas e ações, como os grupos de trabalho. Além, disso, mensalmente, nestes sete anos, o grupo realizou encontros – chamados reuniões dos apoiadores – nos quais compartilharam e trocaram experiências, em formato de educação permanente.

Para conhecer mais sobre a importância da Estratégia Apoiadores para o COSEMS/SP, no processo da regionalização, vale a pena ler com atenção o próximo capítulo deste livro. Mas, destacamos aqui a fala de um dos presidentes do COSEMS/SP, publicada no Caderno “Estratégia Apoiadores”<sup>1</sup>, lançado no XXVII Congresso do COSEMS/SP: “Desde o início da implantação da regionalização, a partir do Pacto pela Saúde, foi um norteador permanente para a diretoria do COSEMS/SP a gestão compartilhada, viva, participativa. Avaliava-se que havia a necessidade de se fortalecer a ação conjunta com a SES SP, para o encaminhamento da criação das Regiões de Saúde e seus respectivos CGRs, dispositivos capilarizadores fundamentais à gestão compartilhada entre municípios e Estado, em cada território.” Desta forma, os profissionais selecionados pelo Conselho “atuariam como apoiadores, tendo como critério preferencial para a seleção aqueles que tivessem experiência em gestão municipal”.

Ainda desta referência aparece a importante citação: “O objetivo do apoio era a região; ou seja, o conjunto dos municípios que compunha a região, com foco na relação entre eles e deles com o Estado, nos movimentos de constituição da regionalização”.



### Para além da metodologia: reflexões com os apoiadores

Parece-nos lógico perceber, nas narrativas, uma forte influência da vivência de nosso processo de trabalho do apoio. A possibilidade de estar constantemente em interação com os gestores da Saúde, nos territórios ou nos espaços de pactuação do SUS, Câmaras Técnicas e Comissões Intergestoras Regionais, faz com que a reflexão e análise das realidades da regionalização nas Regiões de Saúde sejam uma expressão da vida como ela é, todos os dias, e dos sentimentos e ações que os apoiadores somam a esses cotidianos.

Buscando a expressão do conjunto dos apoiadores, após a vivência na oficina, o debate e a síntese das narrativas, além da leitura reflexiva das narrativas produzidas (e considerando que os apoiadores são também autores deste capítulo), a opção de construir a síntese se tornou um saboroso prato a ser compartilhado com o leitor. Porém, definir seu formato foi um desafio e uma limitação, nos levando a agrupar diversas expressões, frases e palavras que respondiam ao roteiro proposto pela metodologia e construíam uma narrativa síntese. Segue, então, a nossa síntese! Longe de nosso desejo está a vontade de fechar a discussão; ao contrário, todos estão convidados a uma reflexão e a produzir novos espaços de conversa e reflexões.

<sup>1</sup> Caderno COSEMS/SP, v. 3 – Estratégia Apoiadores. COSEMS/SP, São Paulo, 2013.

## Palavras sínteses dos apoiadores

Solidariedade	Espaço deliberativo
Compartilhamento	Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRASs)
Consenso	Construção coletiva
Empoderamento dos municípios	Compromissos geopolíticos
Desafios	Capacidade de resposta dos municípios
Organização	Resolutividade em tempo oportuno
Fragilidade	Convencimento da importância
Acesso	Identificação de instrumentos
Construção política	Foco principal
Território sanitário	Interesses individuais
Entes federados	Autossuficiência
Pactuações	Coletivos regionais
Região de Saúde	Processos de mudança de modelo de gestão



## Uma síntese possível das narrativas<sup>2</sup>

### A regionalização como construção política permanente

Na leitura do conjunto dos apoiadores, a regionalização é uma construção política permanente, um movimento de descentralização envolvendo atuação constante dos entes federados, em processos de pactuação e compartilhamento das responsabilidades desenvolvidas em uma Região de Saúde, com a lógica de território sanitário – um verdadeiro espaço deliberativo. Reconhecem as Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) como espaços permanentes constituídos de forma organizada, mas ainda insuficientes, com construção política frágil, cuja ideia de “em permanente construção” parece lenta para o dinamismo da realidade cotidiana. Contudo, o espaço criado trouxe uma via de acesso do município para o cenário da regionalização e aumentou, relativamente, seu poder de atuação no processo de pactuação.

### O processo de pactuação regional

O pensamento e a vivência dos apoiadores reafirmaram a necessidade de uma convivência solidária entre os entes federados, como forma de se construir inter-relações adequadas frente às diferentes características regionais e inter-re-

gionais, reconhecendo as diferenças e a possibilidade de se criarem respostas singulares a cada situação. Destacaram a importância da construção das relações entre os municípios, com a ampliação da capacidade de compartilhamento de suas responsabilidades sanitárias. Entenderam a regionalização solidária e compartilhada como uma equação para as diferenças entre os portes municipais, possibilitando o equilíbrio nas relações entre municípios grandes e pequenos, visando à construção de Redes Regionais de Atenção à Saúde autossuficientes, com garantia de integralidade.

O consenso aparece como a forma expressa ideal para a pactuação regional. Porém, apontam que o processo de regionalização sofre com a forte indução política e financeira exercida pelos entes federal e estadual, apontando uma agenda central que muitas vezes limita a criação e o desenvolvimento dos arranjos locais regionais.

### Alguns desafios e potenciais da regionalização

Para o grupo, a regionalização reflete a necessidade de interação entre os entes públicos e traz conceitos para a execução de ações e serviços que remetem à busca de eficiência e efetividade. Conceitos de planejamento, formação de Redes Regionais de Atenção à Saúde, organização e garantia de acesso; ou seja, de produção de melhores resultados. Mas apontam a falta de instrumentos que garantam, inclusive legalmente, a sustentabilidade da relação entre os três entes federados. Consideram um desafio a construção de coletivos regionais capazes de produzir processos de mudança de modelo de gestão, respeitando os compromissos geopolíticos e, ao mesmo tempo, aumentando a capacidade de resposta dos municípios às necessidades de cuidado de suas populações, com acessos organizados por mecanismos de regulação, produzindo ações e serviços resolutivos que aconteçam em tempo oportuno, consolidados em Redes Regionais de Atenção à Saúde. Marcam posição com o tema do financiamento insuficiente e comprometedor, num cenário de disputas de projetos e fragmentação dos recursos disponíveis. Visualizam potência na possibilidade da descentralização da deliberação do uso de recursos e enfatizam a necessidade de cumprimento do financiamento às Redes Regionais de Atenção à Saúde que estão sendo implementadas, de modo a melhor dimensionar o acesso. As trocas frequentes e a insuficiente qualificação de parte dos gestores municipais são apontadas como fragilidades para que haja constância no processo de regionalização. Destacam a importância da educação permanente na construção de coletivos de gestores municipais capazes de qualificar as relações intermunicipais e potencializar a gestão de cada município, trazendo melhor equilíbrio nas relações entre União, Estado e municípios.

Também identificam fragilidades no gestor estadual, seja pela insuficiência das equipes técnicas ou pela forma de organização administrativa dos atuais Departamentos Regionais e suas inter-relações com o nível central da Secretaria de Saúde, seja pelas características de perfis de alguns dos diretores e técnicos regionais, cujo conjunto interfere na organização regional.

<sup>2</sup> Muito desta análise se valeu da seguinte referência: Carvalho, G. et al. *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas, SP: IDISA/CONASEMS, 2008.

## A regionalização pode ser potente

Acreditam ser a regionalização um dos instrumentos de fortalecimento da descentralização da gestão das políticas públicas. Os gestores municipais já compartilham fronteiras e, com elas, também determinadas condições de saúde, diferentes graus de interdependência econômica, cultural e social; uma qualificação da relação mais solidária permitirá o compartilhamento de ações e de recursos, das mais diversas ordens (serviços, estratégias, equipes etc.), para o enfrentamento das determinantes dos processos de saúde e doença.

O desafio para tal construção solidária pode se dar na elaboração compartilhada dos planos de ação e em sua efetivação no dia a dia das gestões, de forma que todos se identifiquem como coparticipantes e se responsabilizem pelas propostas regionais, superando um contexto sociocultural de valorização da competição, da lógica do “salvem-se quem puder” e da pressão das demandas locais por serviços de saúde muitas vezes sem planejamento regional e sem uso de critérios epidemiológicos. Simplesmente, por questões políticas eleitorais.

Segundo André Bonifácio, secretário da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), em entrevista à revista do Conasems3: “Para trabalhar as diferenças regionais [...] importante é ampliar a capacidade de articulação dos projetos governamentais. [...] Outra questão é construir uma cooperação horizontal, para que os municípios unam forças, conhecimentos, tecnologias e capacidades para que juntos possam modificar uma determinada realidade regional, a partir de uma forte organização das Comissões Intergestoras Regionais e a necessária participação das Secretarias Estaduais”.

A regionalização é necessária à construção do SUS, porque os municípios não são autossuficientes e as regiões são diferentes, necessitando que essas diferenças sejam reconhecidas para que se criem respostas próprias a cada situação e para que se organize a oferta de serviços de saúde às populações recomendadas pelo SUS. A efetivação dos princípios do SUS – como a universalidade no acesso, a integralidade no cuidado e a equidade na oferta – precisam estar no foco dos gestores das Regiões de Saúde, ao construírem os novos desenhos de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRASs). Para que isso seja feito, fica clara para os apoiadores a necessidade de que sejam observadas e respeitadas as desigualdades regionais; que os desenhos das Regiões de Saúde sejam fortalecidos; que se busque a equidade; que as estruturas e ações de regulação sejam descentralizadas e mais efetivas. Pela experiência e pelo “olhar”, os apoiadores entendem que a “regionalização é o caminho!” Mas percebem que, talvez, até por definição, é um paradigma complexo a ser explorado, um caminho que deve envolver e relacionar várias disciplinas e formas de ciência, que requer várias mãos em sua modelagem e necessita de uma melhor estruturação em sua governança, englobando um melhor suporte administrativo regional, uma consistente base legal e uma política financeira descentralizada. Um caminho instigante que inclui incertezas, mas também a abertura de novas possibilidades e realizações, na construção do Sistema Único de Saúde.

## Visitando as narrativas

Entendemos que seria rica a possibilidade de os leitores lerem o conjunto das narrativas dos apoiadores, coletadas no dia da oficina em questão; mas a opção metodológica do texto foi por destacar pensamentos que reafirmam a tentativa de síntese, registrada acima. Assim, visitem a seguir os “o quê” das arquiteturas, os “como” das metodologias, os “com quem” dos atores, os “para quê” das intencionalidades, e os “porquês” dos paradigmas descritos nas narrativas dos apoiadores:

“Movimento de descentralização do SUS: processo que permitiu e permite empoderar os municípios para a organização do SUS municipal. Permite e possibilita à organização do SUS atender as necessidades locais devido à maior proximidade com a população. Processo que, para se efetuar, necessita que as três esferas de gestão do SUS revejam e assumam novos papéis”.

“Processo que busca, com a participação dos gestores, organizar cidades em espaços geográficos com certa profundidade em territórios sanitários, respeitando suas características sociais, culturais, históricas, econômicas e epidemiológicas”.

“Regionalização é um dos princípios organizativos do SUS e o processo de organização da descentralização”.

“A regionalização é um processo importante na construção e constituição do SUS, na medida em que agrega municípios com semelhanças ou identidades culturais, nas necessidades, nos perfis epidemiológicos, na localização e no acesso; ou seja, que sejam próximos e contíguos territorialmente e com necessidades parecidas”.

“O que é a regionalização senão um processo de fortalecimento de Regiões de Saúde, através da construção coletiva de Redes Regionais de Atenção à Saúde que devem ser autossuficientes para atender de forma integral os indivíduos daquela região”.

“Assim, a construção da regionalização passa necessariamente pela identificação de instrumentos que possibilitem esta interação, a partir do fortalecimento de espaços coletivos como as CIRs”.

“Fizeram parte do processo da regionalização os três entes federados, bem como todos os prestadores de serviços das regiões. Interação entre os entes públicos (atores) para a execução de ações e serviços de maneiras mais eficazes, eficientes, efetivas e sustentáveis, construídas com fundamento nas necessidades específicas de cada uma das regiões”.

“Observo sempre que os grandes municípios – aqueles que geralmente têm mais estrutura com equipamentos e recursos humanos – não gostam muito da regionalização, porque muitas vezes acabam, além de dividindo, também pagando pouco ou muito dessa conta. Mas, se pensam assim, como ficam os municípios menores... O espaço hoje criado para isso, a CIR, oferece a pauta e essa discussão; mas não garante o concreto, porque ninguém quer ser solidário.”

3 Revista do Conasems, abr. 2014.

“Penso a regionalização como um movimento importante que não pode deslocar a importância do trabalho municipal, considerando a potência e a responsabilidade deste, no processo de mudança do modelo de gestão e na gestão do cuidado”.

“Não é possível a regionalização se os níveis federal e estadual não descentralizarem suas funções, reverem seu papel na assistência, discutirem e desvinculem o financiamento, dando maior liberdade à gestão local do SUS para definir onde e de que forma investir. Não é possível regionalização se os municípios não assumirem suas responsabilidades com a gestão do SUS; não assumirem os serviços e as atribuições historicamente de responsabilidade dos outros níveis, federal e estadual”.

“Fico pensando muitas vezes o que podemos fazer e quais estratégias poderemos utilizar para atingir metas e propósitos que despertem nas pessoas a paixão; o fazer gostar que não seja por obrigação, mas de fato o entendimento e a vivência do dia a dia, de forma que a prática se relacione com o discurso. E aí vejo, dentro do tema regionalização, discussões e discussões que muitas vezes se perdem nos vazios, porque as pessoas parecem buscar não interesses coletivos, regionais, mas interesses próprios, individuais e do seu território apenas; isso quando não buscam interesses para suas plataformas políticas”.

atores que, por vezes, é percebida com um afastamento deles do processo de regionalização. Desafio: capilarizar esta discussão; hoje, ainda é frágil até entre gestores e ainda nem é presente na vida cotidiana de trabalhadores e usuários. Ampliar a solidariedade entre os autores e a autonomia financeira da região, para implantar os processos”.

“É necessário, ainda, que os municípios que têm gestão de serviços regionais assumam o compromisso e a responsabilidade com a regionalização e viabilizem o acesso a esses serviços. [...] Contudo, não há previsão legal de um ente regional que facilite a interação e a integração dos três entes federados. Esta ausência é que dificulta esse processo”.

“Diante da necessidade de aumentar e construir espaços para melhorar as Redes Temáticas, é importante discutir regionalmente a saúde através dos atores envolvidos neste cotidiano: gestores, trabalhadores, prestadores e usuários”.

“Frente à realidade encontrada no movimento da regionalização, percebemos que há obstáculos que precisam ser enfrentados, para que este movimento seja mais efetivo. São eles: a fragilidade dos quadros técnicos locais; a fragilidade na articulação com a gestão dos hospitais filantrópicos; garantir a efetivação das Redes Regionais de Atenção à Saúde, para que a atenção individual e coletiva se complete na região”.

“Porque a regionalização é a saída para a assistência integral à saúde, proposta na Constituição, para que os cidadãos tenham seu direito à saúde, garantido na forma e conteúdo da sua necessidade”.

“Quando penso na regionalização, me vem a necessidade de se conseguir construir a Região de Saúde viva, onde o sistema de saúde possa ser discutido e pactuado entre os pares do território.”

“É importante ressaltar o quão ‘complexo’ e ‘grande’ se torna essa tarefa, a qual precisa ser compartilhada de forma regional, interfederativa. Enfrentar, a meu ver, a superação de um modelo verticalizado para formas de gestão ou cogestão regional”.

“Como vivencio a regionalização? Ela se dá nos territórios das regiões, onde os atores, em algum momento, se encontram e, com vários outros, se trombam... Nos encontros existe muita construção e pouca desconstrução; nas trombadas existe mais desconstrução e menos construção. Isso acaba provocando uma sensação de frustração nesses

“Apesar da crítica sobre ‘vir tudo de cima para baixo’, percebo ainda uma dificuldade nos coletivos regionais – seja em CIR, seja em grupos técnicos – de assumirem um protagonismo que de fato atinja os problemas já identificados por todos. Dessa maneira, discuto o ‘como’, pois acredito que há que se melhorar a apropriação destes espaços de discussão e construção, no sentido de que, de fato, prevaleça uma gestão regional de qualidade. Faz parte dessa mudança a qualificação dos gestores, o empoderamento das equipes de gestão municipal, a participação de todos os profissionais de saúde no processo (em seus espaços) e a participação dos usuários. O cotidiano acaba envolvendo os atores de forma avassaladora e acaba desapropriando os indivíduos de seus papéis políticos e técnicos; mas, sobretudo, de sua potência transformadora”.



Legenda foto

# 3 O Projeto Apoiadores e a regionalização: nossa alma e nosso labor

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

O Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP) tem sido um ator fundamental na articulação da participação dos gestores municipais e no processo de construção e condução do SUS, em São Paulo. Ao longo da sua história, tem se reinventado para fazer frente às transformações do processo de consolidação do SUS, no Estado. Foi criado no Encontro de Secretários Municipais em Bauru, em 1988 e, naquela ocasião, recebeu o nome de Associação Paulista de Secretários Municipais de Saúde “Dr. Sebastião de Moraes”, em homenagem a Sebastião de Moraes, que havia sido secretário de Saúde de Campinas e de Itu, um defensor da municipalização da Saúde, falecido em decorrência de um acidente de trânsito, em 1987. A entidade permaneceu com este nome entre 1988 e 1995; a partir daí, passou a se denominar Conselho de Secretários Municipais de Saúde “Dr. Sebastião de Moraes”<sup>1</sup>.

O COSEMS/SP teve presença política crescente no movimento pela municipalização da Saúde e, em muitas situações, conseguiu mudar os rumos dos acontecimentos, no sentido da descentralização e da mudança nas relações de poder entre as esferas de governo. Teve também papel decisivo na troca de experiências entre os gestores, estabelecendo uma forma de diálogo e comunicação entre as centenas de municípios paulistas.

Com a institucionalização das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, formalizadas pela Norma Operacional Básica (NOB 93), os municípios passam a ser ouvidos de maneira mais permanente nas discussões sobre os rumos do SUS, capacitados por uma atuação qualificada dos diretores de COSEMS/SP nesses espaços. As diretorias do COSEMS/SP, desde a fundação da entidade, são eleitas em congressos. Nos primeiros seis anos de sua existência, as diretorias tinham mandato de um ano; a partir de 1995, os mandatos passaram a ser de dois anos e os encontros ou congressos continuaram sendo anuais. Em 1995, aconteceu uma reestruturação, quando se definiu que, além da diretoria eleita no congresso, haveria 24 representantes regionais, que passaram a compor o Conselho de Representantes, instância maior de deliberação da entidade. O representante regional é um secretário eleito na sua Região de Saúde e que cumpre um papel de representação dupla: da região junto à diretoria do COSEMS/SP, e da diretoria da entidade em cada Região de Saúde. Até 2007, esta representação

regional era quase coincidente com a estrutura de Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde (SES/SP), mas, naquele ano, com a construção do Pacto pela Saúde no Estado, discutiu-se a necessidade de ampliação do número de representantes regionais para que cada região pudesse ser representada<sup>2</sup>.

Em São Paulo, durante o ano de 2006, o COSEMS/SP apoiava a implantação do Pacto pela Saúde que, após dois anos e meio de amplas discussões e pactuações, fora aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 26 de janeiro, e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 9 de fevereiro<sup>3</sup>. Em fevereiro de 2007, com a mudança do secretário-adjunto da Secretaria Estadual de Saúde, este ator passou a ter, efetivamente, um protagonismo na construção do processo, aliando-se aos esforços do COSEMS/SP.

Desde agosto de 2004, estavam definidos pela CIT os eixos que deveriam nortear a discussão das diretrizes e das responsabilidades, dentro do Pacto pela Saúde, quais sejam:

1. responsabilização sanitária;
2. regionalização;
3. planejamento, programação e avaliação;
4. financiamento;
5. regulação e normatização;
6. gestão do trabalho e da educação;
7. gestão participativa.

A Regionalização Solidária e Cooperativa<sup>4</sup> foi assumida como um eixo estratégico e transversal a todos os outros, devendo orientar as propostas construídas em cada área. Para a efetivação da regionalização, as Regiões de Saúde deveriam ser definidas a partir de critérios sanitários, e todas deveriam constituir um Colegiado de Gestão Regional (CGR), espaço compartilhado de gestão no território.

Em fevereiro de 2007, a Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo (CIB/SP) definiu que a construção do pacto se iniciaria pela regionalização, desencadeando em todo o Estado um processo de discussão e revisão da divisão existente. A proposta de revisão das Regiões de Saúde foi acordada entre SES e COSEMS/SP, tendo como perspectiva superar a tradicional visão de que a divisão administrativa da SES correspondia, automaticamente, aos territórios regionais de Saúde. Foram definidas as microrregiões da NOAS/01, como pontos de partida. Esses desenhos seriam revistos criticamente pelos atores, em cada território. Depois de um período de discussões centralizadas, foi apontada a realização de 17 oficinas, nas quais seriam definidos, coletivamente, os novos desenhos regionais.

Para este importante movimento, a SES/SP atribuiu, aos seus 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) a coordenação do processo de implantação do pacto, em seu território. O COSEMS/SP acompanhou com preocupação essa atribuição, pois existia certo esvaziamento de capacitação técnica e política nos DRSs e, em vários de-

<sup>1</sup> SUS e COSEMS/SP 25 anos; da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011 – Os eventos e episódios históricos que marcaram a luta dos gestores municipais, em São Paulo, por um sistema de saúde integral, equânime e universal; COSEMS/SP, 2012.

<sup>2</sup> Estratégia Apoiadores – Dispositivo do COSEMS/SP contribuiu para qualificar a organização do movimento sanitário e potencializar o processo de regionalização. Caderno COSEMS/SP, v. 3, 2013.

<sup>3</sup> Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos Pela Saúde, Ministério da Saúde, v. 1, 2006.

<sup>4</sup> Ibid.

les, havia mesmo pouca governabilidade sobre os serviços sob gestão estadual, naqueles territórios. Esta fragilidade observada colocou, para a diretoria do COSEMS/SP, a necessidade de se pensar um processo de apoio aos municípios que permitisse desenvolver, eficazmente, o processo de regionalização<sup>5</sup>. Entendia-se que a estratégia escolhida deveria permitir uma condução compartilhada entre COSEMS/SP e SES, não só no espaço central, mas também nas Regiões de Saúde; e para isso seria essencial que a implantação da regionalização, a partir do Pacto pela Saúde, refletisse um movimento vivo, de construção coletiva e participativa entre os municípios e o Estado, em cada território.

A diretoria do COSEMS/SP fez, então, uma discussão sobre a importância de se desencadear um processo de apoio mais próximo aos gestores municipais, para que eles pudessem assumir o protagonismo esperado dos municípios, na constituição e gestão das Regiões de Saúde. Esse apoio não seria possível apenas com o trabalho da diretoria e da assessoria da entidade, que na época era de apenas um técnico, em seu escritório. Assim, em abril de 2007, na oficina de planejamento do COSEMS/SP, foi acordado que se tentaria buscar recursos para desencadear a contratação de apoiadores que atuassem no processo de implantação do Pacto pela Saúde, em todo o Estado.

Naquela mesma época, o Ministério da Saúde disponibilizou recursos no bloco de gestão para apoiar o planejamento em cada Estado. No início de maio, foi pactuado com a SES SP o uso deste recurso do PlanejaSUS/MS, a partir de um plano de implantação do pacto, que previa ações sob responsabilidade da SES SP e do COSEMS/SP. Uma parte desse recurso foi destinada ao Projeto de Apoiadores, do COSEMS/SP. O plano aprovado de forma bipartite previa quatro grandes ações:

Assessoria técnica para as diferentes atividades de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) e Pacto pela Saúde: processo de discussão com regionais e municípios, análise das contribuições, definição das metas estaduais e regionais, integração das ações estratégicas com as propostas procedentes das Regiões de Saúde, definição dos indicadores, entre outras atividades. Valor previsto: R\$ 350.000,00. Responsável técnico: SES/SP.

Construção e implantação do sistema de monitoramento e avaliação do PES que possibilitasse a análise integrada das informações de saúde, que definisse o formato dos relatórios e os fluxos respectivos, que identificasse os destinatários etc. Valor previsto: R\$ 150.000,00. Responsável técnico: SES/SP.

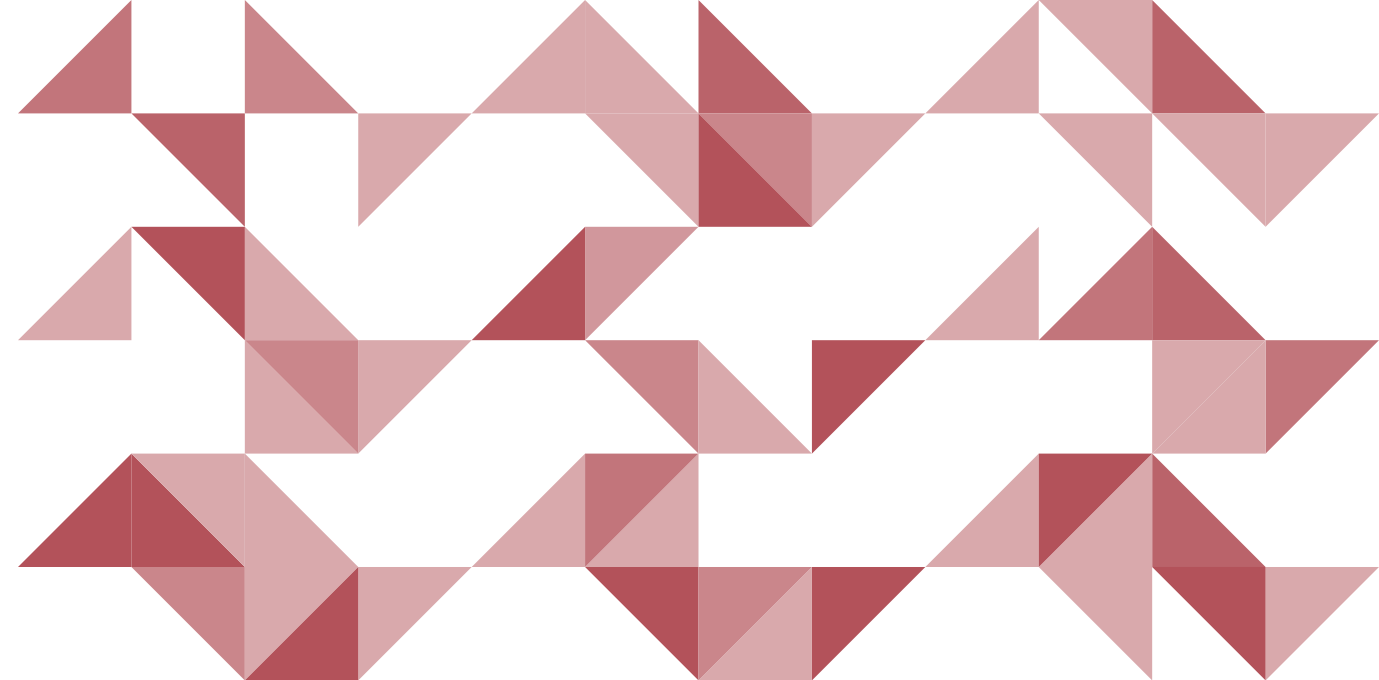
Apoio à organização da V Conferência Estadual de Saúde. Valor previsto: R\$ 200.000,00. Responsável técnico: SES/SP.

Assessoria técnica para apoio ao processo de planejamento regional junto aos Colegiados de Gestão Regionais. Valor previsto: R\$ 500.000,00. Responsável técnico: COSEMS/SP<sup>6</sup>. [grifo nosso]

Este projeto intermediado pela OPAS possibilitou ao COSEMS/SP dispor de recursos financeiros para arcar com uma estratégia dessa amplitude. Os apoiadores acompanhariam a implantação do pacto, além de fortalecer e dar maior capilaridade à

<sup>5</sup> *O olhar municipal: desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo. Cadernos da Regionalização COSEMS/SP, v. 1, 2007.*

<sup>6</sup> *Deliberação CIB 04, 2012.*



entidade. Pretendia-se, com esses apoiadores, ampliar os canais de comunicação e a capacidade de detecção das necessidades e dificuldades ocorridas nas regiões. Iniciou-se, então, a primeira experiência de apoio, pela ótica dos municípios, com base nas novas Regiões de Saúde. Foi realizado um processo seletivo para a contratação dos apoiadores no qual a principal exigência era a experiência na gestão municipal.

Ao final do processo, todas as 64 regiões nasceram com os seus Colegiados de Gestão Regional já instituídos, pois ter o CGR era pré-requisito para ser considerada uma Região de Saúde. A Deliberação CIB 153/2007 reconheceu essas 64 regiões e apresentou as diretrizes que deveriam orientar o funcionamento desses colegiados em cada região. Os apoiadores começam seu trabalho exatamente nesse momento e, no ano de 2007, tiveram como principal agenda apoiar o movimento de instituição das regiões.

Aconteceram, no correr do ano, algumas revisões, como mudança de municípios de uma para outra Região de Saúde, unificações de duas regiões de uma mesma DRS e a fusão da Região de Saúde de Guarulhos com a Região de Saúde do Alto Tietê. Ainda em 2012, a deliberação CIB 62/2012 reconheceu, após estas mudanças, 63 Regiões de Saúde no Estado que permanecem até os dias de hoje.

O perfil destes primeiros apoiadores foi importante para a constituição do modo como essa estratégia se apresentou aos gestores municipais e estaduais. Muitos tinham forte ligação com o COSEMS/SP, alguns eram ex-secretários municipais ou tinham sido membros de equipes gestoras municipais; com isso, tiveram mais facilidade para a aproximação com os secretários municipais de Saúde<sup>7</sup>.

Foram, então, divididos de acordo com as regiões existentes no Estado, ficando cada um com duas, três ou quatro Regiões de Saúde. O principal objeto do apoio era a região – ou seja, o conjunto de municípios de cada região –, com foco na relação entre

<sup>7</sup> *Estratégia Apoiadores – Dispositivo do COSEMS/SP contribuiu para qualificar a organização do movimento sanitário e potencializar o processo de regionalização. Caderno COSEMS/SP, v. 3, 2013.*



Legenda fotos

eles e deles com o Estado, nos movimentos de constituição do processo de regionalização. Naquele período, crises e dificuldades foram relatadas, pois a função de apoio deveria se sobrepor ao papel de militância e de ex-gestor, procurando sempre estimular a participação e protagonismo dos secretários. Esse papel foi aprendido e apreendido cotidianamente, em cada encontro, em cada reunião, em cada CGR, a partir do exercício não só das capacidades técnicas do apoiador, mas também da busca de respostas às expectativas e apostas políticas de todos os envolvidos.

A construção de diretrizes bipartites que orientaram o funcionamento dos CGRs foi essencial, pois, mesmo com diferentes relações entre municípios e especificidades regionais, nos diversos territórios a organização se deu a partir dos mesmos princípios<sup>8</sup>. Esta constatação apareceu no Relatório de Atividades dos apoiadores do período de agosto de 2008 a março de 2009. Respeitou-se a diversidade de cada Região, na construção dos regimentos internos, sem perder a unidade. Naquela etapa, efetivados os regimentos e a organização formal, permanecia pendente o desafio de transformar o Colegiado recém-constituído num espaço de cogestão. Para isso, o trabalho dos apoiadores foi determinante, ajudando a romper condicionamentos historicamente estabelecidos de relação hierárquica e desigual entre os entes federados, e entre municípios grandes e pequenos. Construiu-se, então, uma responsabilização coletiva pelo funcionamento do CGR. A partir de 2011, com o Decreto nº 7508/20119, os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) passam a ter a nomenclatura de CIR (Comissão Intergestores Regional).

Em São Paulo, como a regionalização vinha acontecendo na prática desde 2007, não houve mudanças significativas na organização e funcionamento desses colegiados, com o decreto. O apoiador continuou tendo papel importante no fortalecimento da governança regional. Desde o início do projeto, foi fixado um encontro mensal no qual todos os apoiadores deveriam participar, com a assessoria técnica do COSEMS/

SP, responsável pelo mesmo, além de algum representante da diretoria. Esse espaço teve quatro objetivos:

- ser um espaço de educação permanente para os apoiadores;
- socializar, com os apoiadores, as principais agendas do SUS no período, definindo suas prioridades de trabalho;
- deixar clara a orientação política da diretoria do COSEMS/SP para o trabalho referente a estas agendas;
- ouvir os apoiadores e analisar o que vinha de cada espaço regional, buscando subsidiar a diretoria do COSEMS/SP.

Este espaço dos encontros sempre foi muito valorizado pelos apoiadores como um importante dispositivo de qualificação do trabalho, sendo parte da agenda mensal de todos, até hoje. Desde então, foram realizados outros convênios, utilizando recursos federais para planejamento e apoio à regionalização que tornaram possível a manutenção da estratégia, até o momento atual.

Esses encontros mensais e, ainda, os encontros que acontecem ocasionalmente entre os apoiadores de regiões próximas; as oficinas de construção das redes temáticas (a partir de 2012), e diversas oficinas desencadeadas pelo COSEMS/SP em parceria com a SES/SP para discussão de grandes temas como Regulação, Atenção Básica e outros, para os quais o apoiador/ou apoiadores das regiões envolvidas é/são convidado(s) e estimulado(s) a participar(em) e possibilitam, além da troca entre pares, a possibilidade de formação contínua e de revisão da atuação. É muito claro que a atuação dos apoiadores se dê “em relação”; portanto, o modo de ser de um determinado colegiado, do diretor de DRS, dos secretários municipais ou da diretoria do COSEMS/SP vai definindo certas produções e ajudando a desenhar o estilo e a forma de atuação de cada apoiador.

O apoiador tem sido, também, o vínculo preferencial do representante regional eleito na CIR para acompanhar e representar sua região, no Conselho de Representantes. As mudanças frequentes de secretários municipais de Saúde, apontada pelos apoiadores como grande obstáculo à consolidação e ao avanço das regiões, são vistas também como necessidade de um saber e de uma reconstrução permanente do papel do apoiador. Atualmente suas principais tarefas estão mantidas e foram reafirmadas pela diretoria do COSEMS/SP em 2015, quais sejam:

- participar das reuniões de Câmara Técnica e da CIR, de cada região;
- tentar fazer sempre uma reunião prévia à realização da CIR, com os secretários da região;
- acolher e “formar” os novos secretários;
- fortalecer o representante regional, para que tenha atuação qualificada, com vínculo forte com o COSEMS/SP e liderança na sua região.

Este último item é um desafio permanente e uma estratégia fundamental para a qualificação do processo de regionalização no Estado; portanto, a tarefa do apoiador como formador desse representante é estratégica para a entidade e para o SUS, em São Paulo.

Se, inicialmente, o apoiador tinha como principal objetivo a estruturação da Região de Saúde, hoje, sua atuação continua preferencialmente no apoio regional, mas

<sup>8</sup> Relatório de atividades dos apoiadores; ago. 2008/mar. 2009.

<sup>9</sup> Decreto nº 7508, Presidência da República/Casa Civil, 28 de junho de 2011.

apostando na singularidade deste apoio. Há momentos específicos regionais para os quais o apoiador tem sido solicitado, como para seminários, encontros e oficinas diversas, como regulação, contratos e convênios, estruturação da Atenção Básica, elaboração das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e outros, para os quais procura contribuir no limite de suas horas e possibilidades. Há, também, uma “colaboração” dos apoiadores com outras regiões que não estão sob sua responsabilidade.

Em 2014 foi reorganizado pelo escritório do COSEMS/SP, um levantamento das diversas formações do quadro de apoiadores quando foi solicitado que especificassem suas áreas de especializações e nesse “banco” os demais buscam assessoria para determinados temas. É frequente a solicitação de apoiador que tenha mais familiaridade com legislação do SUS, contratualização, execução financeira, apoio logístico, educação em saúde, saúde mental, planejamento etc. O quadro de apoiadores é composto hoje por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, advogados, administradores, pedagogos e matemáticos, ampliando as possibilidades de apoio e diversificando muito a atuação.

Hoje, podemos afirmar que o Projeto Apoiadores do COSEMS/SP que completou sete anos em julho de 2014 não é mais um projeto, mas uma estratégia que se mostrou eficaz e importante aos secretários e secretárias municipais de Saúde do Estado de São Paulo, e para a entidade. No processo de regionalização e de fortalecimento da governança regional, há desafios sempre presentes para o apoiador<sup>10</sup>:

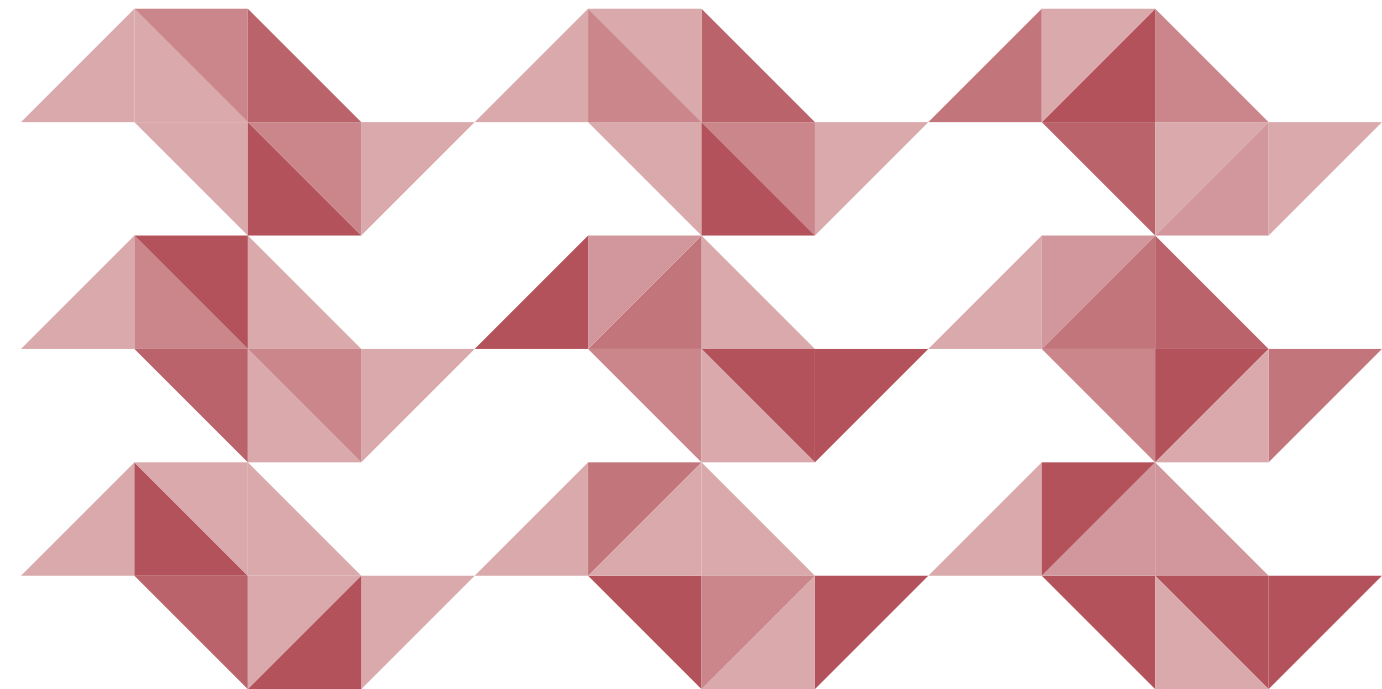
- a) ausência de uma cultura de planejamento e trabalho em rede regionalizada, com compromissos que abranjam para além das fronteiras de cada município;
- b) dificuldade dos gestores de visualizar a Região de Saúde como lócus de resolução de problemas e como espaço de construção da integralidade, a partir do planejamento solidário;
- c) não-reconhecimento dos secretários (em especial das cidades maiores), do espaço da CIR e sua ausência de suas reuniões;
- d) dependência dos municípios menores em relação aos maiores e dificuldade de que falem entre si como iguais;
- e) a cultura da hierarquia que faz com que muitos entendam que a DRS é uma instância superior na CIR.

Mesmo enfrentando esses desafios, há avanços inegáveis que podemos atribuir à criação do Projeto/Estratégia Apoiadores:

- a) a valorização e capilarização do COSEMS/SP em todo o Estado;
- b) a construção de projetos singulares, de forma solidária, nas regiões;
- c) a ampliação da autonomia de algumas regiões;
- d) o reconhecimento da importância do papel do apoiador, por parte dos gestores municipais e estaduais;
- e) a capilarização e a rapidez das informações e decisões tomadas pela diretoria, balizadas por discussões que ocorreram nas CIRs;

- f) os levantamentos realizados rapidamente e com fidelidade, em todo o Estado, sobre situações em que a entidade necessita de informações e que norteiam posições e pactuações com a Secretaria Estadual da Saúde.

Ao recuperar a história da construção dessa estratégia, fica patente que a atuação do apoiador do COSEMS/SP foi uma aposta da direção da entidade na construção permanente e na qualificação dos espaços regionais como lugares de gestão compartilhada, assumindo que esta só acontece na relação entre os diversos atores que ali atuam. Essa aposta se deu também no apoiador como potencializador do protagonismo dos gestores municipais, na capacidade criativa e inovadora dos múltiplos encontros e no fortalecimento da instância regional, apontando a regionalização como caminho para que o SUS seja, cada vez mais, integral, solidário e equânime.



<sup>10</sup> *Estratégia Apoiadores, sete anos de conquistas. Jornal do COSEMS, dez. 2014.*

## Marília Cristina Prado Louvison

Este capítulo trata das “vocalizações coletivas” construídas a partir das narrativas produzidas pelos gestores ao longo das Oficinas Regionais que realizamos em cinco cidades paulistas. Durante as oficinas, foram construídas narrativas individuais, discutidas em coletivos regionais que produziram o que chamamos de “narrativas coletivas”. Este material traz, portanto, intensas reflexões, um processo vivo de análise do atual “estado da arte”, no processo de regionalização do Estado de São Paulo.

Registrar e “traduzir” o que esse coletivo pensa e possui de potência é sempre uma tarefa que reduz e recorta a realidade vivida. Aqui, pretende-se apenas contar essa experiência; a sistematização foi feita com a intenção de conversar com os debatedores, no último encontro, e indicar o movimento produzido ao longo do processo de “vocalização” sobre o que pensam os gestores.

É fundamental a escuta do que os gestores paulistas do SUS estão dizendo, em coro, sobre as angústias de um processo de regionalização inconcluso, em que grande parte das possibilidades por acontecer já se fizeram ou ainda se fazem presentes, em maior ou menor grau, em vários momentos. Mas é, sem dúvida, falar sobre o sentimento do não-acontecido, do não-efetivado, mesmo que, por sua natureza processual e política, seja sempre um processo inacabado.

É importante, ainda, lembrar que as falas foram produzidas após as provocações já explicitadas em capítulos anteriores: O que? Por quê? Para quê? Como? Com quem? No sentido de mobilizar angústias e desejos e, acima de tudo, de produzir movimentos e falas – que vamos escutar ao longo de toda esta publicação.

### O que? Organização e fortalecimento do SUS

Todos os coletivos concluíram com a proposição: “A regionalização é o caminho!”. Compreendem, então, a regionalização mais do que como um caminho, mas como uma real e necessária possibilidade de construção do SUS que se quer, hoje; que é praticamente impossível não construí-la e não avançar nesse processo. Mas indicam fortemente e gritam: Como percorrer este caminho? Por que tanta dificuldade? A sensação de solidão e desgaste contrasta com um otimismo e uma energia que vibram nos gestores, quando provocados pelo tema da regionalização.

Indicam que a regionalização é estruturante na organização e fortalecimento do SUS: é processo, organização, pactuação, articulação, sistematização. Ficam com a sensação de meta não alcançada, porque o processo é dinâmico e contínuo, não pode parar; é se analisar e continuar, sempre. É um processo e, portanto, não pode ser tratado como algo que termina. Portanto, não completa seus ciclos e isso acaba por trazer a sensação de que nunca se avança; o que é sempre imobilizador.

Os gestores trazem para a roda a importância do compartilhamento solidário, na gestão do SUS, para o êxito da regionalização: “Todos têm que fazer sua parte;

sempre haverá interdependência no SUS. Os municípios são vasos comunicantes; é uma gestão compartilhada e solidária, que potencializa o avanço do processo. A regionalização e a municipalização são processos complementares, não são antagônicos, não precisam disputar.” A regionalização solidária é a busca e, nesse sentido, deve-se respeitar a diversidade regional. Devem ser construídos projetos regionais singulares e equânimes; ampliada a solidariedade nas relações regionais, independentemente dos tamanhos dos municípios e, ao mesmo tempo, devem ser respeitadas as diferenças, nas construções políticas.

Muito se discutiu a respeito de como são diferentes as Regiões de Saúde, territórios vivos que precisam de olhares atentos – e o quanto esse olhar atento precisa balizar a constituição e a formalização das Regiões. Uma fala recorrente: “É necessário rever o desenho das Regiões de Saúde e das Redes Regionais de Atenção à Saúde. O processo é dinâmico; ninguém é autossuficiente e autossustentável sozinho; é preciso construir o protagonismo dos gestores; somos atores autores e não só atores!”. É este o papel dos municípios; mas também do Estado, que tem uma importância fundamental e precisa assumir seu papel. Em todas as Oficinas, identificou-se uma fragilidade do Estado, esvaziado nas Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e no cotidiano técnico e político das relações: “Há uma fragilidade do papel do Estado, neste processo, e uma grande importância em reconstruir seu papel, importante no apoio e na integração; estamos todos na mesma roda; fazemos juntos, precisamos desta potência!”.

A construção, no entanto, deve ser ascendente, baseada sempre na necessidade dos usuários, construindo identidade regional, compreendendo as Regiões de Saúde como territórios vivos e singulares, escutando o coletivo de gestores, sempre. A Região é o coletivo e não pode ser construída no interior de cada intencionalidade específica; isso não é possível. Será necessário enfrentar este desafio de produção do coletivo regional de gestão e, então, de governança e impacto no acesso e qualidade do cuidado para todos, não só para alguns. A Região de Saúde é vida política, cultural, existencial, para além da área da Saúde. É produção de vida e construção de autonomia dos sujeitos, nos territórios. É preciso avançar o olhar na construção das Regiões de Saúde para além da análise da oferta de serviços, da capacidade instalada, da pactuação de acesso aos serviços. É preciso olhar para a produção de redes vivas e para a intersetorialidade, incluindo os outros atores das políticas sociais locais e o executivo local: “Incluir os prefeitos e toda a sociedade, para que seja um projeto de todos e não uma preocupação de gestores da Saúde e usuários”.

### Como? Valorização do Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap)

Construir processos de contratualização entre gestores foi, também, uma proposição frequente: “Não interessa o nome; não é preciso chamar de Coap, não precisamos esperar demandas externas do Ministério da Saúde; este é um processo de potência local, porque já se produziu muito na construção de movimentos vivos em função do Pacto de Gestão, dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e, mais recentemente, dos mapas de saúde produzidos em função do Decreto nº 7508 e da preparação para o Coap e até mesmo, em função dos grupos condutores das Redes Temáticas (RTs); mas

nós acabamos não continuando o que se começou”. É preciso dar continuidade aos processos iniciados, construir governança regional de forma permanente; lidar com os poderes, construir solidariedade, responsabilizar gestores.

Os gestores identificam a necessidade de sempre considerar as necessidades das regiões e rever permanentemente os territórios regionais, construindo identidade regional em cogestão, processos de regulação regional, possibilidades de compartilhamento de serviços, de cotização solidária. Esse debate foi mais enfático na necessidade da construção de serviços conjuntos induzidos pelas redes temáticas, sem o apoio do Estado e com a dificuldade de avançar nos instrumentos de consórcios e convênios entre gestores, não conseguindo avanços solidários nessa possibilidade.

Foi identificado um importante gargalo na ampliação do acesso, que se não for enfrentado coletivamente e organizado dificultará muito o fluxo de pacientes, regionalmente: o transporte sanitário regional. A fala coletiva indica, ainda, um conjunto importante de desafios para os gestores municipais e estaduais, na construção da governança regional: “Não dá para conversar em processos regionalizados se não se garante o ir e vir das pessoas, avançando na organização das Redes Temáticas, fortalecendo o papel de apoio e integração das regionais. É preciso terminar o que começamos; caminhar para o Coap, rever e retomar projetos regionais; recombina fluxos e responsabilidades, continuamente; não depender de agendas externas; criar potência interna”.

Com a organização regional, pode-se otimizar o uso dos recursos financeiros e enfrentar os desafios organizativos. Mas, em todas as Oficinas Regionais, foi considerado amplamente o quanto o subfinanciamento do SUS e a atual relação público-privada (em particular no âmbito da gestão, que amplia atores e interesses na construção política do Sistema) podem dificultar a construção política desse processo. Os gestores argumentaram várias vezes: “Precisamos enfrentar juntos o subfinanciamento, buscando um financiamento compartilhado tripartite real que faça frente às necessidades regionais”.

### Como? Valorização da Comissão Intergestora Regional (CIR)

Os gestores compreendem a importância da CIR, que é um espaço a ser valorizado, ampliando-se a participação dos gestores e seus compromissos. Hoje, a CIR está esvaziada não só em relação à presença do gestor, mas também politicamente, em seu significado. Tanto os gestores municipais quanto o estadual, representado pelas instâncias regionais, muitas vezes desacreditam e deslegitimam este espaço como efetivo na governança do Sistema, fato agravado em momentos de maior centralidade política do gestor estadual. Entende-se que: “É preciso construir um espaço vivo de produção de políticas públicas, fortalecendo as bases, desenvolvendo movimentos de baixo para cima que avancem na descentralização, que a aproxime das necessidades e amplie sua sustentabilidade”.

É preciso que avancemos juntos, ao mesmo tempo, numa frente suprapartidária, aliada aos interesses coletivos na construção do SUS, tendo a CIR como espaço de decisão política, transparência, confiança e cooperação. É preciso maior compreensão dos gestores de todo o processo a ser construído; para isso, é importante considerar,

explicitar e enfrentar as disputas de projetos, as singularidades e as subjetividades no espaço do território regional. Nesse sentido, dá-se conhecimento dos interesses e interferências, o que permite lidar e incluir, de maneira coletiva. Os gestores explicitam fortemente a necessidade da construção de coletivos de cogestão, no processo de gestão regional do SUS, no sentido de fortalecê-lo: “Faz-se necessário considerar e conhecer os vários interesses e construir o interesse coletivo; fortalecer o interesse público sobre o interesse privado”.

É fundamental definir melhor os papéis dos gestores e o poder decisório da CIR que, muitas vezes, é desrespeitada, gerando descrédito e desconfiança. É importante caminhar na construção da autonomia técnico-política das Regiões, reconhecendo-as como espaços vivos que têm significados e onde as coisas podem acontecer e avançar, possibilitando equidade entre os municípios, reduzindo as desigualdades entre maiores e menores, entre pobres e ricos.

### Por quê e para quê? Efetivação dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade

Universalidade no acesso, integralidade no cuidado e equidade na oferta foram temas discutidos e lembrados pelos gestores, como a finalidade de todo o processo de regionalização. Indicou-se a importância do avanço necessário na organização da regulação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRASs), com fortalecimento da regulação regional descentralizada e a necessidade de se rever os territórios e os espaços de regulação. É preciso conhecer o território e avançar com o processo de regulação, não só regional como interestadual, também, pois existem vários espaços de interfaces com outros estados ainda não resolvidos.

Para atingir esses objetivos, é necessário qualificar as demandas, enfrentar demandas reprimidas e o “SUS paralelo”. Muitos gestores compram serviços de outros municípios diretamente em função de não terem suas demandas resolvidas regionalmente e da estagnação na construção de pactos que garantam o acesso. Acabam por usar de artifícios não pactuados, geram mais de uma contratação de um mesmo prestador e essa produção não pode ser formalizada. Cria-se, assim, um sistema paralelo, atomizado, que fragiliza o SUS.

É necessário reestabelecer os fluxos, rever e construir possibilidades de uma nova programação regional. A Programação Pactuada Integrada (PPI) não contribui mais; está fora da realidade. Há uma intensa preocupação com a revisão dos fluxos e processos de pactuação de referências regionais, cada vez mais construídos de forma não-compartilhada, pelo Estado e pelos municípios de maior porte: “É preciso rever processos de programação; rever os papéis de hospitais de pequeno porte, com base nas necessidades regionais; redimensionar os fluxos das Santas Casas; rever duplas contratações.



Legenda fotos

É preciso partilhar a responsabilidade sanitária e o financiamento, construir cogestão, organizar o partilhamento dos recursos assistenciais e reconstruir possibilidades mais coletivas de cotização e de consórcios regionais, com o partilhamento de responsabilidades dos três entes federativos”.

Há uma cobrança grande sobre controles externos baseados nas normativas das Redes Temáticas que dizem aos gestores que é possível juntar três municípios para implantação de um Coaps, por exemplo. Os gestores argumentam: “Por que eu não coloco o serviço? Sou um município de trinta mil habitantes, não tenho condições de conversar com meus dois, três vizinhos menores e assumir este custeio. Não tenho apoio do Estado, não tenho garantias do Ministério”. Alguns serviços, inclusive, foram fechados; houve retrocesso, gerando angústias. Como fazer isso? É um consórcio? Com o Estado? Com aportes de recursos? Ainda há muitas dúvidas e angústias. É preciso conversar e trocar ideias; não é possível continuar com soluções isoladas que ora avançam, ora retrocedem.

Será que estamos olhando só para os recursos, ao invés de olhar, de fato, para a construção de acesso? É necessário considerar, reestruturar e financiar, também, serviços já existentes, ao invés de só priorizar serviços novos. A questão do consórcio aparece fortemente. Alguns gestores dizem: “É a solução”. Outros falam: “Nem pensar”. É importante melhorar as referências, avançar nas respostas às necessidades, democratizar as decisões das grades e cotas da regulação regional. Aparecem, também, falas sobre a importância da autonomia e do poder de decisão dos gestores municipais, inclusive das referências operadas na Central de Regulação da Oferta de Serviços de Saúde (Cross) e das discussões das regulações regionais, no âmbito desses espaços. O processo continua, assim como as oficinas e as reflexões; mas para quê? Compartilhar, fortalecer, construir possibilidades é fundamental.

É preciso enfrentar, no cotidiano, a falta de recursos, a pressão da demanda, a pressão do mercado, a descontinuidade, a ação política partidária, a fragmentação, a lógica da produção da tabela, a lógica da população, o fetiche da tecnologia, o individualismo, o imediatismo. Como fazer tudo isso sozinho e construir um sistema grandioso, como é o SUS? Não é ação para alguns, mas para todos, juntos. É preciso qualificar a rede de serviço; é preciso apostar e fortalecer a Atenção Básica em todas as Regiões de Saúde, pois isto interfere nos processos regionais. É preciso identificar e enfrentar os vazios assistenciais, qualificar os profissionais e enfrentar coletivamente a pressão da corporação médica, a judicialização, a lei de responsabilidade fiscal, a gestão com lógica privada dos serviços públicos. Os gestores vocalizaram fortemente a necessidade de avanço no processo de descentralização e a importância da construção de redes fortes, com processos de gestão compartilhados e regulação da atenção, incluindo contratualização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria dos serviços de Saúde de média e alta complexidade, sempre, de alguma forma, de âmbito regional.

## Com quem? Pacto com a sociedade

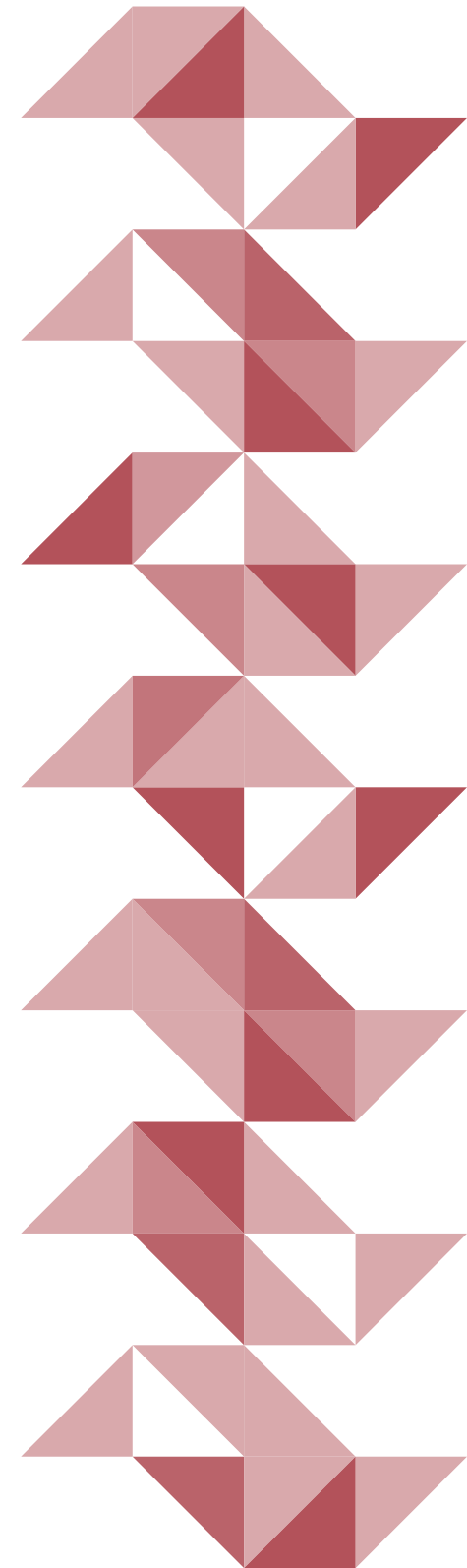
A regionalização se constrói com o empoderamento dos trabalhadores, gestores e usuários; e com a retomada de um pacto com a sociedade. É necessário estabelecer efetivos processos de comunicação e informação, construir coletivos, territórios vivos:

“A informação precisa circular; a gente não sabe tudo o que se conversa, tudo que se discute. Quando sabe, as coisas já são de outro jeito; e quando a gente toma uma decisão, nunca sabe se teve todas as informações necessárias. É preciso ampliar o conhecimento, a compreensão, a coordenação, a articulação, o monitoramento, a capacitação. Reestabelecer as conexões com os trabalhadores e, principalmente, com a população. Há um distanciamento e um desconhecimento das questões que envolvem a regionalização. Com isso, apenas interesses individuais da população prevalecem”.

Há um distanciamento dos prefeitos. É necessário reestabelecer os interesses locais da gestão, incluindo a participação social dos usuários, da sociedade, dos conselheiros, dos prestadores e trabalhadores. É preciso ampliar a capacidade para uma escuta qualificada e contínua da gestão e das equipes. Circular as decisões é um grande desafio, assim como construir mecanismos de capilaridade, transversalizar o conhecimento e produzir movimento. Acredita-se que as nossas narrativas, nossos encontros e a produção de coletivos contribuíram com esse movimento.

Os coletivos aconteceram e as vozes dos gestores foram colocadas na roda: gestores estaduais e municipais, prontamente disponíveis e presentes, disponibilizaram momentos de reflexões conjuntas, somando mais de duzentas vozes num coletivo importante, de escuta qualificada. Acredita-se que esse movimento deva refletir diretamente nas reuniões dos Colegiados e no cotidiano de construção das gestões regionais do SUS, no Estado de São Paulo. As vozes nos trouxeram isso: “Caminho, processo, compromisso, compartilhamento, possibilidade, potência, solidariedade, coletivo; desconhecimento da angústia, desafio, complexo. Como? Vamos lá! Conversar e construir”. “A Regionalização é o caminho?!” trará potência ao SUS, e somos todos responsáveis por essa construção.

Esta é a voz que continuou ecoando, após o processo das Oficinas Regionais. Foi desafiador construir essa apresentação e, agora, este capítulo, em formato de narrativa, que se pretende coletiva, trazendo a todos como foi viver esse processo e vocalizar a fala dos que, corajosamente, aceitaram participar. Todos sabemos da dificuldade que envolve a escolha de como construir este registro e de quantas importantes reflexões devem ter ficado para trás. Mas, cada vez que um coletivo se encontra e permite análises de sua construção, mais um passo se dá na produção coletiva. Assim se constrói o SUS! Parabéns a todos os atores e autores dessa magnífica construção social, em busca de um mundo melhor para todos.



# Com a palavra os gestores Federal, Estadual e Municipal<sup>1</sup>

## 5.1. O gestor federal no espaço da representatividade interfederativa

Jorge Harada

É uma grande satisfação voltar a São Paulo para participar desta importante atividade, sobre a qual comentamos no Ministério da Saúde, desde que recebemos convite para participar. Não digo só deste debate, mas de todo o processo que transcorreu desde o início até a concretização do projeto, que não tem fim, como fica bem demonstrado pelas narrativas; há necessidade da continuidade.

Mais do que trazer a perspectiva e a visão do Ministério, que tem muita consonância com o que foi apresentado nas discussões e resultados das Oficinas Regionais, acho que meu desafio é levar exatamente essas concepções ao Ministério e, efetivamente, fazer com que o processo transcorra com sua representatividade interfederativa, em âmbito nacional, mais fortalecida; e que se possam traçar diretrizes respeitando as diversidades dos vários locais do país.

Nesse processo da “Regionalização é o caminho?!”, claro que não estamos começando nada neste momento. Há que se considerar que temos questões já garantidas na Constituição, e que a saúde é considerada um direito social – além de várias outras áreas, como a educação, a garantia da moradia etc. Nossa Lei Orgânica também coloca a saúde como necessidade da população, devendo-se considerar seus fatores determinantes e condicionantes, de forma a uma atuação intersetorial sob vários aspectos. Nesse sentido, há todo um processo histórico que se inicia a partir do movimento da Reforma Sanitária e segue com a sistematização de nossa Constituição cidadã, que criou o SUS e, posteriormente, por meio das Leis Federais 8.080 e 8.142 e das Normas Operacionais que representaram não só o que era possível naquele período, mas também o momento que vivíamos, no processo democrático.

O SUS vem nesse caminhar, de forma que, hoje, a pauta da regionalização se torna estratégica e prioritária. Atualmente, estamos na perspectiva da implementação do Decreto 7.508. Costumo dizer que não temos que ter pressa para atravessar a curva da estrada e ver o que vai se fazer de novo.

Sobre as questões, instrumentos e discussões que temos que fazer, acho que, na realidade, há consonância da maior parte das pessoas que estão na plateia. Provavelmente, temos também divergências e diferenças; e isso é que precisa ser explicitado, pactuado e consensado, no que diz respeito a como fazer. Este é o processo; não basta ter as ideias do que fazer; mas “como” fazemos esse processo?

Nesse sentido, é necessário reforçar e fortalecer o pacto interfederativo. Se há necessidade de que se promova uma reforma no âmbito fiscal, tributário e político, no país, há necessidade, também, de se fortalecer o pacto interfederativo, considerando que não há uma solução única para o Estado de São Paulo ou para todo o país. Há, ainda, que se respeitem as diferenças loco-regionais, como colocava o Pacto pela Saúde: além de reconhecer que temos diferenças, é preciso valorizar essa diversidade, para enriquecer todo o trabalho.

Outro desafio colocado aqui é a tentativa de superar a fragmentação que ocorre nas políticas e programas da Saúde. Fica claro que nem o município de São Paulo é autossuficiente; há necessidade, sim, de um trabalho com foco regional. Temos muitos desafios na Saúde: aumentar o financiamento, reduzir a desigualdade geográfica e dos grupos sociais; trabalhar a Atenção Básica... Mas aprimorar o pacto interfederativo para o fortalecimento do SUS deve fazer parte de nossa agenda, hoje, considerando a regulamentação da Lei 8.080 por meio do Decreto 7.508, que dispõe sobre a organização do SUS, os instrumentos e dispositivos de planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É neste norte que a SGEP tem trabalhado.

O que se quer com esse Decreto? Efetivamente, garantir à população o direito à saúde, com acesso resolutivo, qualidade e em tempo oportuno; organizar o SUS regionalmente, para conformação de uma Rede de Atenção à Saúde. Há que se discutir a Rede de Atenção e, concomitantemente, trabalhar para o fortalecimento da Região de Saúde, da governança regional e dos dispositivos de planejamento. É nesse contexto que se insere, por exemplo, o Contrato Organizativo de Ações Públicas (Coap), na medida em que sistematiza este processo de trabalho.

Esses são alguns dos pilares que nós temos trabalhado nos últimos anos. Efetivar, então, o planejamento regional integrado e ascendente, definindo claramente a responsabilidade sanitária dos entes federativos, é um dos pontos em que temos que avançar, para garantir maior segurança jurídica aos gestores e à população. Embora o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde seja um potente instrumento para fortalecer o processo de planejamento regional e da implementação das ações de saúde, em âmbito regional, há necessidade sim de se rever e aperfeiçoar o próprio instrumento e a forma de construí-lo, no âmbito regional, para que ele expresse as necessidades da população, a oferta de ações e serviços, os vazios assistenciais e o mapa de investimentos necessários para a Região.

Hoje, o Coap está assinado somente em quatro regiões do Mato Grosso do Sul e em vinte do Ceará. Temos previsto a realização de um seminário no Ceará para avaliar e discutir a questão da continuidade do desenvolvimento deste Coap, naquele Estado. Mas, acima de tudo, para discutir o Coap inserido na Rede de Atenção Básica e na Região de Saúde, integrados com outros dispositivos como Mapa de Saúde ou com a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

<sup>1</sup> Palestra realizada durante o debate “Regionalização é o Caminho?!”. Auditório João Yunes: Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 9 out. 2014.



Legenda fotos

da gestão compartilhada e solidária, de forma cooperativa entre os gestores. É bonito falar, mas na prática é um desafio grande e não só no que diz respeito à relação entre gestor estadual, municipal e federal; diz também respeito às relações intermunicipais, e temos aí o desafio de fazer a gestão de forma mais solidária e cooperativa, trabalhar a configuração interfederativa dos recursos, visando à redução das desigualdades, em níveis locais e regionais.

O Coap visa a trabalhar a garantia da integralidade e do acesso baseado nas necessidades da população. Agora, se trabalharmos dentro da necessidade da população, vai chegar um momento em que vamos ter que fazer um contingenciamento e traçar as prioridades do que é possível fazer, dentro da capacidade instalada e de oferta dos serviços. Não digo só no campo da assistência, mas também no campo da Atenção à Saúde como um todo. Nessa perspectiva, vamos detectar a existência de muitos vazios assistenciais nas Regiões de Saúde, Estados e no país como um todo. A partir daí, poderemos implementar um mapa de investimentos, de forma que as emendas parlamentares impositivas não trabalhem dissociadas disso, mas façam parte do processo de uma integração do planejamento, na busca por equidade.

Portanto, o planejamento não pode ser uma coisa cartorial, ou só para marcar presença no final do ano. Seja o Plano de Saúde, o Relatório Anual da gestão ou as prestações de contas quadrimestrais, entre outras. Há que se trabalhar dentro dessa perspectiva, reconhecendo que temos sim vazios assistenciais e que há necessidade de investimentos. Mas o que a gente consegue aumentar, em termos de eficácia, efetividade e eficiência do que nós temos hoje, em capacidade instalada?

O território não é só um processo de regionalização geográfica. Deve considerar o contexto socioeconômico e cultural deste determinado território. Temos que considerá-lo como um território vivo, onde existem fatores de risco, de proteção. Se tiver boca de fumo, pode ter, por outro lado, áreas com relações protetivas e de valorização da vida. A questão das vulnerabilidades, os aspectos epidemiológicos e como se dá a distribuição dos equipamentos de saúde, neste território. Acima de tudo, todos nós – usuários, trabalhadores e gestores – somos protagonistas deste processo, não só para detectar os problemas, mas também as proposições, no âmbito de nossa capacidade, da nossa potência. Dar encaminhamentos e resolubilidade para questões que ocorrem, em termos de necessidades, para aquela região.

Portanto, a Região de Saúde tem que ser considerada uma região viva. Tem que haver uma regionalização solidária, cooperativa; e que o espaço do Colegiado Inter-

Temos que trabalhar baseados na premissa de que não partimos somente da necessidade do gestor, dos serviços ou da capacidade instalada; acima de tudo, partimos das necessidades dos cidadãos, da população. As diretrizes na organização das Regiões de Saúde são trabalhar uma Rede Regional de Atenção à Saúde que garanta um acesso resolutivo; trabalhar a responsabilidade

gestores Regional (CIR) não seja só de habilitação, mas um espaço técnico e político que faça sentido à vida das pessoas daquele local, tentando superar a fragmentação. Ter abertura para a dimensão regional é um desafio que, talvez, seja dos maiores. Muitas vezes, enquanto gestores, estamos preocupados quase exclusivamente com nosso processo intraterritorial, municipal. Este é um processo de como se avança para o locus de dimensão regional.

No âmbito da gestão estadual, para que efetivamente se desenvolva este processo de constituição da Rede Regional de Atenção à Saúde, é importante que se faça a coordenação, designada como responsável para que a regionalização efetivamente integre os instrumentos e os equipamentos. Com a diversidade que temos no país ou mesmo em São Paulo, nosso ministro, Arthur Chioro tem colocado a seguinte questão: há de se respeitar a diversidade brasileira e há de se ter – assim como temos na Gestão do Cuidado os projetos terapêuticos singulares – projetos de gestão singulares. Esta é uma questão que temos colocado muito para a equipe do Ministério da Saúde. Não há como ter uma única forma, em termos técnicos ou operacionais, para se desenvolver, no Brasil como um todo, o campo da gestão. Mesmo em São Paulo, a Região de Presidente Prudente é diferente da Região Metropolitana de São Paulo, por exemplo. Este é um ponto para o qual temos que estar sempre atentos, levando em consideração, então, a complexidade e as singularidades associadas, por outro lado, a autonomia federativa das três esferas. Ela impõe, então, a criação e a implementação de mecanismos de articulação e cooperação intergovernamental que estão dados.

Temos que nos preocupar em procurar novos dispositivos; mas o que a gente faz para que isso não seja feito de forma cartorial? Mesmo que existam dispositivos, sistemas informatizados e instrumentos de gestão, temos a responsabilidade e a atribuição, que ninguém nos tira como seres humanos, de fazer análises críticas, compartilhar informações, fazer reflexões e proposições. As Redes Regionais de Atenção à Saúde têm que estar integradas neste processo de organização das Regiões de Saúde, mesmo que, hoje, haja essa lógica da Rede Temática, no campo municipal e regional. Há que se ter transversalidade entre as Redes Temáticas, as Linhas de Cuidado e a Atenção Básica, ordenadora dessa rede.

Agora, vamos trabalhar e questão do Coap ou não? Recentemente, foi criado o Grupo Bipartite para a proposição e monitoramento do Coap, no Estado de São Paulo. Temos que tocar esta agenda no Estado; esse é um ponto em que o Ministério da Saúde também se coloca à disposição, para participar. É fundamental trabalharmos de forma sistêmica e indissociável, no que se refere à Gestão do Cuidado, com as várias áreas – seja Vigilância, Atenção Básica, Atenção Especializada, Hospitalar, Urgência/Emergência, Psicossocial etc. E, também, com a concepção de instrumentos e dispositivos de planejamento e governança regional. Vários outros pontos devem ser trabalhados, no âmbito regional, como o apoio ao diagnóstico terapêutico, a



Legenda fotos

assistência farmacêutica, a inclusão digital – agora, com a implantação de banda larga em treze mil Unidades Básicas de Saúde do país –, de forma a facilitar e possibilitar a implementação, por exemplo, do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), do Cartão Nacional de Saúde e do Telessaúde.

Na área do Planejamento da Saúde, temos trabalhado com o aplicativo do Mapa da Saúde, que compila uma série de sistemas como, por exemplo, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e a série histórica do SISPACTO, com cinquanta e quatro indicadores dos últimos cinco anos, entre outros bancos de dados. Dessa forma, podemos ter, por exemplo, dados sobre a assistência oncológica; e temos, ainda, desde a localização da referência hospitalar aos dados dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), das Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon), os tipos de procedimentos e produção, por ocorrência, até residências de pacientes. Então, é um dispositivo bastante importante porque, lembro que quando estava na região do ABC, levamos mais de quatro meses para fazer um mapa à mão, com mais de cem páginas. Agora, este processo fica facilitado; mas não tira a responsabilidade e a atribuição do gestor e dos técnicos de fazerem a análise crítica, com relação ao que está ocorrendo no território; dos vazios assistenciais em relação às necessidades.

Outro ponto indissociável em nosso processo de trabalho e de planejamento – seja no campo federal, estadual, municipal ou regional – são os espaços interfederativos de consonância, de reconhecimento, de controle e participação social. Lembrando que, em 2015, teremos a XV Conferência Nacional de Saúde e, mais do que organizar a forma de realização da Conferência, está nossa capacidade de elaborar diretrizes adequadas às necessidades e a possibilidade de mobilizarmos os movimentos sociais e a população, antes de sua realização. Inclusive para as Pré-Conferências Municipais e Conferência Municipal de Saúde.

Se existem, hoje, instrumentos bem estabelecidos, no campo da gestão isolada, de cada ente federado, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080, avançou muito no que diz respeito aos instrumentos e aplicativos, abrindo uma caixa de ferramentas para o campo regional. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) possibilitará que a programação ocorra no âmbito regional e inter-regional, também chegando, claro, ao escopo estadual. Trata-se de um avanço, porque a PPI ficava com a programação isolada a cada ente federado. Ela avança, também, por um outro lado, ampliando a discussão para a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde e chega também ao prestador, em sua fase quatro, outro problema que tínhamos também na PPI. Agora, a PGASS, em si, também não resolve, se não tivermos capacidade de fazer, por exemplo, a Regulação da Atenção à Saúde e, efetivamente, trabalharmos o monitoramento e a análise crítica na CIR.

Trabalhar o Coap é um debate que temos que fazer juntos. Primeiro, vamos ou não vamos trabalhar o Coap como uma questão prioritária? Segundo, de que forma? Como associar o financiamento e os critérios de rateio, nesse processo? Mas não é só pelo campo do financiamento; que outros incentivos teremos para que as regiões reconheçam a importância e implantem o Coap? Portanto, não é só a questão do recurso financeiro; mas como, estrategicamente, construímos técnica e politicamente o Coap,

nas Regiões de Saúde, de forma que faça sentido em nosso cotidiano de gestão, seja na esfera estadual, municipal ou federal. Há que se ter, também, a lógica de que poucas regiões são autossuficientes; então, há que se trabalhar dentro da lógica inter-regional e macrorregional, para se garantir integralidade.

Por fim, além da territorialização, do Mapa, do Planejamento Regional Integrado ascendente, há que se trabalhar a questão da governança regional. Nessa questão, temos que ampliar a discussão, junto com nossos prefeitos, com a mobilização das equipes estaduais, federais e também com o controle social, os movimentos sociais e, acima de tudo, a sociedade civil, para, efetivamente, garantir o processo – para além da garantia de integralidade ou de acesso – de equidade. Trabalhar a regionalização vai além da assistência ou da Atenção à Saúde. É ter o compromisso de que a saúde é parte dos direitos humanos e de cidadania da população. Há que se ter, então, um trabalho integrado e concatenado com o desenvolvimento econômico e social. Temos políticas em outros setores que estão acontecendo, neste momento. Se nossa Saúde é fragmentada, é um desafio fazer a integração intrasetorial; quanto mais, de forma intersetorial. Mas não podemos ficar fora do processo de desenvolvimento regional, tendo como premissa a universalização dos direitos sociais.

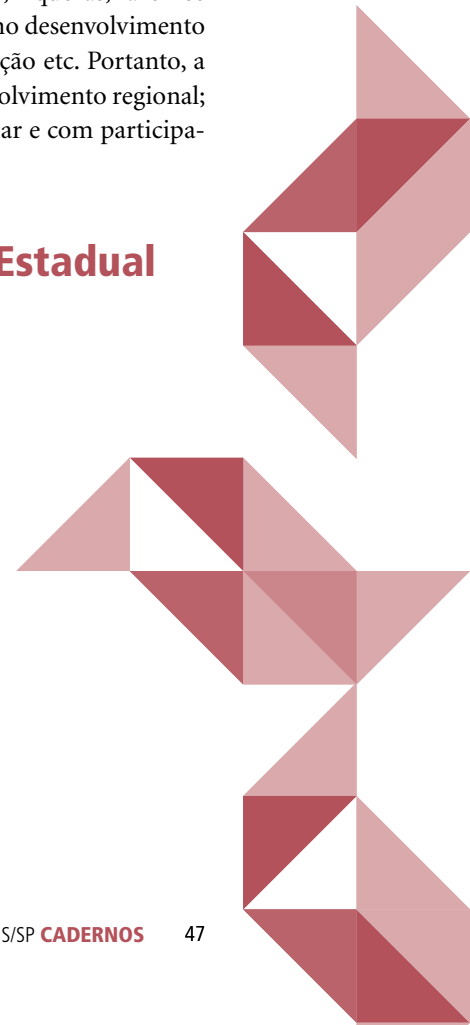
A Saúde tem, sim, especificidades, no que diz respeito às metas, à regionalização, à construção do Coap, aos resultados para a sociedade, à participação social. Mas, também, temos que colocar em nossa agenda que fazemos parte do desenvolvimento econômico. Não somos só gastadores de recursos; geramos, também, riquezas, fazemos parte importante de nosso PIB; mais de 7% de nossa participação no desenvolvimento social, também atrelada a políticas de moradia, transporte, educação etc. Portanto, a lógica da saúde regional tem que estar integrada à lógica do desenvolvimento regional; e isso só se faz com atuação no âmbito intersetorial, interdisciplinar e com participação da comunidade.

## 5.2. Para olhar ao interior do Gestor Estadual

Affonso Viviani Júnior

É um prazer enorme participar desta fase final das Oficinas Regionais, representando o senhor secretário do Estado da Saúde e, nesse sentido, a Secretaria do Estado da Saúde. Quero parabenizar o COSEMS/SP e todos os gestores municipais por essa importante iniciativa. Com o apoio do Ministério da Saúde e, principalmente, com o suporte da Associação Paulista de Saúde Pública, vivemos nestas últimas semanas momentos de intensas reflexões e discussões a respeito do Sistema Único de Saúde, aqui no Estado de São Paulo e também, por que não dizer, no país.

Mas, especialmente, olhando para dentro de casa, dentro de nosso território paulista, gostaria de fazer algumas reflexões a respeito do atual estágio de desenvolvimento do SUS. Quando



fomos acionados pela diretoria do COSEMS/SP, no sentido de buscar a participação da Secretaria de Estado da Saúde nas Oficinas, nos sentimos satisfeitos por termos sido lembrados e, imediatamente, com a concordância do senhor secretário, a coordenação das Regiões de Saúde, em conjunto com os seus diretores regionais, procurou se preparar para ter uma participação importante e poder contribuir, de fato, com a realização destas oficinas.

Tenho certeza, pelos relatos que me chegaram, de que a participação dos diretores regionais foi elemento importante e, neste sentido, quero agradecer publicamente aos diretores regionais da SES por terem se envolvido neste processo. Quando o Dr. Davi Uip, nosso secretário, me pediu para vir representá-lo neste evento, o primeiro cuidado que tive foi de preparar uma apresentação, trazer um conjunto de slides; mas, no decorrer do processo, decidi não fazê-lo, porque entendi que, talvez, a melhor maneira que tivesse para contribuir seria no sentido de olhar um pouquinho para dentro do gestor estadual, a Secretaria de Estado da Saúde.

Quando olhamos e observamos o resultado apresentado pela professora Marília, das oficinas, acredito que dificilmente vamos encontrar algum ponto ali consolidado que seja de divergência entre nós. Acho que todos os temas ali abordados, relatados e discutidos são sólidos, de grande reflexão para nós, gestores. Então, penso que, na verdade, a Secretaria deve, neste momento, utilizar este produto para inserir nas discussões que já está fazendo. A SES, neste momento, está finalizando um ciclo de gestão, que se iniciou em 2011. E, ao terminar uma gestão, é natural que aconteçam momentos avaliativos. E que aquelas avaliações mais contínuas tenham seu desfecho. Você olha e pergunta: aquilo que lá atrás tínhamos como meta, conseguimos alcançar? O que nós conseguimos produzir? O que de fato conseguimos mudar no sistema no que era expectativa para o gestor estadual?

Esse processo é natural que aconteça, e está acontecendo na SES, em várias instâncias. Eu poderia dizer, como coordenador da Coordenadoria de Regiões de Saúde, que este material, esta produção vai ser importantíssima para introduzirmos nas reflexões que o gestor estadual está fazendo, neste momento de término de gestão. Todos os temas relatados estão intimamente relacionados aos processos de trabalho sobre os quais a Coordenadoria de Regiões de Saúde, ao longo desses quatro anos, se debruçou. Não posso deixar de relatar que, no início de 2011, quando fui convidado pelo professor Giovani para assumir a coordenação das Regiões de Saúde, uma das tarefas que ele deu à equipe que estávamos construindo, sob a liderança dos professores Renilson e Paulo Elias, em parceria com o COSEMS/SP e apoio do Ministério da Saúde, foi avançar na regionalização da Saúde, no Estado de São Paulo. Essa foi uma tarefa que recebemos, quando discutimos as Redes de Atenção à Saúde e quando estávamos discutindo as Redes Temáticas, quando o Decreto 7.508 ainda estava em gestação; porque logo em seguida, na metade do ano, ele foi publicado.

Naquele momento, enquanto coordenador de Regiões de Saúde, recebemos esta tarefa. E é natural que, ao final do processo, a gente faça a reflexão simples de pensar o quanto fomos capazes de andar na formatação das Redes Regionais de Atenção à Saúde, na implantação das Redes Temáticas, Rede Cegonha, Rede de Urgência, Rede de Atenção Psicossocial e outras, colocadas em nosso cenário. Então, o que queria dizer aos gestores municipais e ao gestor nacional é que estamos fazendo reflexões impor-

tantes, no sentido de avaliar onde avançamos, onde falhamos e ficamos para trás, para que este processo nos permita apresentar propostas e projetos para quem for conduzir a SES, nos próximos quatro anos, no ciclo que se inicia em janeiro de 2015.

Se de um lado temos a tarefa, neste momento, de olhar e fazer a reflexão do quanto conseguimos contribuir no processo de regionalização, por outro, temos que olhar para o caminho ainda a ser percorrido e ver quais propostas vamos colocar aos gestores. Neste sentido, queria dizer que a reflexão interna que fazemos na secretaria tem um ponto que eu acho fundamental e que já é do conhecimento do COSEMS/SP e de vários atores, porque discutimos isso na CIB, no grupo de regionalização, que é a necessidade de construirmos politicamente, no Estado de São Paulo, um entendimento a respeito dos passos a serem dados, para o avanço do Decreto 7.508. Paramos neste processo ainda no segundo semestre de 2013; portanto, estamos a um ano com o processo interrompido. A gente não consegue avançar e acho que, ao olhar para dentro da secretaria, tentando entender os motivos que nos fizeram não avançar, a indicação, o desejo que tenho é de que também o COSEMS e, também, o Ministério da Saúde possam fazer esta reflexão, para que a gente consiga imediatamente sair deste processo, hoje, parado.

O grupo que construímos em parceria com o COSEMS e com o apoio do ministério é quase que tripartite, para a implementação do Coap. Isso é fundamental; só que esse grupo também não está operando. Precisamos rever quem está dentro do grupo, ver as forças que estão lá, porque de fato essa questão está no cenário político. Acho que o Governo do Estado de São Paulo e a SES, ao iniciarem este novo ciclo de governo, têm o dever de retomar este debate, porque não é possível, não é desejável que nós iniciemos um novo ciclo de governo sem que a questão do avanço da regionalização, tendo como instrumento os dispositivos do Decreto 7.508, não esteja na ordem do dia.

Para isso, sou um pouco mais normativo; eu entendi, claramente, a observação de que “nós temos que avançar, não importa se vai ser com Coap ou não; temos que avançar na regionalização”. Mas estes avanços, quando a gente trata de situações de complexidade tão grande quanto é a organização do SUS, com desdobramentos internos, externos; com atores diversos envolvidos; e que não é apenas a representação da sociedade, mas tem a questão dos órgãos fiscalizadores e controladores, nós precisamos ter questões normativas que deem aos gestores mais de segurança, para avançar neste caminho. Aquela lâmina em que o Jorge Harada mostrou o caminho, com as diferentes normas, as NOBS, NOAS; depois o Pacto pela Saúde e o Decreto 7.508; penso que é isso mesmo um processo e entendo que, agora, é o momento para avançarmos nisso.

Ou, então, se não for esse caminho do Decreto 7.508 que vá dar sustentabilidade para a construção do quadro, nós precisamos, enquanto sociedade, rapidamente discutir as alternativas. O que não podemos é manter a instabilidade jurídica que temos hoje, porque muitas das normativas com as quais estamos trabalhando estão ainda “olhando” para o Pacto de 2006, 2007. E os dispositivos legais colocados no Decreto 7.508 estão chegando; mas ainda não estão implementados. Então, vivemos quase uma situação de instabilidade; e, neste momento em que se reciclam os gestores estaduais, que se recicla o gestor federal, é momento de levar esta discussão, para sabermos se é a curva mostrada pelo Harada que a gente vai enfrentar e entrar nela seguros, para dar continuidade, porque não podemos permitir – enquanto trabalhadores do SUS, gesto-

res do SUS, responsáveis pela construção do SUS – manter o sistema sob a fragilidade, inclusive a fragilidade jurídica, que se apresenta neste processo.

O recado que queria deixar aqui é o seguinte: primeiro, para nós da Coordenação de Regiões de Saúde, vai ser fundamental a incorporação do produto destas Oficinas Regionais; acho que elas trouxeram uma motivação maior para seguirmos com a reflexão que já estávamos fazendo, e que se valida do ponto de vista de ser resultado de um processo amplo de discussão, no território paulista; e que, seguramente, cabe tanto ao Ministério da Saúde quanto ao COSEMS, neste momento, rearticulem-se politicamente para fazer com que essa discussão ganhe novamente destaque e venha ser prioridade, nas discussões políticas do novo governo que se inicia, em janeiro de 2015. Quero agradecer, novamente, a oportunidade de estar aqui e dizer que, como médico sanitário que ingressou na carreira quando o João Yunes era secretário de Estado da Saúde, é muito bom estar neste auditório que o homenageia, na presença de todos vocês.

### 5.3 Cada um sabe a delícia e a dor de ser o que é Fernando Monti

Quería começar lembrando uma expressão de uma música do Caetano Veloso: “Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”. Comento depois sobre isso; mas queria dizer, em primeiro lugar, que a importância deste evento é que foi um debate muito crítico. E não foi feito com estrutura de uma oficina de trabalho, como já fizemos várias... Fizemos várias ações, construímos mapas etc. e funcionou de alguma maneira, mas não chegou a um objetivo final, não é? Então, a ideia é que isto seja muito crítico. E como representante de município eu vou tentar ser o mais provocativo que puder, nesta fala.

A primeira provocação que quero fazer é a seguinte: estou muito decepcionado com a pobreza da discussão sobre saúde, no debate eleitoral. Temos uma situação esquizofrênica: a impressão que dá é de que há uma percepção da sociedade sobre o segmento na Saúde e estamos aqui fazendo uma discussão a respeito dos rumos da Saúde. Mas quanto disso apareceu no debate eleitoral? Quase nada, não é? Muito pouco... Foi um tema, mas a impressão que dá é de que foi um tema evitável, o que é um mau sinal.

A segunda coisa que eu queria colocar é: “O que é regionalização?” Porque quando a gente diz: “A gente não tem ainda”, veja... Algum grau de regionalização é evidente que temos. O que acontece na prática do dia a dia de um pequeno município, lá no interior do Estado, é claro que tem uma lógica já regional para movimentar e atender às demandas. Isso não é uma coisa aleatória; existe alguma lógica de regionalização acontecendo, não é? Então, o que é que nós estamos chamando de regionalização? O que queremos dizer com isso? Não quero responder a essa pergunta, mas olhá-la sob duas dimensões. A primeira é a dimensão da organização dos serviços de saúde ou do

modelo assistencial, para tentar interpretar um pouco o que está acontecendo e por que estamos falando de uma forma tão viva, sobre o tema da regionalização. Por que ele tem se tornado tão necessário, na atualidade? A primeira coisa para que queria chamar atenção é que os serviços de saúde estão cada vez menos autônomos, na medida em que estamos crescendo na incorporação tecnológica. Ou seja, o menu de ações que um determinado serviço fazia está se reduzindo, e a tendência é de que aquilo que vai se reduzindo em um serviço recaia para centros regionais, para onde a tecnologia está sendo implementada, de alguma maneira. Então, isso faz com que nós tenhamos maior necessidade de organização dos serviços em redes regionais, porque é preciso agora regular os fluxos. Para entender melhor: se fizermos uma abstração imaginando que os nossos serviços sejam todos totalmente suficientes, não precisaríamos regionalizar nada. O grande problema é que a insuficiência é crescente, e nós tratamos essa insuficiência criando novos tipos de serviços. Hoje, a tipologia de unidades de saúde que temos é muito extensa, muito mais do que ela era há vinte anos. Aí, então, precisamos começar a ter uma organização entre serviços que dê conta disto... Esse é um aspecto que, acho, tem impacto grande em nossa necessidade de regionalização.

Outra coisa que nos leva a pensar em regionalização é, curiosamente, uma expansão positiva do Sistema Único de Saúde. Estamos vivendo, na minha percepção, uma crise “da melhoria”. Sei que esta não é a percepção da sociedade. Hoje, o sujeito não consegue fazer determinados procedimentos, mas isso porque ele conseguiu entrar no sistema e alguém pediu esse procedimento para ele, coisa que não acontecia antes – quando ele nem entrava. Então, do ponto de vista do acesso, acho que crescemos. Mas não conseguimos ser suficientes para dar conta de todo o acesso que implementamos e isso é um tema que pode ser tratado em redes regionais, como forma organizativa do aparelho de saúde.

Aqui, eu queria trazer a mais viva provocação, até porque já foi apontada, quando se disse que alguns municípios acabam seguindo o caminho de fazer coisas no sistema privado. É o seguinte: resolvemos sobre a relação entre público e privado desde lá na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Mas o quanto isso interfere em nossas mentes e corações, na hora em que a gente trata do desenvolvimento do sistema de saúde? A organização dos serviços tem esta necessidade que precisa ser adequadamente trabalhada. Nós organizamos os vários serviços e, aí, vamos ter que entrar num território mais amplo, quando colocamos os protagonistas que estão nos serviços dentro dessa discussão. Mas quanto a discussão de fazer rede, de interligar as unidades, de relacionar essas unidades é uma conversa só entre gestores e os protagonistas – que são os operadores, no dia a dia lá nas unidades – não estão nem sabendo o que nós, gestores, tratamos desse processo.

Esta é uma reflexão que temos que deixar guardada para o tema da regionalização, de maneira muito resumida na dimensão assistencial. Mas queria trazer outra dimensão que é a política administrativa. Aí, vou trazer de volta a frase inicial: “Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”. Nós temos a dor e a delícia de ser um sistema interfederativo, numa República federativa que não é bem de verdade; é uma república federativa onde os municípios ficam com 17% do bolo tributário e os Estados ficam com 25%. Então, é uma federação com grande concentração de recursos, um problema bastante sério que nos remete a fazer caminhos de colaboração. Mas este conjunto

de entes federados se organiza e colabora? Não, este conjunto de entes federados não tem tradição, no Brasil, de colaboração. Quando eu digo que temos “a dor e a delícia de ser o que somos”, estou me referindo a isso: não existe outro setor de atividade pública, no Brasil, que tenha o aspecto interfederativo que tem o SUS. Não é a mesma coisa na educação; não é a mesma coisa na área de bem-estar social e em outras áreas. Por exemplo, a educação tem serviços estaduais e municipais; mas é cada um no seu quadrado, ninguém precisa fazer inter-relação, sob o prisma operacional.

Então, nós temos um sistema dentro de uma República federativa sem sua plenitude, porque temos poucas vivências de modelos acabados dessa natureza, em termos de organização do Estado. E quando a gente fala que há dificuldades de relacionamento entre municípios e Estado, não é uma coisa que dependa só da vontade de quem está em um ou em outro ente. Às vezes, isso é fruto das culturas, e há lugares onde isso é mais ou menos acentuado. Temos desde locais onde há um grande respeito à autonomia municipal a outros que enxergam o município como repartição do Estado. E essas coisas estão presentes no nosso dia a dia; mesmo a relação entre os municípios vai se dar de maneira mais fácil quando eles têm uma realidade econômica e social de colaboração; se convivem em espaços onde há disputas importantes na área econômica, isso se traduz também na Saúde.

Da mesma maneira que deixei aqui a provocação sobre o quanto resolvemos a respeito das ações entre público e privado, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, pergunto o quanto resolvemos sobre ter um sistema descentralizado ou um serviço nacional de saúde? Quanto isso está resolvido, na prática? Porque a gente fala: “Vamos regionalizar, vamos descentralizar”. Mas portarias do Ministério implementam políticas ou programas e descem a detalhes como definir como é que tem que ser o adesivo de identidade visual de uma unidade. Aí você diz: “Mas isso é mesmo respeito às autonomias?” E isso acontece, também, de maneiras diferentes em vários níveis. Por exemplo, a fragmentação: existe a fragmentação em nível do território, na operação e funcionamento concreto dos serviços de saúde, como existe em nível das instâncias em que a gente convive; existe fragmentação interna na própria estrutura; no Estado e em nível federal.

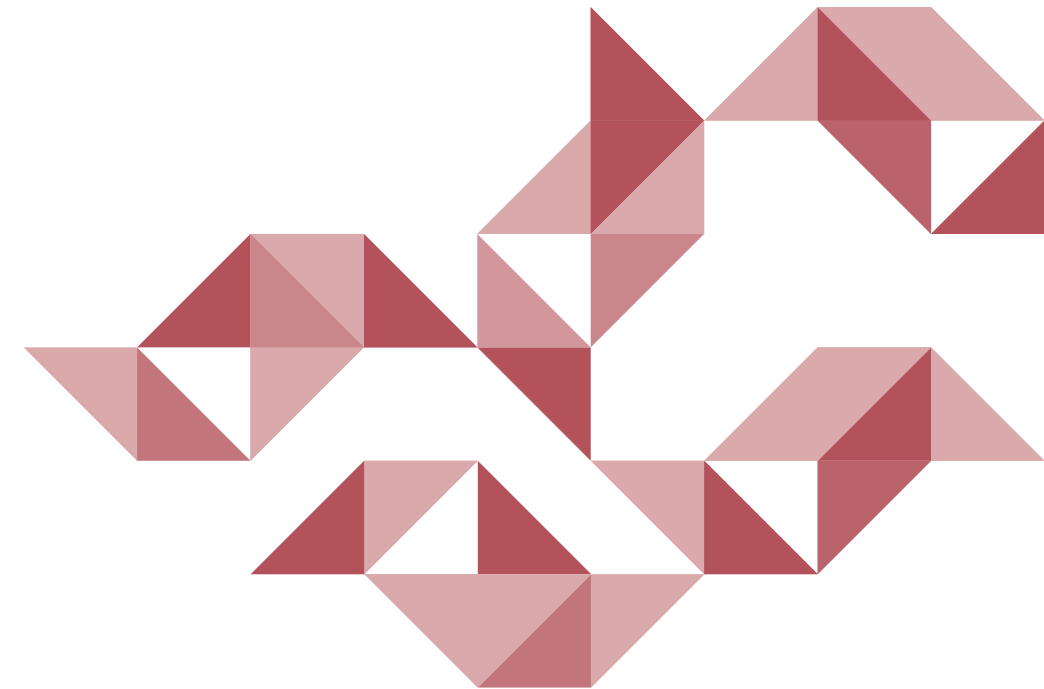
Acho que clamamos hoje por outro tipo de organização. E deixei aqui a pergunta, propositalmente... Eu acredito que o SUS está num momento bastante crítico da sua existência. Ele tem que ter uma evolução em sua organização, para que a gente consiga dar as respostas que ele precisa dar, constitucionalmente, que é o atendimento universal, a assistência integral. Para isso, precisamos de um novo tipo de organização.

E quanto estamos vendo disso na realidade do dia a dia? Na perspectiva do gestor municipal, estamos vendo pouco. O que temos no dia a dia é a implantação de mecanismos de controle, de gente para nos controlar; Tribunal de Contas, DenaSUS, Ministério Público... A gente pode listar todos os mecanismos de controle que temos. Mas ninguém nos fornece mecanismos de gestão; o que nos é fornecido são mecanismos de controle... Então, temos essa limitação importante à condução dos processos.

Um último aspecto que acho de fundamental importância diz respeito ao nosso futuro... Isso que estamos pensando, em termos do futuro: como é que vamos construir a regionalização ou os seus arranjos organizativos. Na minha visão são políticas administrativas, este futuro... Mas nós não podemos só pensar isso do ponto de vista do arranjo tecnocrático; ou seja, voltar para a dimensão do modelo assistencial exclu-

sivamente, porque, no fundo, são arranjos políticos importantes, que passam pelos representantes da nossa democracia representativa, tanto quanto pelos representantes da nossa democracia direta, que são os Conselhos de Saúde... Passam por tudo isso... Eles têm que ser arranjos políticos eficazes; nós não podemos ter ilusões... E vai ser uma ilusão acreditar que uma revisão tecnocrática vai nos tirar do sufoco de financiamento que estamos vivendo. Não vai! A dimensão do financiamento vai ter que ser resolvida de outra maneira, não regionalizando. Nós vamos continuar tendo dificuldades de recursos, como sempre tivemos.

Aproveitando a ideia de novo ciclo, que o Afonso trouxe, eu queria dizer que estou convencido de que para esta questão ter algum grau de evolução não dá para ficar mais só no nosso âmbito; nós, profissionais de saúde, seja os que estão na operação de sistema, seja os que estão na academia, temos que envolver governantes nisto. Prefeitos têm que dialogar com o governador; governadores vão ter que dialogar com a presidenta da República sobre como é que nós vamos fazer a organização desse sistema. Não é tarefa exclusiva que deva ficar só no âmbito de nós, gestores de Saúde ou profissionais de Saúde. Então, talvez, a Comissão Intergestores Regional (CIR) não seja mais o local de destino dessas negociações, desses arranjos; ou, pelo menos, da discussão macro desses arranjos. Se os governantes não se envolverem, as chances são pequenas de conseguirmos avançar de maneira significativa.



## 6.1. Sim, a regionalização é o caminho!

Lenir Santos

O tema deste evento é essencial para o SUS. Ainda que muito tenha sido debatido sobre regionalização, a realidade ainda está muito distante da existência de verdadeiras Regiões de Saúde. Começo por lembrar que, em 1994, quando ocorreu o Congresso Anual do CONASEMS em Aracaju, Sergipe, todos os congressistas cabiam folgadoamente num mesmo hotel; e tínhamos como tema “A municipalização é o caminho”. Por isso, em novembro de 2013, escrevi um artigo intitulado “A Região de Saúde é o caminho”, publicado em abril de 2014 no Boletim de Direito Municipal da Editora NDJ.

O SUS é essencialmente regionalizado por disposição constitucional e não por escolha dos agentes públicos. Descentralizado e regionalizado: essência do sistema interfederativo brasileiro, que é a da interdependência e da inter-relação. O SUS é essa interdependência federativa, lembrando que este sistema de redes regionalizadas encontra mais uma diretriz constitucional, a da hierarquização da complexidade de serviço, sob a ordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta é a definição do Sistema Único de Saúde inserta na Constituição, Art. 198, caput 1.

*1 Constituição Federal, Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III – participação da comunidade.*  
*§ 1º – O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*§ 2º – A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 155 e dos recursos de que tratam os Arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Art. 156 e dos recursos de que tratam os Arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*§ 3º – Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento.*

*I – os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

Nos anos 1990, ainda não se discutia a Região de Saúde. Buscava-se a municipalização, para se cumprir o preceito constitucional da descentralização; ou seja, do exercício da competência comum dos entes federativos, no tocante às ações e serviços de saúde. Era essencial que tanto os estados quanto os municípios passassem a cuidar da saúde, em seus territórios, sem se pensar na aglutinação dos serviços municipais e estaduais na Região de Saúde. Na época, o Ministério da Saúde começou a se articular diretamente com os municípios, sem a intermediação necessária do Estado, que acabou sendo como que um “elo perdido” do SUS, ficando sem saber muito bem qual o seu papel. Ora, o papel essencial do Estado, desde aquela época, seria o de coordenar a Região de Saúde, juntamente com o conjunto de seus municípios. Mas, infelizmente, isso não ocorreu; contudo, foi muito importante o lema da municipalização, para podermos descentralizar o que estava centralizado e, em consequência natural, regionalizar a descentralização.

O fato é que se demorou muito para acordarmos para a imperiosa necessidade de se regionalizar a descentralização, tendo em vista que o SUS não poderia partir de 5.560 sistemas municipais e 27 estaduais atuando de forma isolada, quando a essência do sistema é integrar os serviços uns dos outros na Região de Saúde e em Rede Regional de Atenção à Saúde. Foi difícil sair da “municipalização é o caminho” para “a Região de Saúde é o caminho”. Aliás, a regionalização é o único caminho, não há outro e não é escolha: é imposição constitucional.

O Brasil é uma República Federativa eivada de vícios de centralismo federal que não deixam a Federação brasileira acontecer em sua plenitude, que é a das autonomias federativas. A Saúde é um exemplo marcante deste centralismo: por que a União, pelo Ministério da Saúde, deve habilitar serviços centralizadamente, para que os repasses federais possam ocorrer? Por que habilitar serviços na União? A primeira pergunta é: seria necessário habilitar serviços? E, se necessário, por motivos de técnica sanitária, não seria do Estado este papel, em relação aos municípios? E não caberia ao Estado se habilitar perante a União, por que isso diminuiria sua autonomia constitucional de organização de sua administração pública? Infelizmente, a Constituição nasceu centralizada, conferindo à União mais de 50 competências exclusivas, restando aos estados

*IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).*

*§ 4º – Os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)*

*§ 5º – Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)*

*§ 5º – Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento.*

*§ 6º – Além das hipóteses previstas no § 1º do Art. 41 e no § 4º do Art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006).*

as remanescentes. Como falar em Federação com a União tendo mais de 50 competências; além do que, por volta de 60% da arrecadação de tributos são federais; depois se faz a redistribuição, numa política “da cenoura e da vara”. Uma Federação que aparentemente nasceu manca, sem sinais de reforma federativa para devolver a cada ente federativo seu quinhão próprio, de uma verdadeira federação. Essa cultura política tem graves reflexos na Saúde; em especial pelo seu formato organizativo diferenciado dos demais serviços, em razão das interdependências federativas bastante complexas, no tocante aos arranjos administrativos da gestão compartilhada.

Um sistema descentralizado, que tem como base a interdependência na organização da rede de serviços, tem que se regionalizar. A descentralização não é para ser abolida, mas para ser regionalizada. Este ponto é fundamental, sob pena de haver 5.560 sistemas isolados, solitários, incapazes de atender à integralidade da Atenção à Saúde. É na Região de Saúde que a função sistêmica do SUS se cumpre e que as desigualdades federativas se reduzem com garantia da equidade de atendimento ao cidadão. As assimetrias demográficas e socioeconômicas são superadas na região. Um munícipe residente num território em que somente existe Atenção Básica vai encontrar o que precisa na Região de Saúde. É a igualdade federativa sendo alcançada na Região de Saúde, diminuindo ou tentando superar as diferenças dos entes federativos, ao criar uma unidade sanitária e não isolamentos.

Esse é o desafio de conjugarmos o art. 18 da Constituição – “os entes são autônomos entre si” – com o art. 198, caput, que impõe interdependência entre os entes federativos ao determinar que todos devem integrar suas ações e serviços públicos de saúde em “uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Sendo da essência do SUS a interdependência federativa, que se realiza na Região de Saúde, não há como, 26 anos depois, não termos Regiões de Saúde capazes de garantir 95% das necessidades de saúde de sua população regional.

Nesse formato organizativo, o papel do Ministério da Saúde é de definição das macropolíticas, do macroplanejamento, da pesquisa, das metas de longo prazo, da análise epidemiológica em uma sociedade em permanente mudança, bem como a tecnologia da saúde. Até mesmo a demarcação da Região de Saúde, em termos constitucionais (Art. 25), é do Estado; é competência estadual demarcar território, juntar aglomerados urbanos, regionalizar serviços de saúde municipais.

Outro sério problema que se soma à ausência da Região de Saúde são as acusações de que os gestores da Saúde são maus gestores; é a ausência, na administração pública brasileira, das necessárias reformas para comportar o SUS. O SUS não cabe nessa forma atual, nesta modelagem administrativa que temos. O SUS é uma massa de bolo que não cabe na forma... Podemos ter maus gestores; mas temos, também, a ausência de modelos administrativos que comportem o SUS constitucional. Temos um desafio na Federação, de reformar o Estado e a administração pública.

Nos debates eleitorais dos presidencialistas, não se falou em reforma da administração brasileira; tampouco se falou da Saúde e suas estruturas, mas sim em programas isolados, nada sistêmicos; apartados, fracionados, descosturados das estruturas. A judicialização é grave, por dois motivos: algo vai mal na Saúde e algo vai mal no judiciário, que a fraciona mais ainda, ferindo de morte os orçamentos municipais, o planejamento público, o plano de saúde, a visão coletiva. O atendimento judicial

é para a demanda individualizada de um cidadão, em razão da determinação de um único médico. O STF já fez audiência pública; o CNJ baixou algumas recomendações; foram criados comitês, mas nada dá conta de diminuir a judicialização que campeia e, ainda, financia com dinheiro da população serviços de usuários de planos de saúde.

É necessário rever algumas questões no SUS. O planejamento precisa também se regionalizar; a CIR tem que fazer o planejamento regional, ser valorizada, potente e ganhar a dimensão que ela de fato deve ter na Região de Saúde. Cabe a ela fazer a gestão política da região. Além do mais, com o Decreto 7.508 e a Lei 12.466, de 2011 que reconheceram e definiram o papel das instâncias de deliberação interfederativa do SUS, este papel se fortaleceu, com competências pautadas em lei. Contudo, sabemos que nem sempre elas exercem essas competências, dentre elas a de fazer o planejamento regional.

São muitos os desafios, como o de um município planejar seus serviços visando ao munícipe vizinho, quando a regra constitucional é a do interesse local. Por isso, é importante que a CIR defina o planejamento regional em seu sentido completo, com imposição de o financiamento que extrapola os limites da população municipal caber ao Estado ou à União. Como planejar e financiar a região, como regular os serviços na região, como contratar pessoal na região, entre muitas outras questões. Este tema demanda outro, que é a governança da região. Como ela irá ocorrer, se a região não tem personalidade jurídica? Esse problema regional é decorrente do modelo constitucional do SUS e, assim sendo, a administração pública tem o dever de dar respostas, promovendo as mudanças necessárias.

Paralelo igual talvez venha a ser o do saneamento básico, que pressupõe junção de serviços, ainda que sem a complexidade dos da Saúde. Para novos problemas, temos que pensar em novas soluções e viabilizá-las, sob pena de a Constituição não ser cumprida. Podemos perguntar se o consórcio dá conta disso. No meu entendimento, ele não consegue resolver a questão da governança operativa da Região de Saúde. A governança política deve ocorrer na CIR; ela precisa se preparar para este exercício. O consórcio conta com quatro contratos: o protocolo de intenção, o contrato de consórcio, o contrato de rateio e o contrato de programa. Sua lógica não alcança o SUS regional. Os consórcios não são delimitados para a Região de Saúde, indo além ou estando aquém, além de não se pautar pelas referências e não ter finalidades sistêmicas. Entretanto, é necessário garantir personalidade jurídica para a região. Como faríamos isso?

Fiquei me fazendo esta pergunta e preparei um estudo visando a garantir personalidade jurídica para a região.

Como existe a associação pública no Código Civil, os entes federativos de uma determinada Região de Saúde se uniriam e constituiriam uma Associação Regional de Saúde, com características específicas para atendimento das necessidades de saúde da região. Teríamos o braço operativo dos serviços da região pactuados no Coap; a associação deveria ser uma



Legenda fotos

consequência do Coap. E obrigatória para todos os entes da região; os serviços que estariam sob seu comando seriam os de referência regional, em especial, não havendo impedimentos de alguns outros e poderíamos, ainda, pensar em carreira regional, mobilidade regional para os servidores, com a CIR executando o seu papel político quanto às questões da saúde na região. Essa pessoa jurídica seria o apoio à execução do Coap; seria uma resposta à questão: “Como executo o Coap na região?”

Haveria necessidade de um provimento legislativo de cunho nacional para definir detalhes gerais da Associação Regional de Saúde; haveria, ainda, necessidade de autorização das Câmaras Legislativas. O Coap é um elemento importante na organização do SUS regional, por definir entre os entes da região as responsabilidades pela organização dos serviços, pela sua execução, pela definição do financiamento regional e avaliação de desempenho e controle. Essas responsabilidades devem ser pactuadas na região, respeitadas as diferenças regionais em busca da igualdade regional. As metas definidas no contrato devem ser cumpridas e avaliadas sua qualidade. Além da necessidade de se definir quais são as referências inter-regionais, porque a região não consegue garantir tudo. As regiões, na Espanha e na Itália, são espaços onde a assistência à saúde acontece; na Itália, as regiões são empresas públicas.

A região é o espaço de garantia de 95% das necessidades de saúde da população; mesmo que neste momento não seja possível regiões com tamanho gabarito de resolutividade, o importante é começar e definir numa linha de tempo para ela ser resolutiva em 95%. Um país de profundas desigualdades federativas – epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, geográficas etc. – somente alcançará a igualdade se houver Região de Saúde qualificada para atender as necessidades de saúde da população regional. Sem Região de Saúde, com suas Redes Regionais de Atenção à Saúde, não será possível garantir ao cidadão de localidades pequenas a integralidade da assistência à saúde. É a região que irá igualar os entes desiguais, no tocante à satisfação das necessidades de saúde dos municípios daquela região.

Por isso a região é o único caminho para a consolidação do SUS; os desafios estão postos: construir região virtuosa; ter pessoa jurídica capaz de garantir executividade às cláusulas do Coap e às decisões da CIR. Muito já se construiu, como a CIR, a CIB e a CIT. Elementos administrativos importantes. Aproveito para lembrar que o jornal O Globo<sup>2</sup> fez uma crítica ao SUS, mais ou menos nesses termos: o SUS tem dinheiro e não tem gestão, nem a Controladoria Geral da União (CGU) consegue controlar sua gestão, como se fosse papel da CGU, que é controle interno federal, controlar o SUS nacional, responsabilidades estaduais e municipais. Isso me levou a escrever um artigo: “Quem tem medo do sucesso do SUS?”, que foi publicado em meados de 2014 no blog Viamundo e no de Direito Sanitário e Cidadania.

Se formos olhar o SUS com todas as suas dificuldades, ele tem mais sucessos do que insucessos; as dificuldades financeiras, o tamanho de nossa população – 200 milhões de habitantes; nenhum país de acesso universal à saúde tem mais de 100 milhões de habitantes. Em 2012, visitando a Escandinávia, tive esse insight de que nenhum país com mais de 100 milhões de habitantes ousou garantir saúde a toda a sua população

2 Falhas mostram que SUS padece de má gestão. O GLOBO. Por Editorial, 12 ago. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniaofalhas-mostram-que-sus-padece-de-ma-gestao-13567999>>.

e escrevi um artigo “O SUS que queremos é o SUS que podemos?”, publicado na Revista do CONASEMS, em 2012, em razão das enormes dificuldades que o nosso país enfrenta para garantir um sistema de saúde oneroso, em sua tecnologia, para uma sociedade que modifica rapidamente sua epidemiologia. Por isso, o SUS, espalhado em 5.560 municípios e 27 estados, deve ser considerado um sucesso, ainda que precise de muito trabalho para sua consolidação. Quem conhece o SUS e conhece saúde pública sabe que o financiamento brasileiro é insuficiente, e que a administração pública não se modernizou para garantir uma gestão eficiente e qualitativa. Não dá para culpar os gestores de maneira indiscriminada.

Para concluir esta palestra, é imperioso que as Regiões de Saúde no país sejam fatos e não discurso; que sejam dadas as condições para que a governança, tanto a política como a executiva, possa ser realidade. Nosso país é complexo ante às desigualdades regionais, reconhecidas pela própria Constituição, que exige a sua diminuição. É preciso, ainda, e de modo insistente, vencer o fracionamento do SUS, sem perder a descentralização; é necessário diminuir a intervenção do poder central nas definições minudentes de execução do SUS, permitindo ao Estado exercer as suas competências federativas e deixar de ser o elo perdido, coordenando o SUS estadual e atuando junto a seus municípios, para a construção de um SUS em redes regionalizadas. Sem Região de Saúde competente, o SUS não logrará efeito.

## 6.2. A regionalização é parte do caminho para fortalecimento do SUS: para atravessar o círculo de giz

Gastão Wagner de Sousa Campos

Queria começar refletindo sobre a metáfora do círculo de giz. Se a gente fizer um risco de giz em torno de um peru, ele não sai? Fica preso ali no círculo de giz? Já foi dito aqui que temos que mudar de paradigma; ou seja, não nos deixar aprisionar pelo círculo de giz. É óbvio que os círculos que prendem seres humanos em sociedade não são de giz; são fios elétricos e quem os ultrapassa leva choque. São empecilhos, porque há poder; porque temos medo de atravessar o suposto círculo de giz e ser demitidos, sofrer retaliações... No SUS, há certa estruturação de poder que faz com que falemos muito sobre a regionalização, que é uma reforma prevista por Lei, uma estratégia de organização de redes e sistemas, um meio para atender bem aos outros e ter boas práticas etc. É, enfim, estratégica e essencial para a constituição do SUS. Mas, por que falamos tanto sobre isso e não há mudanças?

Apesar de estar na Constituição, somente após a NOAS de 2002 a regionalização do SUS passou a ser uma prioridade. Em seguida, houve a política dos pactos tripartites; depois, chegamos à nova proposta do Coap. O Contrato de Ação Pública entre União, Estados e municípios é necessário, mas não tem se demonstrado suficiente para integrar a rede de serviços do SUS. Por que não é suficiente? Por que não está acontecendo a regionalização e a integração das políticas, programas e ações no SUS? A gen-

te não está conseguindo superar a fragmentação que diminui a governança do SUS; óbvio que há algum grau de regionalização, há algum grau de integração em sistema, algum grau de rede. Hoje, estou otimista. E no dia em que estou otimista, reconheço que, apesar de todas as vitórias do SUS e expansão do acesso, o Brasil ainda não tem um Sistema Único de Saúde... Não temos nem o sistema unificado descentralizado de saúde; nós temos o SIS, Sistema Integrado de Saúde, isto em uma perspectiva otimista, de qualquer modo. Apesar do nome SUS, não temos ainda um Sistema Único de Saúde.

Para superar este impasse, um desafio será a construção da regionalização de redes integrais de atenção. A proposta de se organizar a Atenção à Saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas se transformou em um paradigma; este conjunto de orientações, que alguém chamou de tecnocráticas, vem da OMS; vem da tradição dos sistemas nacionais de saúde. Muitos são regionalizados; as células dos sistemas existentes no Canadá, na Itália etc. é a Região de Saúde. Este modelo de organização tem alcançado uma eficácia bastante grande. No Brasil, apesar do disposto na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde, não logramos superar a fragmentação no planejamento e na gestão do sistema; nós convivemos com essa dificuldade.

A tese que tenho defendido é de que a regionalização não avança sem uma reforma da gestão pública brasileira; sem uma reforma do estado patrimonialista brasileiro, pelo menos no espaço da Saúde. Óbvio que não vai acontecer isso só na Saúde; se a gente começar a sacudir essa goiabeira, vai cair goiaba na educação pública, no transporte público, na distribuição de impostos, na relação entre o Estado e a sociedade. Enfim, a regionalização não está avançando porque não é estratégica para o SUS; não é por não ter efetividade a utilização de recursos e atendimento das necessidades de saúde, racionalização do sistema etc. É porque nós temos uma estruturação do poder, no Estado brasileiro, que é chamada de paternalista, patrimonialista e clientelista, e que dificulta nosso avanço.

A regionalização depende de reforma da gestão pública; depende de produzirmos uma nova institucionalidade no SUS, sem jogar fora o que conseguimos, que foi muita coisa: os fundos, os conselhos, as conferências, os jogos tripartites e bipartites. Fizemos alguma reforma; há alguma regionalização, só que não tem sido suficiente. Esta é uma imagem que a Lenir e o Nelson Rodrigues dos Santos gostam muito: o SUS é maior do que o Estado brasileiro. Mas nós identificamos problemas na gestão pública: o controlismo, o emperramento, a legislação inadequada, os programas normativos no detalhe, que tornam difícil a gestão; enfim, temos que mudar a Lei, as políticas de pessoal; então, temos vários indicativos de inadequação da administração pública brasileira e do Estado brasileiro para o SUS. Este diagnóstico foi feito, mas e a receita que apareceu, ao longo da construção do SUS, foi qual? Vamos sair disso por meio da privatização; vamos terceirizar a gestão que dificulta – em realidade dificulta – a integração; ao invés de reforçar o SUS, o fragmenta mais, dificulta a governança, o planejamento. Um organismo que era para ser público...

Minha hipótese é que nós temos que apostar numa reforma da institucionalidade do SUS, reforçando algumas características, alguns arranjos, algumas normas, algumas leis que já temos, até as ampliando, criando novas personalidades jurídicas; senão, não haverá regionalização. Não tem regionalização, concordo inteiramente com

a Lenir. Este movimento – estou otimista, hoje – não pode depender principalmente dos gestores; principalmente, do Poder Executivo. Vou ser hiperclaro; se não conseguimos que a sociedade civil (se mobilize); que a reforma sanitária influencie o Poder Legislativo, deputados estaduais, federais, senadores; e o Poder Executivo, ganhando espaço... Mas não é uma iniciativa simples. Alguns pontos dificultam essa reforma administrativa. Então, temos um desafio; como não sou gestor agora, tenho mais paciência do que quem é gestor. Inclusive, o SUS não pode depender do ciclo de quatro ou cinco anos; da passagem de cada governo. É uma política nacional, temos que criar políticas públicas no Brasil. Políticas que tenham dependência menor do Poder Executivo; a sociedade civil precisa interferir mais na gestão do SUS; que a normatividade que se cria dê sustentabilidade ao SUS; ou seja, estou propondo diminuir autonomia do Poder Executivo, da presidenta, do presidente, de governadores, dos prefeitos, secretários municipais, estaduais. Nós temos que diminuir a possibilidade de fazer quase qualquer coisa em Saúde, de não pensar sistemicamente, de aderir ao Coap ou não aderir ao Coap; várias cidades brasileiras acreditam que o SUS é financiar a Santa Casa e pôr algumas vacinas; se passa assim...

O Marcos Drumond, epidemiologista de São Paulo, tem uma evidência forte sobre isso: ele diz que a cidade de São Paulo é um plano-piloto que envolve doze milhões de pessoas e cada gestor que chega reinventa tudo. Esta é uma cidade paradigmática que não conseguiu consolidar o SUS. Em Campinas, a gente conseguiu dar estabilidade às políticas; isto apesar de mudarem os governos, os partidos. Belo Horizonte conseguiu certa continuidade; Curitiba também. Mas no grosso do Brasil, temos uma dependência grande do desempenho do governante. Os programas verticais do governo federal não são os mesmos do governo estadual, que não são os mesmos do governo municipal. Aí se fala, “Ah, mas é porque são de partidos diferentes”. Também por isso; mas mesmo quando é do mesmo partido – e vamos lembrar quando o ministro da Saúde era o José Serra, do mesmo partido do governo do Estado de São Paulo e a Secretaria do Estado de São Paulo não priorizou, em nenhum momento, Estratégia de Saúde da Família, que era “pedra de toque” do MS. Então, temos que ter uma proposta para diminuir a dependência do SUS do governo de plantão. Como é que a gente faz isso?

A desconstrução do patrimonialismo do Estado passa por isso; temos vários recursos, com essa finalidade. O SUS já nasceu pensando nisso; as conferências, os conselhos obrigam o governo da União – não é Governo Federal não, vou usar o termo norte-americano governo da União – a incluir os municípios. Começou a tripartite, como se fosse um ator separado; como o governo da União pudesse pensar só como Federal, sem os Estados. Então, como é que conseguiremos diminuir o Poder Executivo? Tem uma coisa muito simples; por exemplo, aprovar uma lei nacional na reforma institucional para que os cargos de gestão de serviços do SUS não sejam de livre provimento; não sejam cargos de confiança. Como é na Itália, na Inglaterra, dependeria de ser servidor público, participar das carreiras do SUS, de ter três anos de experiência no mínimo; a seleção seria por currículo, não por eleição. Constituir uma banca com gestores, com gente da universidade, da área da oncologia, da Atenção Básica ou o que for, para examinar os currículos, fazer provas práticas... As pessoas em cargos teriam um mandato, mesmo sendo uma seleção por concurso. Um mandato de quatro anos e

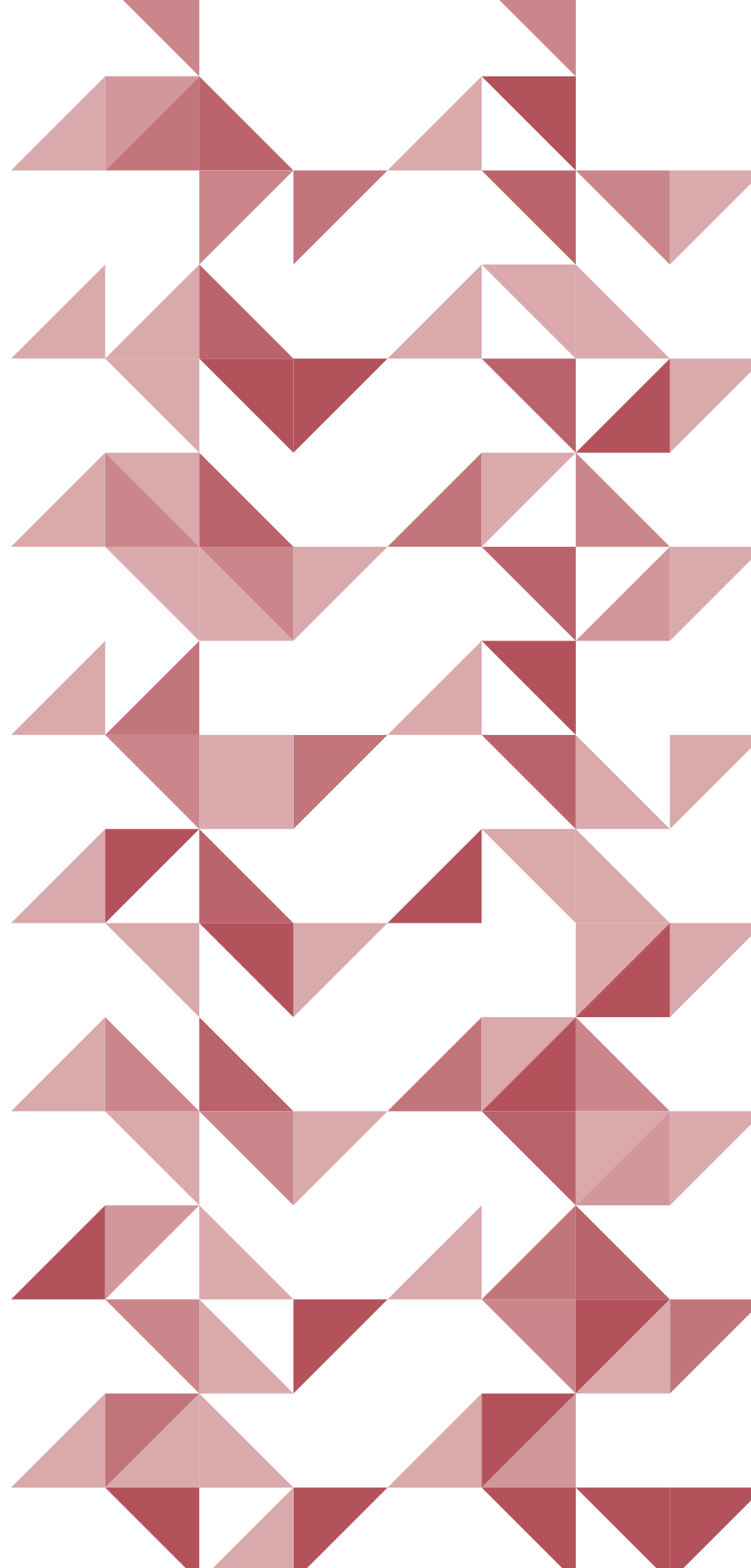
roda; senão eterniza e burocratiza. Esta seria uma forma de diminuir a concentração de poder, os solavancos, os soluços; mas há outras medidas, ainda.

A fragmentação da gestão federal, estadual e municipal deveria ser eliminada. A região, a CIR pode fazer seu planejamento. Mas quem faz a gestão; para além da governança, quem faz a gestão? A rede hospitalar na maior parte do Brasil é de gestão estadual; a própria e a conveniada com organizações sociais (OSs) e as Santas Casas. Alguns municípios fizeram a Gestão Plena, sistema antigo; mas a maioria somente fez a Atenção Básica municipal e, em algum grau, Urgência e Emergência. Vigilância à Saúde é muito mais estadual do que federal.

Então, como é que nós vamos articular? A região tem esse papel; a região é para pensar não em Rede Temática, por doença, mas em rede integral de saúde. Como é que nós vamos fazer com a Vigilância à Saúde, a promoção, a Atenção Básica para 80% da população no mínimo? Não é só para pobre. É para redefinir o papel dos hospitais, dos ambulatorios de especialidades. Como vamos fazer com as áreas de hospitais, ambulatorios de especialidades, dos centros de referência à saúde mental, de reabilitação, de especialidades médicas? A rede regional integral é para lidar com essas políticas todas e as temáticas para os apoios matriciais, horizontais, envolvendo quem entende de saúde da mulher, materno infantil e quem entende de saúde mental ajudando essa integralidade.

Para superar a fragmentação das três instâncias de governo, há tanta dificuldade... A gente faz apelo moral; boa parte do discurso é moralista. Me dá uma vontade de chorar. Não que acredite que apelo moral é ideológico. Mas quando há interesses em jogo, não bastam as exortações morais do tipo: “Sejamos solidários municípios; vamos ser solidários”. Esse apelo é bom, porque cria um constrangimento moral na sociedade; cria leis. Agora, tem que haver constrangimento legal; tem que ser solidário pressionado pela norma, pelo Plano Regional e Nacional. Quem não for, tem que ser retaliado – desculpa a palavra, retaliado. Tem que perder; não pode ficar só no apelo moral; não pode depender da adesão de cada município, de cada programa, de cada Rede Temática para criar as Redes Regionais integrais.

Precisamos do SUS, Sistema Único; sair do SIS para o SUS; caminhar mais no sentido SUS. Planejamento regional ascendente só não existe; é demagogia. Tem uma



parte do planejamento que é nacional: de medicamento, produção de medicamento e vacinas, formação de pessoal. Aí tem o rateio de recursos. Parte dos recursos é planejada na região. Recurso de que origem, cara pálida? É Federal, Estadual e municipal. Nós temos que fazer fundos regionais. Agora, vamos expandir a Atenção Básica em quais municípios? Vamos fazer o quê? O transporte é para qual; o instituto de oncologia vai ficar onde? É isso, é aquilo. Ou seja, parte desses recursos precisa ser planejada nas regiões; outra, nos Estados; e outra, na União. O Renilson Rehem de Souza (ex-secretário-adjunto da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo) começou fazendo isso aqui; pegava o convênio com a Santa Casa, quando começou na Secretaria Estadual da Saúde, e levava para a CIR para fazer o contrato de gestão das várias prefeituras. O Estado tentou parar de fazer sozinho e, depois, voltou atrás, pelas dificuldades políticas, técnicas, e porque é opção de cada governante; não é norma ainda.

Falamos de rede integral, mas não temos rede única. Temos redes de atenção; várias redes... Que capacidade de coordenação de caso tem a Rede de Atenção Básica, em relação aos hospitais? Amparo, município vizinho de Campinas, chegou a 90% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, com qualidade; não é aquelas gambiarras não! Com pessoal com residência; enfermeiro com residência... Mas que poder tinha a Secretaria Municipal de negociar com a Santa Casa de Amparo, que era a principal referência em especialidades médicas? Baixíssimo, porque sem cooperação do Estado. Quando eles falavam uma coisa, os gestores do Estado falavam outra; a Santa Casa aproveitava essa divergência para fazer o que queria; isso somado ao corporativismo médico das especialidades.

Campinas tem dois hospitais municipais: um mais velho, que é o Mario Gatti; outro maior e mais novo, o Ouro Verde. O grau de integração deles com a rede básica e com os Caps é baixíssimo. Cada hospital faz o que quer; atende quem quer. A gente pressiona, eles integram; passam-se dois meses, vêm os médicos das especialidades e desintegram; o vereador, o prefeito vai lá e faz o que quer... Então, essa integração entre Saúde Mental, Atenção Básica, Urgência e Emergência e Vigilância à Saúde depende da regionalização para se desenvolver, para articular o colegiado da CIR e os colegiados internos dos programas e dos municípios. Com o colegiado, fazer pla-

nos para os hospitais, os ambulatórios de especialidades, os centros de referência à Atenção Básica, para planejar, para avaliar, para discutir. A gente continua trabalhando – não é só o Ministério da Saúde – com esse grau de fragmentação.

Na Itália, para diminuir o poder do Executivo e, ao mesmo tempo, integrar as Regiões de Saúde, eles encontraram a forma jurídica da empresa pública para juntar os serviços todos numa entidade jurídica única. Só que elas têm um colegiado bipartite de prefeitos e comuna, com uma representação do Ministério da Saúde e, por consenso, se escolhe um secretário regional de Saúde. Não coincide com as eleições; escolhe-se no meio do mandato do presidente e dos prefeitos. É selecionado pelos critérios técnicos sanitários de que falei. O secretário regional cria um poder executivo em cada região, além do colegiado, além do conselho, da CIR, do controle social, dos usuários. Nós temos que pensar num poder executivo do SUS que seja escolhido, fiscalizado e acompanhado pelos eleitos. Estou falando em diminuir o poder dos eleitos e não tirar o poder. Aí é antidemocracia. Quando faço esta proposta, vão falar: “O Gastão está contra a política”. Não; eu acho que no SUS tem que ter política; mas que política? Por exemplo, a Sibutramina tem uso livre ou não? Sibutramina por conta dos médicos e do paciente, ou tem regulamentação? Atenção Básica ou todo mundo nos ambulatórios, nas especialidades? Saúde mental com reabilitação psicossocial ou centrada na psiquiatria tradicional, somente com psicofármaco. Isso é política. Médico ganha 300% a mais do que enfermeiro ou tem alguma equivalência? Que carreira nós vamos ter?

Temos que ter permeabilidade a esta política e proteger o SUS, a universidade pública, as políticas de transporte público da intermitência, o que também é democracia das composições, das alianças político-partidárias. Quando os gestores do SUS são escolhidos como cargo de confiança, qual é o principal critério? A sustentabilidade e a governabilidade do governante, do prefeito, do governador e da presidenta. Mais do que a competência para aglutinar pessoas, para ser líder, que entende de processo saúde e doença etc.

Temos que fazer tudo isso: criar um poder executivo regional. A política de pessoal precisa estar ligada a regionalização? Estar ligada a esta reforma? Tem que estar; os municípios foram penalizados, a descentralização teve muita coisa boa, mas teve coisas em que nos passaram a perna. Quando começou a municipalização, critiquei este rumo. Sem discutirem o mérito do que eu escrevia, disseram que eu era arrogante

e autoritário; agora, sou velho e continuo arrogante e autoritário; mas mudei muito. Sou mais reflexivo, ponho interrogação mais do que antigamente. O Nelsão (Nelson Rodrigues dos Santos), que era o meu querido professor e mestre, e a Sonia Fleury falavam assim: “Vamos municipalizar, porque a gente acaba com o patrimonialismo. Com o controle social e o conselho teremos um novo Estado”. Aí, eu escrevi o seguinte: “Que eu saiba, o município é tão patrimonialista – da Câmara Municipal ao prefeito – quanto

Brasília”. Apanhei feito cachorro. Então, é uma ingenuidade achar que só porque é pequeno é bom; *small is beautiful*. Na época era. Só porque é pequeno é bonito; mas é uma ingenuidade achar que a municipalização dá conta do SUS.

Além disso, atribuíram-se responsabilidades inexequíveis ao gestor municipal, por mais competente que fosse. Uma delas é fazer uma política de pessoal decente. O Mais Médicos é uma comprovação disso; nem organizar a Atenção Básica dos municípios conseguimos sozinho – estou me colocando como municipal –, pelo nível dos salários, pela dificuldade de negociar com a corporação, que tem poder sindical, organizativo e influência na mídia forte. E o Fundo de Pensão? Aí, a gente faz um monte de gambiarras, maltrata os profissionais de saúde e quebra o quê? A responsabilidade sanitária no micro; quebra a adesão, a legitimidade com os usuários e com os trabalhadores. Vocês têm que recusar isso; nós temos que ter políticas. Qual é a responsabilidade inclusive de quem atende na Atenção Básica? Do Ministério da Saúde? Das Secretarias Estaduais? Qual é a responsabilidade financeira com a carreira, com a aposentadoria, com a educação permanente, com a formação de graduação e, também, com a educação no trabalho? Imagine os municípios fazerem isso sozinhos; eles têm uma capacidade inadequada para investir na qualificação.

Terminando, enquanto a gente não conseguir fazer essa reorganização da gestão e criar a personalidade jurídica regional, vamos usando os recursos de integração, do apoio institucional, estadual, municipal. Usar o Coap no seu limite; usar a CIR no limite. Temos que ir criando evidências, como sempre fizemos no SUS, enquanto não concluirmos a reforma. Mas tenho defendido um grau de unificação maior e que criemos, só para dar um nome, o que chamei de “SUS Brasil”, uma brincadeira e, ao mesmo tempo, uma provocação ao Sistema Único de Saúde que fosse municipal, estadual e federal, usando a estrutura de quê? De tripartite? De bipartite?

Poderíamos começar pela regionalização; ao invés de uma empresa pública ou de um consórcio modificado para a região, proponho uma autarquia pública. Que o SUS fosse uma autarquia da União, gerenciada pela tripartite: poder executivo nacional, do Ministro da Saúde; estadual, da Secretaria Estadual; das prefeituras. Que tivéssemos uma autarquia com carreiras do SUS; não defendo carreiras corporativas por profissão, por especialidades, mas temáticas: na Atenção Básica, Vigilância à Saúde, promoção, saúde pública, especialidades e hospitais, Urgência e Emergência e uma carreira de apoio administrativo financeiro, talvez. Com concursos pelo menos estaduais; quem fizer o concurso vai escolher e vai começar lá na periferia, num município pequeno, não sei onde. Três anos depois, teria um interstício e as pessoas escolheriam outros lugares; promoção por mérito, possibilidade de comunicação horizontal. Quem estivesse na Atenção Básica, nos hospitais, nos Centros de Referência teria prioridade para plantão à noite no hospital; enfim, podemos criar um sistema razoável, que modifique nossa capacidade de negociação de gestão, de governabilidade sobre a força do trabalho em Saúde; inclusive sobre os médicos. Defendo esse tipo de coisa.

A Região de Saúde é a base desta autarquia. Todos os serviços de saúde ligados ao SUS seriam governados por este secretário regional, pelo colegiado, a mando dos secretários municipais, altamente a CIR etc. Acabaria este negócio de estadual; os funcionários estaduais e municipais não têm que fazer um apelo; têm que fazer uma adesão a esta carreira do SUS Brasil. Quem não quiser aderir, fica numa carreira em



Legenda fotos

extinção. Mas a gestão seria desta autarquia. Isso poderia nos ajudar muito a enfrentar a relação público-privado, todos os contratos de gestão, todos os convênios, os contratos de parceria, com filantrópicos, com ONGs, feitos por essa autarquia pelas regiões, com acompanhamento e planificação. As OSs seriam incorporadas por esta autarquia; acabaria esse negócio de terceirização da gestão. Sou contra isso, apesar de agilizar contratação em São Paulo, no Rio de Janeiro. Terminar de montar a Atenção Básica, qualificar alguns tipos de avaliação em hospital e etc.

Com essa autarquia, teremos que ter outras normas de licitação; poderíamos ter uma tomada de preço federal em que todo mundo compra livre, não tem que repetir licitação em cada município, de tudo o que for padronizado, que for geral. Ou seja, vamos inventar formas descentralizadas mais ágeis, criar integração e planejamento (uma parte é nacional), controlados pela tripartite. Esse planejamento nacional tem que garantir um monte de coisas importantes: ciência e tecnologia, investigação, boa parte dos quimioterápicos, enfim... Outra parte é do fundo da região, que faz a moderação.

É um sonho que tenho. Se não sair a autarquia, criamos um ente que permita, além de planejamento regional, uma gestão regional. Seria um avanço muito grande. Agora, se não passamos os serviços, os hospitais, a Vigilância à Saúde para a região, ela tem pouco poder; ela deve fazer gestão não só de contrato, mas a supervisão da Santa Casa, dos hospitais municipais; ou seja, vamos ser funcionários do “SUS Brasil”; as novas gerações, cada vez mais, terão uma gestão única.

Esse tipo de proposta vai enfrentar resistência grande, porque dificulta fazer caixa dois, alianças políticas a partir da Saúde, da Educação, necessárias ao governante. Mas a sociedade brasileira está pedindo este tipo de coisa; não estou propondo uma coisa maluca, ainda que seja uma proposta radical que exige a construção de um movimento. As universidades federais e estaduais têm essa lógica; são serviços públicos; têm problemas de gestão etc. Mas se compararmos com o resto da gestão pública têm maior controle social. O gestor dessas autarquias também tem que ter um poder controlado. Diminuir o poder do executivo. Se a gente faz uma autarquia sem avaliação de resultado, sem prestação pública do que está fazendo, sem controle social de trabalhadores, dos usuários e do Poder Executivo, inclusive do Poder Legislativo, o risco de ela se separar e representar interesses privados de corporações é grande. Ou seja, não é uma varinha mágica que resolve a política, os conflitos de interesses. Mas acho que se cria a possibilidade de pensar políticas públicas menos dependente da interferência político-partidária e das alianças.

O SUS, hoje, tem mais a cara do gestor local, seja prefeito, secretário ou ministro, por causa deste grau de autonomia em relação às diretrizes pactuadas nas conferências, no Conselho Nacional de Saúde, na tripartite. Não é só o ministério que ignora a decisão da tripartite; alguns Estados também; e muitos municípios... Esta proposta tem o quê a ver com a regionalização? A regionalização está dentro desse conjunto de propostas. Aliás, é o centro. Ela é uma estratégia central para avançarmos com esse outro conjunto de coisas e trazer para a pauta o tema da política de pessoal. Estou preocupado com a política de pessoal, com os direitos profissionais dos trabalhadores; mas pelo lado da qualidade, da eficácia, da efetividade, que a nossa política de pessoal não está conseguindo garantir, devido a esta política fragmentada, por conta dos municípios.

## Narrativas: um encontro com a fala dos gestores!


Da elaboração do projeto até a organização deste caderno, a intensidade dos sentimentos, a riqueza das manifestações apresentadas nas narrativas construídas pelos gestores e os conteúdos expressos nos debates, durante as diversas Oficinas Regionais e encontros, nos deixam a tranquila sensação que o olhar e as metodologias em muito aproximam o leitor das vivências, possibilitando amplas reflexões. Contudo, elas não esgotam, absolutamente, os debates nem traduzem todas nuances e facetas do “estado da arte” e caminhos da regionalização, neste momento, no Estado de São Paulo.

Assim, compartilhamos a íntegra de diversas narrativas individuais produzidas nas oficinas, com a intenção de possibilitar ao leitor encontros com as variadas expressões criadas e manifestadas pelos gestores que, com a participação e dedicação nas oficinas, possibilitaram a produção dos conteúdos deste projeto e, por conseguinte, deste caderno, contribuindo para o desenvolvimento da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

### Transcrições de narrativas individuais (NIs) sobre a regionalização e seus atributos

NI 1 – “A regionalização é um processo importante na organização dos serviços de saúde, em uma determinada abrangência territorial, pois, através dela, ficam determinadas as responsabilidades de cada serviço, em sua região, estabelecendo diretrizes de fluxo e pontuando onde serão ofertados os atendimentos. Proporcionando um melhor planejamento das distribuições dos recursos e, ainda, deixando à mostra onde estão as necessidades de maior investimento. A descentralização dos serviços aproxima a população das ações de saúde, proporcionando maior acessibilidade e qualidade no cuidado à saúde das pessoas”.

NI 2 – “O processo de construção do SUS já dura duas décadas e ainda exige construções e caminhos; hoje, a providência necessária nesta construção é a efetiva implantação da regionalização. As necessidades de saúde são individuais, pois as pessoas necessitam de diferentes formas de saúde, conforme suas idades, condições sociais e características pessoais. Estas diferenças são multiplicadas a potenciais, quando somadas às diferenças das condições de moradia, pois os municípios são muito diferentes. Regras gerais são de difíceis aplicações, quando não são ajustadas às condições especiais de cada município. As regiões são condições de convivência e fortalecimento das relações dos diversos municípios, atualmente muito acostumados a olhar de maneira individual, no sistema cada um pra si. Só Deus mesmo que é para todos; e boas condições de saúde também precisam ser”.



NI 3– “(A regionalização é a) melhor maneira/investimento para combatermos e superar o isolamento e individualismo no trabalho e ações de gestão dos nossos sistemas municipais de saúde, possibilitando a construção de uma postura de responsabilidade coletiva e solidariedade, na implementação do atendimento às necessidades de saúde de nossas populações”.

NI 4 – “Regionalização: fortalecimento das ações e serviços de Saúde de um determinado território. Através de pactuações e implementações de sistemas de regulação em serviços de saúde, fortalecendo a organização de redes de atenção e promovendo o fortalecimento das CIRs, enquanto espaço de construção do SUS”.

NI 5 – “Discussão de políticas públicas no processo de delimitação de área geográfica, planejamento de gestão, conhecimento do perfil epidemiológico, estrutura de serviços/equipamentos e organização. Processo de descentralização do SUS; importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território, tendo a mesma importância para todos os municípios, de pequeno a grande porte, proporcionando fluxos e acessos garantidos, levando em consideração as adversidades, as características e as especificidades de cada território. A regionalização é um grande desafio em discussão para saúde pública, em processo de construção do SUS”.

NI 6 – “Entendo como um processo de construção de uma Região de Saúde, onde se estabeleça um território para concentrar todos os serviços de saúde necessários à população residente neste local. Pois, atualmente, se gasta muito com transporte público; pessoas morrem nas estradas; viagens longas e cansativas por cumprimento a um modelo de saúde pública que não funciona. Acredito ser um sonho para todos os gestores, tendo em vista à economicidade, garantia de referência, humanização do atendimento do usuário do SUS. Enfim, acredito ser o melhor processo já pensado no sistema público de saúde, visando ao ator principal do processo, o usuário”.

NI 7– “Não há como falarmos sobre regionalização sem voltar um pouco no tempo e falar sobre a descentralização do SUS, pois, justamente, foi com o processo das NOBS 93/96 que os municípios começaram a assumir suas responsabilidades, com o conhecimento de suas necessidades e dificuldades. Quando falarmos em 93 e 96, podemos pensar que este processo já está consolidado; ledo engano, pois com a descentralização surgiu, então, a visão da necessidade de se obterem serviços em outros municípios; daí surgiu a necessidade de começarmos a discutir a regionalização. Tratando sobre este assunto, observamos, como aconteceu em minha região, a fusão de alguns municípios, que se consorciaram para ‘produzir serviços de saúde’. A regionalização é cumprida e coloca em prática a essência do SUS; é um ato onde se colaboram entre si, para buscar o bem comum”.

NI 8–“Regionalização é um processo de eterna construção. Vai da divisão geográfica, agregando cidades, passando por um conhecimento da região. Sendo momento de união e não de vaidades. Em uma Região de Saúde conhecemos nossas prioridades. Podemos definir melhor nossa regulação, por que diante de notável praticidade encontramos vias na contramão? Como tudo na saúde pública, o processo é devagar! Os municípios e os gestores devem estar unidos por uma causa comum. Devemos adequar os caminhos para benefício coletivo e não só de um! Mesmo que com passos lentos vamos, juntos, caminhar! A melhor forma para se organizar será um consórcio intermunicipal? Receita pronta ainda não temos para responder! Objetivos devemos traçar e vamos torcer para que o melhor caminho seja escolhido, no final!”.

NI 9– “A regionalização é o caminho? Mas caminhar para onde? De que forma? Com quem? É um aspecto que propõe reflexão, dúvidas, angústias; mas, também, a certeza que precisamos seguir. Transcende, muitas vezes, nossa governança e nos sufoca, porque não temos para quem solicitar, reclamar... Ou temos e não sabemos como fazer, de que forma fazer ou, ainda: Fazemos? Muitas vezes, pensando apenas em tirar proveitos para nossas soluções: faço os outros pensarem que eu penso regionalmente. Nem ao grande e nem aos pequenos municípios; tudo ao grande e nada aos pequenos municípios; nada aos grandes e tudo aos pequenos municípios... Há de se considerar, ainda, as complexidades e os fatores das especificidades –assentamentos, presídios, índios, usinas... Há de se preparar e capacitar as pessoas, os profissionais e a gestão. Há de se considerar o financiamento, não da ótica do quantitativo, mas na ótica do qualitativo que se consegue fazer. Há de se considerar os portes populacionais... Talvez, aqui, o desenho da estratégia e de investimentos: para os grandes que se relacionam com os pequenos; para os pequenos que precisam dos grandes e, também, dos grandes para os grandes e dos pequenos para os pequenos. Enfim, é preciso agir... E logo”.

NI 10 – “Para municípios pequenos como o meu, vejo como ajuda fundamental para melhorar a assistência, pois existem vários programas que, pelo número de habitantes, são necessários. Muitos não podem realizar a adesão, e são programas que ajudariam muito na assistência. Quando se fala no atendimento de Média e Alta Complexidade, fica mais difícil. Mas quando se fala em regionalização, ocorre uma resistência por parte de gestores municipais e mesmo entre prefeitos, que deveriam estar envolvidos para que se conseguisse regionalizar determinado tipo de atendimento. Precisamos, com certeza, fortalecer a regionalização, que muito vai favorecer aos municípios pequenos. Tive em meu município um serviço que havia sido implantado; porém, devido às cobranças pelo número de procedimentos, não foi o que o programa preconizava. Foi sugerido regionalizar o serviço; como isso não foi possível, o serviço foi fechado. Que esta oficina fortaleça a regionalização!”.

NI 11 – “Desenvolvimento de ações conjuntas, num mesmo território, tendo por objetivo a construção integrada e participativa. Pensar e agir – o coletivo dos entes – visando à integração da região, alcançando, desta forma, qualidade de vida para a população. Fortalecimento de ideias, de desejos, de projetos que possam garantir a eficácia dos serviços, equipamentos e das instituições de saúde. Tornar mais forte a gestão, como um todo. Acolher os municípios pequenos, sem desresponsabilizar, é garantir o acolhimento pelos municípios grandes, sem paternalismo/acordos. É cooperação mútua e contínua; é efetivar pactuações e acompanhar. Tornar o SUS fortalecido de fato! Garantir qualificação aos trabalhadores e à própria gestão; é investir na formação de trabalhadores do SUS. Regionalização, mais que diagnóstico, é intervir de forma a preencher os vazios e racionalizar os recursos”.

NI 12 – “Entendo a regionalização acho que, muito, como todos que a estão discutindo. Ela começa, inclusive, no próprio município, quando uma unidade pode se tornar maior e ser solidária com outras. Nesse processo, avalio o que tenho em termos de município e o que posso oferecer ao outro, além do que buscar em outros. Sinto a necessidade em colocar ‘na rede’ tudo o que existe na região, o que não está sendo cumprido por alguns atores – sem necessidade de apontarmos o dedo, como se houvesse culpados – e onde meu município pode também avançar. Talvez a palavra principal da regionalização seja a solidariedade; porém, não há solidariedade sem discussão ampla, clara e transparente de todos os envolvidos – os municípios e Estado, dentro deste território (região) e fora dele, além da União. Pelo menos, na nossa região, acredito que o Mapa da Saúde tenha sido construído de forma fechada e sem avaliar, realmente, os equipamentos e as necessidades existentes. Também vejo que os gestores precisam se apropriar mais desta discussão, entendendo o que este processo significa. Os prefeitos, também, precisam participar de todo este processo; e cabe a nós, gestores do SUS, trazer os mesmos para os esclarecimentos e discussões. Não vejo como exitoso este processo, se não fizermos um grande esforço nesse sentido, empurrando inclusive o Estado e os prefeitos para o ‘centro da roda’. Estamos num momento muito difícil para as prefeituras; momento de fazer a opção, inclusive, de em que modelo de administração se pretende atuar e como vamos conseguir. Ou nos unimos ou ficamos à margem”.

NI 13 – “A regionalização é algo essencial para o êxito no atendimento à saúde, no SUS. Precisamos fortalecer o potencial de cada município; ou seja, cada um oferece o serviço que está em condições (profissionais, estrutura física, equipamentos), como referência, para conseguirmos manter e aprimorar o atendimento. Cada parceiro deve cumprir com sua parcela, pois, assim, teremos uma construção sólida que, conseqüentemente, atenderá de forma efetiva as necessidades de saúde dos usuários. Unidos somos mais”.



NI 14 – “Vejo a regionalização como uma família onde todos os membros têm problemas individualizados, mas não conseguem, cada um, resolver o seu problema. É aí que entram os pais, que ajudam a cada um. Entendo que nos municípios menores, também, não podemos ficar apenas na dependência do maior; mas, com certeza, também temos algo que pode ajudar os outros. Penso que é preciso uma discussão entre todos e que cada um assuma com responsabilidade aquilo que realmente tem capacidade de executar. Aí entra o papel do Estado, a quem cabe acompanhar as ações, cobrar e dar suporte, quando as dificuldades maiores surgem. Acredito que o financiamento dos serviços terá um custo menor, quanto mais conseguirmos compartilhar os serviços de saúde e, assim, será possível ampliar os mesmos”.

NI 15 – “Cada região é formada por culturas diferentes, administrações diferentes; enfim, cada região tem uma maneira ou jeito de conduzir as necessidades de seu povo. A integração entre os municípios facilita o desenvolvimento de cada região, trazendo benefícios para a sociedade num todo. A política regional tem papel importante para o acontecimento das mudanças necessárias e a solução dos problemas encontrados no dia a dia. Porém, o que vemos são interesses individuais, que levam a uma disputa pelo poder, levando à perdas. Cabem aos gestores e demais pessoas comprometidas com a Saúde pública buscarem as mudanças necessárias para que haja uma transformação na cultura do sistema de Saúde, do usuário aos prestadores. Temos o SUS como o melhor e maior sistema de Saúde já implantado; a organização é nosso maior compromisso e a regionalização é a melhor saída”.

NI 16 – “(A regionalização é um) processo de organização do SUS, a partir da definição da Região de Saúde composta por municípios com características semelhantes, dentro de limites geográficos e com necessidades e contextos semelhantes. A regionalização agregou e agrega ou tenta buscar soluções conjuntas entre os gestores para os problemas de saúde existentes; dividir responsabilidades, pactuar decisões, tentar esgotar no âmbito das Regiões de Saúde a oferta de serviços à população adscrita. O papel do gestor municipal de Saúde é de suma importância, pois tanto pode fortalecer a regionalização como também pode emperrar o processo. A regionalização, a partir das redes regionais de atuação, estabelece uma organização das estruturas (serviços) de saúde existentes e possibilita a implementação de novas estruturas, a partir das necessidades; amplia o acesso, permite a garantia da integralidade da assistência, fortalecendo, dessa maneira, o SUS. A regionalização é o caminho para que o sistema de Saúde no Brasil se organize de forma coerente e se fortaleça, a partir das ações conjuntas entre os entes federados (União, Estados e municípios). Muitos desafios ainda têm que ser enfrentados para a efetivação da regionalização”.

NI 17 – “É o caminho para integrar as ações de saúde, articulando essas ações no contexto de município, Estado e União. Pensando em saúde de forma ampla, a regionalização da Atenção à Saúde, onde se constroem as redes de Atenção à Saúde, construindo as Linhas de Cuidado em que cada um sabe e conhece o serviço do outro, direcionando o usuário e organizando o fluxo de atendimento. A regionalização, de forma direta, organiza os serviços, com o envolvimento dos pares que são atores neste cenário (municípios e Estados), articulando toda a complexidade das ações de saúde, para que todos, com foco no usuário, saibam quem somos, onde estamos e para onde vamos”.

NI 18 – “Há oito meses à frente de uma secretaria de Saúde de uma cidade com 14 mil habitantes entendo que a regionalização é a capacidade de articulação entre os três agentes: União, Estado e município. Penso que a colaboração, pactuada entre os três atores deveria ser o modelo ideal entre aquilo que pretendemos no SUS e o que de fato acontece. Muitos dos problemas vivenciados, em nosso cotidiano, estão diretamente relacionados à inércia de dois desses agentes: União e Estado. Na verdade, a porta de entrada do SUS é o município que, sozinho, não consegue atender à sua demanda. Acredito que a regionalização (ajuda mútua entre os municípios parceiros), deveria acontecer de forma plena. Até que os serviços ofertados suprem as carências (AMEs, HCs, HRs); mas não atendem as efetivas necessidades a contento e a tempo. Tenho minhas dúvidas, pela inexperiência; mas a questão do subfinanciamento e a falta de uma atualização da correção de valores de certos serviços do SUS também são empecilhos para esses problemas”.

NI 19 – “A regionalização deve englobar todas as necessidades de uma Região de Saúde, respeitando todos os princípios do SUS – integralidade, equidade etc. A solidariedade entre os municípios deve acontecer, principalmente, na relação do maior, com serviços de saúde disponibilizados para os de menor capacidade. A regionalização tem que acontecer com os três entes federativos participando e assumindo as responsabilidades de cada um. Ela deve contemplar desde a regulação da Atenção Básica municipal até a regulação da Média e Alta Complexidade. Principalmente na composição das redes (RUE, Samu, Rede Cegonha, Doenças Crônicas, Psicossocial). Também as educações permanentes, através dos diversos cursos, devem abranger temas como acolhimento, humanização etc.”.

NI 20 – “Regionalização! O que é? Como? Com quem? Para quê? Por quê? Regionalização é a organização do Estado (e do país) em territórios que tenham algo em comum. Foi feita na época do Pacto (Pela Saúde 2006), num amplo movimento em todo o Estado coordenado pelo SES e pelo COSEMS/SP; lembro que houve um desenho inicial para que se partisse de algo. Esse desenho seguia a organização administrativa do SES (atuais DRSs), e propunha uma reorganização em regiões menores que os DRSs. Houve oficinas em todos os DRSs (eram DIR na época), e os secretários municipais, em conjunto com o SES, propunham um desenho. A lógica que prevalecia (mesmo que o discurso

fosse o conceito de região do Pacto pela Saúde) era a da assistência. Muitos gestores não queriam que seu município estivesse em uma região diferente daquela que tinha o maior município, com medo que perdesse a retaguarda do mesmo para determinados procedimentos. A regionalização estava proposta para que houvesse uma maior equidade de oferta e de recursos para todos os municípios. Não é possível, até para municípios maiores, fazer o SUS sozinhos. A regionalização já caminhou bastante, mas a falta de recursos financeiros faz com que a ‘regionalização solidária’ ainda esteja apenas no desejo e nas possibilidades, não existindo concretamente. Na minha opinião, faz-se necessário um olhar avaliador e pensar se é necessário um novo desenho para as 63 regiões de São Paulo”.

NI 21 – “A ideia de Regiões de Saúde, em um país com o tamanho e a complexidade do Brasil, me parece absolutamente adequada e até necessária, no sentido de um fortalecimento do SUS, em seus aspectos constitutivos. Pensar em oferecer à população das diversas regiões o acesso e o acompanhamento à saúde em determinado espaço geográfico, otimizando recursos e qualificando a demanda, é de fato um caminho a ser percorrido. Não há como pensar em um sistema universal sem este componente, na medida em que em nenhum lugar existiria o pleno atendimento à demanda, sendo, portanto, fundamental o agrupamento por territórios. Defendida a tese, o que me parece é que na prática faz-se necessário um melhor desenvolvimento disso, com a regulação de oferta de serviços funcionando de fato, numa apropriação coletiva dos diversos atores envolvidos no arranjo, com respeito às suas peculiaridades e necessidades e com o devido apoio financeiro e institucional aos mesmos. Não sei exatamente como se deu, historicamente, a atual divisão de regiões, mas entendo que este é ou deveria ser um processo dinâmico, jamais estanque e definitivo. Em síntese, penso que a ideia faz todo sentido e necessidade, carecendo de um maior aprofundamento e qualificação”.

NI 22 – “Regionalização é o caminho? Sim, a regionalização dos muitos é um dos principais caminhos do SUS. O processo de descentralização, focado na municipalização, trouxe alguma fragmentação ao sistema, o que permitiu a ocorrência de diferentes níveis de gestão, qualidade e acesso. Existem cidades e regiões mais desenvolvidas na organização do SUS, com prejuízo de várias outras. Assim, a regionalização permite superar a fragmentação e os diferentes níveis do sistema. O processo de organização das Redes Regionais de Atenção da Saúde no Estado de São Paulo, em constante diálogo com as Regiões de Saúde, permite aperfeiçoar a implementação das Redes Temáticas (Rede Cegonha, RUE, Doenças Crônicas etc.) e preparar os gestores para a contratualização entre os gestores”.

NI 23 – Trabalho em Saúde há trinta e um anos; já trabalhei na Secretaria do Estado da Saúde e em várias gestões municipais, como coordenador, diretor e apoiador (São Paulo, Santos, Campinas, Pinda-

monhangaba, São Bernardo do Campo). De municipalista convicto, ‘converti-me’ em regionalista na época da Noas e do Pacto pela Saúde. Foi muito importante ter sido ‘municipalista radical’. Contribuiu para aperfeiçoar a visão de que o município é o local mais próximo das necessidades e demandas da população. A minha trajetória como ‘regionalista convertido’ não me traz tantas experiências positivas, como as de municipalista. Não dá para ser ‘regionalista’, sem ter o comprometimento das esferas de governo (municipal, estadual e federal) devidamente publicizados, com responsabilidades e financiamento. Por outro lado, as CIRs têm sido esvaziadas de suas responsabilidades. São espaços onde a vida se realizava. O município-sede tem um papel nucleador na efetivação da CIR. Isso tem sido pouco debatido pelos analisadores da regionalização. Temos, também, a bipolaridade da SES SP: centralizadora/descentralizadora, que não ajuda na continuação da regionalização. Ideias fragmentadas, dispersas, até contraditórias às vezes. Quero voltar a ter têsão com a regionalização”.

NI 24– “O que é Regionalização? Regionalização é o processo de trabalho que visa à organização e ordenação de serviços de saúde (pontos de atenção), com o objetivo de dividir as responsabilidades de cada instância federativa (municipal, estadual e federal). A regionalização consiste na divisão de tarefas, de modo que cada um saiba o seu papel e que a Saúde seja aplicada dentro dos princípios do SUS. Para que a regionalização ocorra deve haver coerência e concordância entre gestores, pois a mesma não pode ser pensada no individual, mas sim no coletivo. A grande dificuldade no processo de regionalização é a compreensão dos gestores do seu conceito de cooperação, de ter solidariedade; principalmente, em relação aos municípios de menor porte. Também, há falta de envolvimento por parte dos gestores que não querem pensar em atender as demandas de outros municípios e não dão respostas aos DRSs para a construção das Redes Temáticas. Muitas vezes, o investimento é pequeno em relação à capacitação dos recursos humanos, sendo poucos os técnicos envolvidos neste processo. Também, há dificuldades para se estabelecer um planejamento em longo prazo, já que as portarias ministeriais, muitas, não estabelecem parâmetros que possibilitem esclarecimentos referentes aos equipamentos de saúde que serão financiados. Talvez haja necessidade de mais discussões sobre regionalização, já que ela muitas vezes não é debatida nas reuniões da CIR; parece ser somente uma imposição por parte do DRS. Talvez estejamos trabalhando de forma errada, devendo haver outras formas de alcance aos gestores ou, talvez, seja mesmo uma falta de ‘interesse’ ou desse pensamento ‘solidário’ – como é a sensação que tenho hoje, ao não visualizar nesta oficina a presença de gestores da região”.

NI 25– “Diante deste tema tão importante, complexo, longo e caótico, encontramos cenários que, muitas vezes, parecem não ter solução. Pensar em regionalização sem imaginar o que o paciente pensa e necessita, relacionando com o que se tem disponível na rede, é muito difícil. Quando nos deparamos com a possibilidade de reorganizar todo

o sistema de Saúde, levando em conta aspectos como: acesso, transporte sanitário, logística, nível de resolutividade, ofertas de serviço, começa a haver possibilidade de representar os anseios do paciente que procura os serviços de Saúde. As características regionais são de extrema importância neste tema; é muito difícil comparar resultados de municípios com elevados níveis de urbanização e verticalizados, com municípios com grandes áreas territoriais e baixas densidades demográficas. Por isso, o fato de poder concentrar serviços com grande poder de resolução mais próximos de um raio que possibilite o acesso dessa região facilitará e melhorará os indicadores de saúde deste município e região. É muito importante que todos os atores saibam as portas de entrada do sistema de que ele faz parte e, assim, replique à população que assiste esta informação. Quando pensamos em regionalização, não poderíamos deixar de lembrar das várias ambulâncias que ainda saem nas madrugadas e cortam as estradas deste Estado; e, dentro delas, muitas pessoas passarão dias inteiros sem recursos para alimentos; além de motoristas cansados e dos veículos sem condições de trafegar. Hoje, na contramão da história, poderíamos pensar, planejar e sonhar com recursos, equipamentos e profissionais de saúde mais próximos da população que assiste, entendendo as particularidades sanitário-epidemiológica e sociais daquela região; trazendo, assim, tratamentos e soluções mais apuradas”.

NI 26– “Penso a regionalização partindo de um pressuposto, que é entender que, no Estado de São Paulo, a grande maioria dos municípios é de pequeno porte. A regionalização é instrumento potente para que, de forma regulada, pactuada e solidária, os usuários possam utilizar o serviço de Saúde, em seus territórios, a partir de protocolos e Linhas de Cuidado que viabilizem, de forma e equitativa, o seu acesso. Processo desafiador, apesar do tempo já percorrido, que ainda esbarra, por vezes, em questões formais e legais que são necessárias, mas não podem e nem devem ser encaradas como algo que inviabilize ou dificulte o acesso do usuário. Isso significa dizer que, cada vez mais, os gestores, os trabalhadores e os usuários devem ter iniciativas e novas formas e jeitos de superar essas questões, com corresponsabilização para prestar um atendimento que seja resolutivo, de forma integral (sujeito e sistema), com otimização de recursos, de forma humanizada e regulada e em tempo oportuno. Utilizar a transversalidade da política de educação permanente, reconhecendo estes espaços regionais a partir das Redes de Atenção pode, em minha opinião, nos potencializar e instrumentalizar para este desafio”.

NI 27– “O quê? Como? Com quem? Para quê? Qual? Regionalizar o quê? Recursos e serviços existentes; propor ao usuário soluções no âmbito do seu território de residência, facilitando o fluxo, organizando distribuição de ofertas. Compartilhar a gestão regional, independentemente do comando unitário, de modo abrangente e com vista à

equidade regional. Com quem? Com os diferentes entes federativos, na intencionalidade de otimizar o existente. A gestão compartilhada, implicada em responsabilidade compartilhada, sempre focando o ‘maior’ em benefício do ‘menor’, mas ponderando o que pode ser oferecido de cada componente. A regionalização sempre buscada, difícil de organizar, nunca estará terminada. É dinâmica, ‘mutante’ e, portanto, acompanha os movimentos demográficos, epidemiológicos e políticos. Reavaliação do existente para ‘medir’ o que se tem; propor outras necessidades locais”.

NI 28– “A realidade brasileira é composta por municípios heterogêneos em número e perfil populacional, indicadores epidemiológicos e necessidades em Saúde. Isto posto, fica evidente a dificuldade de todo e qualquer município conseguir, sozinho, promover a acessibilidade a todos os serviços de Saúde necessários a seus moradores. Dessa forma, ações conjuntas de gestão devem ser promovidas para que, com a união entre alguns municípios de regiões próximas, com similaridades nas necessidades e dentro de certa unicidade conceitual, se unam para ofertar serviços à população regional. Como a relação intermunicipal, sem um articulador, se torna quase sempre inviável, é fundamental a contribuição da gestão, quase sempre estadual, dentro de uma divisão regional (que traz a particularidade da sua realidade), para auxiliar e participar da articulação, também atuando como corresponsável pela oferta de serviços e pela organização e planejamento das ações de Saúde. Então, o processo de regionalização é a integração entre Estado e os municípios em regiões com unicidade conceitual e realidades próximas, para gestão e pactuações dos serviços de Saúde necessários à construção do SUS, com seus princípios e diretrizes. Para isso, há a divisão territorial em Regiões de Saúde, que apresentam reuniões mensais deliberativas para fortalecer a gestão e revisar os pactos, com o objetivo de melhor atender ao usuário do SUS. Nesse sentido, acordos, contratos e pactos são ferramentas fundamentais para a continuidade da gestão regional”.

NI 29– “O quê? Como? Para quê? Com quem? Para quem? A regionalização é uma forma de organizar as ações e serviços de Saúde. A municipalização foi a diretriz do SUS que mais avançou (descentralização dos serviços para os municípios); entretanto, a regionalização tem se dado de forma mais lenta, sendo que a municipalização deveria se dar através da regionalização, pois um município não consegue/não pode prover todas as ações e serviços de Saúde que o seu município necessita. A regionalização deve se dar através da articulação dos municípios em Regiões de Saúde e com outras Regiões de Saúde, para a organização das ações e serviços, com objetivo de qualificar o acesso aos usuários ao sistema e garantir integralidade da atenção à Saúde. Hoje, as Redes Temáticas têm sido um grande exercício de regionalização; já tivemos iniciativas de organizar os serviços através da PPI, do Temo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde e, no momento, a regionalização vem com mais empoderamento, no sentido de construir a PGASS e firmar o Coap”.

NI 30 – “O processo de regionalização implica o estabelecimento de um pacto de prestação de serviços entre municípios de uma determinada Região de Saúde, estabelecendo direitos, deveres e metas que devem ser cumpridos pelas partes. Para implementação desse processo, penso que o ideal seria construir um cronograma de reuniões entre as partes interessadas, acompanhadas pelo DRS e COSEMS/SP, facilitando as discussões e a estruturação do pacto que deverá ser aprovado nos colegiados. Após essa primeira etapa, os serviços que não estiverem cobertos pela região, devido ao alto grau de complexidade, por exemplo, poderão ser pactuados entre os DRSs de diferentes regiões do Estado, para garantia do acesso à população. A regionalização permitirá a sistematização do atendimento, aos clientes do SUS, documentando as responsabilidades dos municípios envolvidos no pacto e aprimorando a regulação entre as referências. Caso seja avaliada, no decorrer do processo, a necessidade de expansão das redes de Média e Alta Complexidade (o que é certo), os municípios e as regionais de Saúde serão portadores de subsídios direcionadores para indicar quais são as regiões prioritárias para investimentos, por parte dos governos estadual e federal”.

NI 31 – “A regionalização, como princípio do SUS, diz respeito à aproximação da gestão das realidades e necessidades loco-regionais, de forma a identificar as potencialidades e fragilidades dos territórios, de forma a garantir/melhorar as condições de saúde daquelas populações. Trata-se de fórum/gestão com participação de vários municípios (e Estado) que se identificarem para organização, monitoramento e avaliação dos serviços prestados; e, ainda, alcance de metas e objetivos (indicadores de Saúde) e satisfação dos usuários. Dentre as dificuldades deste processo, encontram-se as relações interfederativas, com limites não tão claros quanto aos papéis dos entes federal, estadual e municipal; sobretudo, no financiamento tripartite, regulação e apoio técnico, entre outros. A participação dos gestores, em muitos momentos, se torna fragilizada por estas questões e, também, pelas dificuldades técnicas e operacionais de suas equipes. As discussões e pactos com os prestadores de Saúde ainda sofrem por pressões das classes profissionais, apelos midiáticos, deficiências na regulação/ auditoria e custeios insuficientes. A pressão político-partidária também interfere na autonomia dos gestores, nos âmbitos municipais e regionais, prejudicando, muitas vezes, a regionalização solidária”.

NI 32 – “A regionalização potencializa e viabiliza a condição de oferta de saúde para a população, seja no micro, seja no macro. As necessidades de saúde são distintas e devemos ter atenção na mesma lógica, com distinção dessas necessidades; somente assim seremos mais efetivos e atingiremos a real necessidade. Na organização local, independentemente do tamanho do município, já devemos olhar as regiões de forma a compor ações distintas às necessidades; como, por exemplo: região de maior vulnerabilidade, com concentração de idosos etc. Enfim, mapear e propor ações, segundo as necessidades de saúde

da população. Quando ultrapassamos o nosso município, também na mesma lógica de composição destas necessidades, com o olhar mais criterioso nas potencialidades de cada município, devemos garantir a otimização dos recursos tecnológicos e especializados. Enfim, dentro da capacidade de oferta x demanda, a conformação desta rede regionalizada. Com o cuidado de garantia de atendimento a todas as necessidades, de forma integrada e compartilhada, nas suas responsabilidades. Há muito tempo vimos trabalhando na lógica da regionalização; ao meu ver, as Redes Temáticas vieram potencializar a organização e adaptar a oferta dessas diversas necessidades. Acho que um dos maiores desafios da regionalização refere-se ao financiamento, pois, na mesma lógica de equacionar as necessidades e potencializar as ações, se faz necessária a garantia de financiamento, na efetivação destas ações, potencializado todos os pontos de atenção. Só dessa maneira poderemos, de fato, construir redes assistenciais eficazes e viáveis. Não vejo outra forma de ofertar saúde de forma eficaz, organizada, resolutiva, se não através da regionalização. Com pactos/fluxos/responsabilidades bem definidas, bem como garantia de financiamento em todos os pontos de atenção, pactuado nas três esferas de governo (município/Estado/União) – Coap”.

NI 33 – “Regionalização é o processo de articular – entre municípios que compartilham fronteiras – redes de serviços, população circulante e desafios, em um processo solidário, integrado e constantemente negociado, envolvendo gestores municipais e estaduais, com a finalidade de responder às necessidades de saúde da população residente e trabalhadora da região. É enfrentar, conjuntamente, os determinantes sociais de saúde, reconhecendo a insuficiência dos municípios, isoladamente, suas diversidades e seus compartilhamentos, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis”.

NI 34– “Regionalização é o caminho! Partimos do princípio de que o homem não vive sozinho. Uma cidade ou comunidade não vive sozinha; ou não consegue satisfazer sozinho todas as necessidades das pessoas que ali vivem. Assim, quanto mais organizadas as ações visando ao bem da população e suas demandas, na área da Saúde, melhor. Nossas cidades dispõem grande parte de seus recursos e tempo tentando solucionar, de forma isolada, seus problemas. Todos querem recursos de última geração em apoio diagnóstico, formas de tratamento e hospitais para internação e cirurgias, quando sabemos que, para isto, existem indicadores da viabilidade, quer seja econômica como de racionalidade, para que seja feito. Essa tendência está ligada, provavelmente, à questão política, onde prefeitos tentam imprimir sua marca na gestão de vários setores da administração municipal e, muitas vezes, não se preocupam com o trabalho regional. O pensar regionalizado fica penalizado, em virtude de bairrismos, convicções políticas, falta de visão para desenvolvimento regional com soluções conjuntas, visando a resolução de problemas comuns e outros mais específicos que demandam soluções regionalizadas. Várias tentativas são colocadas em prática, no intuito de tirar do papel tudo isso, que parece muito óbvio.

Consórcios, PPI, construção de redes são exemplos. Porém, sempre chegamos, novamente, à questão municipal do financeiro e da disposição do gestor municipal para fazer tudo isso acontecer”.

NI 35 – “É um processo de construção de estratégias de ação em Saúde entre os municípios, o Estado e a própria Federação. A regionalização serve para mostrar os caminhos que devem ser percorridos na execução de ações de saúde, onde cada ente envolvido cumpre suas responsabilidades de acordo com sua capacidade físico-financeira. É importante a regionalização, pois conseguem-se identificar as potencialidades de cada ente e pactuar, entre as partes, o compromisso assumido. Como as questões de saúde são semelhantes entre as regiões mais próximas, torna-se um processo dinâmico de construção e execução de ações de saúde, estabelecendo responsabilidades com os recursos existentes. O caminho para o processo de regionalização é através do levantamento de necessidades, dos recursos disponíveis e da pactuação de responsabilidades entre cada ente envolvido, com cobrança efetiva para o cumprimento dessas responsabilidades”.

NI 36 – “A regionalização é um processo vivo e dinâmico que se dá entre os três entes federados, com as necessidades de Saúde de um local específico. Tem suma importância para o fortalecimento entre os envolvidos, por sua economicidade. Precisa atender, de fato, às reais necessidades de uma população. Entendo que esse processo se torna real quando conseguimos equilibrar as reais necessidades com a oferta em tempo, com duração e compromissos mútuos. Destaco a necessidade de envolver, de fato, todos os profissionais trabalhadores de Saúde pública e/ou privada, na conscientização do atendimento de forma equânime às reais necessidades da população”.

NI 37 – “Não é simples! Não é fácil! Mas é absolutamente imprescindível, para o momento atual do SUS. Embora esteja dado como princípio organizativo do sistema desde sua concepção, esse é um processo trabalhoso, que exige, antes de tudo, entendimento e compromisso. Pensar a regionalização é compreender que a magnitude do SUS pressupõe solidariedade: ninguém fará nada sozinho. Precisamos nos reconhecer como uma região, com suas fortalezas e fragilidades, assumindo nossa identidade. Outro fruto que precisa avançar é a responsabilidade de cada ente federativo, de cada município e do Estado, no fortalecimento das regiões. Fazer dos colegiados espaços de debate da política pública, em defesa do SUS, assumindo as responsabilidades sanitárias e financeiras, considerando os interesses e disputas, para superá-los em busca de consensos que constituam sistemas regionais de Saúde robustos. Com financiamento suficiente! Apostamos nesta constituição! Acreditamos em seu enorme potencial! Dedicamos nosso empenho na articulação política dos territórios regionais. Confiamos, sobretudo, na força e no trabalho dos que, como nós, vislumbram, enfim, o SUS que, em ousadia, concebemos!”.

NI 38– “Atitude solidária entre os envolvidos nas pactuações de ações e serviços de saúde; tem como objetivo deixar os serviços de saúde mais próximos da população e, assim, otimizar os recursos da Saúde. Entendo que inúmeros serão os desafios, vista a necessidade e a falta de entendimento e compreensão dos atores que deverão estar envolvidos (usuários, profissionais, gestores, representantes do legislativo, entre outros). Na minha opinião, a regionalização é a decisão convicta para o enfrentamento dos desafios da gestão do Sistema Único de Saúde”.

NI 39– “Organizar e pactuar fluxos e serviços com prestadores e usuários. Direcionando os indivíduos para que saibam para onde vão, como vão e como voltar, sempre com resolubilidade, não se esquecendo dos seus compromissos e deveres”.

NI 40– “Regionalização! O quê? Para quê? Como se faz? Com quem se faz? Por que se faz? Regionalizar a Saúde é identificar as necessidades e dificuldades dos municípios, gestores e usuários relativas aos meios, fluxos, acessos, serviços, referências e contrarreferências e aos recursos estruturais e financeiros, de maneira a propor caminhos e construções coletivas e participativas que consigam estruturar soluções. Os espaços coletivos destas construções são vários e passam pelos profissionais dos serviços, população, conselhos de Saúde; outros formais ou informais que geram ou identificam demandas, pelos gestores e prefeitos dos municípios, pelos gestores do SUS nos três níveis e pelos órgãos de representação do SUS. A regionalização é vital ao SUS, evidente por ser diretriz, sem a qual não se faz a atenção integral”.

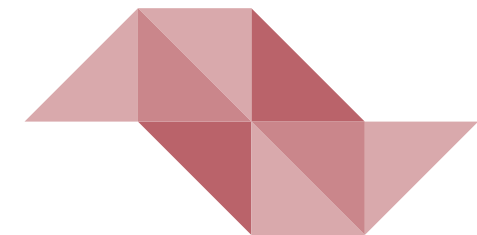
NI 41– “Regionalização é a construção do SUS olhando para dentro do município, mas, principalmente, para fora de seus limites, entendendo-se que as necessidades de saúde dos cidadãos, geralmente, não serão atendidas plenamente em um município, isoladamente. É um princípio e uma diretriz do SUS. Se dá a partir da construção coletiva entre gestores e técnicos dos municípios, com apoio dos entes estadual e nacional. Deve-se dar, principalmente, na Região de Saúde; porém, às vezes vai extrapolar a região, dependendo de questões de saúde a serem enfrentadas e organizadas. Implica negociação, parceria, governança regional, política de saúde saudável. Significa fazer política pública, construção permanente e exercício que tem que ter como finalidade os cidadãos/usuários. Ter espaços democráticos de discussão e decisão. Única forma de avançar o SUS. Dificuldades: cada um abrir mão das suas convicções de ‘municipalização’ total e conseguir capilarizar essas ideias entre as redes de serviço, entre profissionais e usuários. Muitas coisas discutidas e combinadas no espaço da gestão dificilmente chegam na ponta do sistema”.

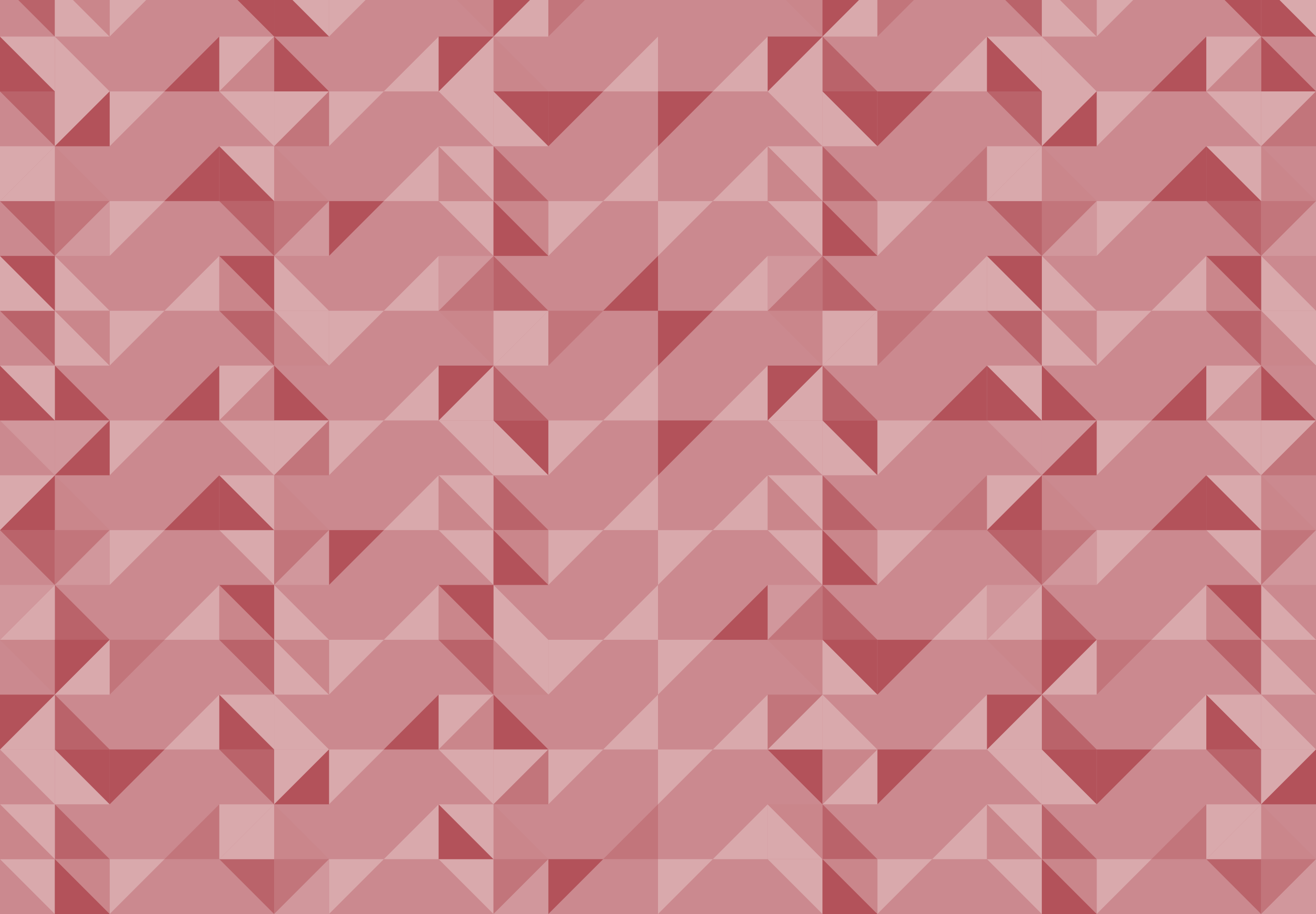
NI 42 – “Regionalização: processo solidário que deve ser construído a partir das necessidades e demandas de cada região e fortalecido a partir de instrumentos que demonstrem e/ou possibilitem diagnóstico real, com objetivo de

otimizar os equipamentos existentes e a utilização máxima da sua capacidade. Deve ser um processo que, também, garanta o acesso qualitativo e resolutivo mais próximo da sua residência. Deve ter a participação, desde a elaboração até sua execução, de forma tripartite, em todos os aspectos (discussão, implantação e financiamento). Regionalização é para todos, considerando que o SUS é nosso; então, é para quem faz, quem usa, quem sobrevive dele”.

NI 43– “Estou no serviço público e na área da Saúde há dez anos. Já havia sinais de regionalização. Não sei se de fato pactuada e cumprida. Meu entender sobre a regionalização é tratar a saúde e seus determinantes regionalmente, no intuito de aumentar a oferta dos serviços para o maior número de usuários, já que os recursos são finitos para todos os municípios. Que me lembre, começou com a Gestão Plena dos municípios considerados polos, que atenderiam Média e Alta Complexidade para uma Região de Saúde. Neste ponto, começaram as pactuações (PPIs) – em que nem tudo que era e é pactuado é cumprido. A partir da discussão e elaboração do Mapa (de Saúde) para a assinatura do Coap é que se enfatizou mais o que seria a regionalização, inclusive com a divisão das Regiões de Saúde. A regionalização visa não só assegurar atendimento a todos os municípios de uma região, como, também, otimizar os recursos e melhor utilizar a capacidade instalada e a oferta de serviços de saúde, para toda uma região”.

NI 44– “Regionalização é a possibilidade de garantir acesso à saúde para a população; dar respostas às necessidades e problemas de saúde dos usuários, garantindo equidade e integralidade. A regionalização existe muito antes do SUS; mas eu vivi dois grandes momentos, onde no Estado de São Paulo não nos envolvemos com esta pauta. Um momento desencadeado pela SES, pautado mais na reforma administrativa, e outro construído pelas diretrizes do Pacto pela Saúde, de forma mais ascendente, com os gestores municipais e estaduais. Entendo que para alcançar os princípios e diretrizes do SUS é fundamental a regionalização e esta deve ser construída com bases nos territórios (territoriais vivos), onde são respeitadas as necessidades locais e os indicadores epidemiológicos; ou seja, onde as pessoas vivem, como vivem, como adoecem ou morrem. Com isso, construiremos um sistema de Saúde que possibilite o cuidado, de fato, para a população. Esse é o caminho”.





**Afonso Viviani Júnior** – Médico Sanitarista, Especialização em Saúde Pública no Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNESP/Botucatu, MBA em Gestão Executiva em Saúde pelo IBMEC/São Paulo. Foi Secretário Municipal de Saúde de Pederneiras/SP, Diretor do Departamento Regional de Saúde da SES em Bauru/SP, Superintendente da SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias e Coordenador da Coordenadoria de Regiões de Saúde/SES.

**Ana Lucia Pereira** – Enfermeira sanitária, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo; membro do Conselho Deliberativo da APSP; apoiadora do COSEMS/SP, doutoranda em Planejamento e Gestão pelo DMPS da Unicamp.

**Fernando Monti** – Médico sanitário, especialização em Medicina Preventiva e Social, mestre em Doenças Tropicais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), professor-assistente no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), secretário municipal de Saúde de Bauru, presidente do COSEMS/SP e do CONASEMS.

**Floriano Nuno de Barros Pereira Filho** – Psicólogo; especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); mestre pela Faculdade de Saúde Pública da USP, assessor do COSEMS/SP.

**Gastão Wagner de Souza Campos** – Médico especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, professor titular da Universidade Estadual de Campinas.

**Jorge Harada** – Médico, mestre em Pediatria pela Escola Paulista de Medicina; diretor do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (DAI/SGEP/MS); foi secretário municipal de Saúde de Embu das Artes e presidente do COSEMS/SP.

**Lenir Santos** – Advogada, doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, consultora do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), coordenadora de projetos e do Curso de Especialização em Direito Sanitário do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa/ Unicamp). Atua na área do direito sanitário, em especial nas áreas de organização do SUS, competências, legislação, Conselhos de Saúde, Fundos de Saúde, contratos e convênios e demais aspectos administrativos e constitucionais que envolvem a implementação do SUS e o direito à saúde do cidadão.

**Lidia Tobias Silveira** – Médica sanitária com especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), doutora em Saúde coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, assessora do COSEMS/SP.

**Marcio Travaglino** – Médico sanitário e acupunturista, especialista em Gestão Hospitalar pela FGV e em gestão da clínica em Redes de Atenção à Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) Sírio-Libanês; foi secretário municipal de Saúde dos municípios de Oriente e Marília, em São Paulo; apoiador institucional do COSEMS/SP.

**Marco Akerman** – Médico sanitário, professor titular do Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP; presidente do Conselho Deliberativo da APSP, doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres.

**Maria do Carmo Cabral Carpintéro** – Médica sanitária, especialista em Saúde Pública pela Unicamp, mestrandia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, ex-presidente do COSEMS/SP, assessora técnica do COSEMS/SP.

**Marilia Louvison** – Médica sanitária, professora-doutora do Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, presidente da APSP.

### 1. OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO DE SÃO PAULO, SP

Data: 22/09/2014; local: Faculdade de Saúde Pública (Auditório Reinaldo Ramos), Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, SP.

Afonso Viviani Junior (CRS – SES)  
 Alda Braatzantunes de Moura (Itapeva – Nova Campina)  
 Ana Lúcia Pereira (COSEMS/SP – APSP)  
 Aparecida Luiza Nasi Fernandes (Pirapora do Bom Jesus)  
 Bruno Scarpelli Quiqueto (COSEMS/SP)  
 César André Fattori (Itapeva)  
 Cesar Kabachi (Baixada Santista)  
 Claudia C. Meirelles (Salto)  
 Claudia M.R Baston (Cesário Lange)  
 Claudinely das Neves Moraes (DRS XII – Registro)  
 Eduardo J. P. B. (Taboão da Serra)  
 Eduardo Prado (Vargem Grande Paulista)  
 Eneida Da Silva Bernardo (Guarulhos)  
 Floriano N. de B. Pereira Filho (COSEMS/SP)  
 Keila C. R. Berti (Itapeva – Itararé)  
 Lidia Tobias Silveira (COSEMS/SP)  
 Manoel Prieto Alvarez (Bertioga)  
 Márcio R. (Capão)  
 Marcio Travaglino C. Pereira (COSEMS/SP – APSP)  
 Marco Antonio M. (São Roque)  
 Maria Carmem Amarante Botelho (Registro)  
 Maria Dalva Amim dos Santos (MS/SGEP/MS)  
 Maria do Carmo C. Carpintéro (COSEMS/SP)  
 Maria Elizabeth Sartorelli (COSEMS/SP)  
 Marília C. P. Louvison (APSP)  
 Mirian Tereza Milette (Arujá – SMS)  
 Nielse C. Fattori (Vale do Ribeira)  
 Raquel Zaicaner (Taboão da Serra)  
 Renata Potelli O. (DRS XVII – Taubaté)  
 Rosana Santos Rocha (Porto Alegre, RS)  
 Sandra Magali Barbeiro (Embu das Artes)  
 Sandra Maria Betaioli (Mogi Das Cruzes)  
 Sandro Dias B. (Itapeva – Apiaí)  
 Sandro Rizzi (São Roque – Sorocaba)  
 Sílvia M. Ferreira Abrahão (DRS XVI – Sorocaba)  
 Simone A. M. Monteaperto (Carapicuíba)  
 Solange C. A. Vialle (São Paulo)  
 Vânia S. H. Tardelli (DRS I – Grande SP)  
 William R.V. Souza (Pari-Açu)

### 2. OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO DE CAMPINAS, SP

Data: 30/09/2014; local: Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, Rua Delfino Cintra, 61, Campinas, SP.

Ana Lúcia Pereira (COSEMS/SP – APSP)  
 Aparecida D. Toesca Feliciano (Itobi)  
 Benedito C. R. Westin (DRS XIV – São João da Boa Vista)  
 Camila Zanchetta Lemes (Corumbatai)  
 Clara A. F.A. Carvalho (Mogi-Guaçu)  
 Débora R. R. Aniceta (Tambaú)  
 Estela M.F. Giancesella (Bragança Paulista)  
 Fabio C. P. Fuentes (COSEMS/SP – Bragança Paulista)  
 Floriano Nuno de Barros P. Filho (COSEMS/SP)  
 Gabriela J. Calazans (COSEMS/SP)  
 Helga Resquioto (Águas de Lindóia)  
 Joana D'Arc D. Zucato (Santa Maria da Serra)  
 José Nelson Ruecker (Piracaia)  
 Kelen C.R. Carandina (Cordeirópolis)  
 Lia Bissoli Malaman (São João da Boa Vista)  
 Lizete Awazu (Cabreúva)  
 Luciane G. G. Bertelli (DRS XIV – São João da Boa Vista)  
 Márcia A. Pratta (COSEMS/SP)  
 Marco Antonio Casarini (Águas de São Pedro)  
 Maria Clélia Baner (DRS X – Piracicaba)  
 Maria Dalva Amim dos Santos (MS/SGEP/DAI)  
 Maria do Carmo C. Carpintéro (COSEMS/SP)  
 Maria Eugenia Pereira dos Santos (Caconde)  
 Maria Filomena de G. Vilela (Jundiá, Apoio COSEMS/SP)  
 Michele Rosin (Amparo)  
 Miriam de Souza Silva (São Pedro)  
 Mônica Macedo Nunes (Campinas)  
 Olívia dos Santos (Vargem Grande do Sul)  
 Ricardo Vicente da Silva (Itupeva)  
 Sílvia H. Salvador (Vargem Grande do Sul)  
 Valter Luiz Stanige (DRS – Campinas)  
 Victor Hugo L. L. de Sá (Jundiá)  
 Viviane A. (Santo Antônio do Jardim)

<sup>1</sup> A digitalização dos nomes dos participantes nas oficinas foi feita com base nas listas de presença dos eventos; em muitos casos, as grafias não ficaram legíveis, razão de alguns nomes e/ou sobrenomes terem sido abreviados com iniciais ou, mesmo, não serem mencionados.

### 3. OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO DE MARÍLIA, SP

Data: 30/9/2014; local: Campus Universitário (Unimar), Bloco Curso de Direito, Av. Higino Muzi Filho, 1001, Marília, SP

Adílio Carlos Bortolatto (Juqueirópolis)  
Adriana Leandrin Silva (Pederneiras)  
Adriana P. (Fernão)  
Alecí Rodrigues Oliveira (Anhumas)  
Ângela Maria M. Major Noronha (Assis)  
Arlete Ap. da Silva (Iepê)  
Cícera Thais Siqueira (Marabá Paulista)  
Cláudio Luiz Miranda (COSEMS/SP)  
Cleise Mei de Souza (DRS VI – Bauru)  
Daniele Macedo de Andrade (Borá)  
Denise F. Carvalho (Assis)  
Eduardo Alves Trindade (Marília)  
Eliana A. (Quatá)  
Eliane Colette Rocha (Lucianópolis)  
Enver de Freitas (Mariápolis)  
Fernando César de Carvalho (Narandiba)  
Geraldo A. Rivera (Taquarituba)  
Gilson A. S. (Itai)  
Giovana Aparecida Lopes Ferreira (Echaporã)  
Israel Guimiero (Ranorama)  
Joisse Caria Barboza (Torre de Pedra)  
Jorge Yochinobu Chihara (Adamantina)  
Juliana C. Moreira (Iaras)  
Jussara M. H. (Iacri)  
Kátia Vieira Camargo (Itatinga)  
Lidia Tobias Silveira (COSEMS/SP)  
Luciano Márcio de Souza (Maracá)  
Luís Carlos (DRS IX – Marília)  
Luiz Takano (Marília)  
Luiza Cristina (Sandoválina)  
Márcio T.C. Pereira (COSEMS/SP – APSP)  
Margarida Midori Uchida (Assis)  
Maria de Lóudes E. Campanha (Cafelândia)  
Maria Helena S. (Itai)  
Marília C. P. Louvison (APSP)  
Nelo Augusto Poletto (Cândido)  
P. S. C. (Presidente Prudente)  
Renata Guilherme (Herculândia)  
Renata Pismel (Avaré)  
Susierleia Ap. B. Szymczok (Presidente Venceslau)  
Thiago Corrêa Fabri (Bofete)  
Valdir Dezan (Bastos)  
Vanda Corina C. L. N. Avellar (Avaré)

### 4. OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO DE RIBEIRÃO PRETO, SP

Data: 01/10/2014; local: Auditório do Centro de Referência em Especialidades Central, Rua Prudente de Moraes, 35, Ribeirão Preto, SP.

Adileu Storti (Colômbia)  
Adriana (DRS VII – Franca)  
Ana Lucia Pereira (COSEMS SP – APSP)  
Ana Paula C. E. Oliveira (Santo Antônio da Alegria)  
Davi Eiji F. de Oliveira (Brodowski)  
Edeltraut N. Zoia (Porto Ferreira)  
Eliana A. Mori Honain (Araraquara)  
Eurico Medeiros Junior (Barretos)  
Everton L. J. (Altair)  
Fatima T. B. Caetano (Taquaritinga)  
Francisco Vacis Filho (Santa Rosa de Viterbo)  
Frederico Machado de Almeida (COSEMS/SP)  
Gustavo Rossi (Tabatinga)  
Hótiis Aparecido de Souza (Ribeirão Preto)  
Isabel C. Ferreira (Altair)  
Isaías da Silva Sinhorelli (Guataparã)  
Ivana Clemente Castro (Ipuã)  
Juliana S. Lucindo (Jequara)  
Lúcia Regina Ortiz Lima (Rincão)  
Luciana Ap. Nazar (COSEMS/SP)  
Luiz Henrique de Oliveira (Ibaté)  
Marco Akerman (COSEMS SP – APSP)  
Marcus Alexandre Pettrilli (São Carlos)  
Maria Alice Garcia Capparelli (Matão)  
Maria Dalva A. dos Santos (MS)  
Maria Lilian F. B. Ditadi (São Simão)  
Maria Teresa (DRS III – Araraquara)  
Michelle Libero (São Carlos)  
Milene C. P. Borges (Guaraci)  
R. M. (Franca)  
Ramon Gustavo Oliveira (Batatais)  
Rita Rosa Montenegro (Sertãozinho)  
Roberta Brandão (Cravinhos)  
Rodrigo de Alcântara Oliveira (Ribeirão Corrente)  
Ronaldo D. (Ribeirão Preto)  
Rosimeire A. de Campanholi (Barretos)  
Sebastião Cognetti (Morro Agudo)  
Sílvia Forti (Olimpia)  
Stênio José Correia Miranda (Ribeirão Preto)  
Tania F. Perinazzo (COSEMS/SP)  
Wilker Gléria de Oliveira (Guaiara)  
Willian Pio Martins (Américo Brasiliense)

### 5. OFICINA DE REGIONALIZAÇÃO DE CEDRAL, SP

Data: 10/10/2014; local: Auditório da Empresa Iguí Piscina, Rua Felício Botino, 237, Cedral, SP.

Adelson Mariano de Brito (Jales)  
Alex Marques Cruz (Penápolis)  
Ana Lúcia F. N. (Macaubal)  
Ana Paula Fernandes (Cedral)  
Andréa B. Antonio (Birigui)  
Antonio Carlos dos Santos (Novais)  
Antônio Carrenho Sanches (Itapura)  
Antonio Cláudio Galvão (COSEMS/SP)  
Cláudia M. T. (São José do Rio Preto)  
Cleberon Luiz Pimenta (Dirce Reis)  
Ely R. Goulart Bernardes (COSEMS/SP)  
Endry Carobene Franceschi (José Bonifácio)  
Fabiana de Souza Costa (Vitória Brasil)  
Fernanda Okubo P. V. (Mirassol)  
Fernando Lucas Pereira (Rubiácea)  
João Marcelo Porcionato (Catanduva)  
José Carlos Teixeira (Araçatuba)  
José Fernando Casquel Monti (Bauru)  
Lidia Tobias Silveira (COSEMS/SP)  
Márcio T. C. Pereira (COSEMS/SP – APSP)  
Maria Gorete de Lima Dias (Guarani d' Oeste)  
Marília C. P. Louvison (APSP)  
Nilva Gomes Rodrigues de Souza (Jales)  
Paulo Henrique (São Francisco)  
Renilla Máira B. Rota (Guapiaçu)  
Roberto M. Tarsiano (Coroados)  
Rosa Maria Correa (Irapuã)  
Teresinha A. Pachá (São José do Rio Preto)  
Vivian Candolo Lourenço (Uchôa)

## Agradecimentos

À Diretoria do COSEMS/SP, por ter tomado a decisão e apoiado a realização do Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo: Oficinas Regionais.

À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), pelo apoio técnico e financeiro ao Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo: Oficinas Regionais, dentro do Termo de Cooperação nº 39 da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS).

À Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pelo apoio administrativo ao Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo: Oficinas Regionais, dentro do Termo de Cooperação nº 39 da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS).

Às secretarias municipais de Saúde de Campinas, Cedral, Marília e Ribeirão Preto, por terem sediado as Oficinas Regionais e dado o suporte administrativo necessário para à realização das mesmas.

Ao Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC/FSP/USP), entidade contratada para conduzir as Oficinas Regionais no Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo.

À Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), pela parceria na elaboração e realização do Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo.

À Faculdade de Saúde Pública da USP, por ter sediado a Oficina Regional de São Paulo e o debate no Projeto Fortalecimento do Processo de Regionalização no Estado de São Paulo e, em especial, ao Departamento de Prática em Saúde Pública, que participou ativamente nas Oficinas Regionais.

Às funcionárias da área administrativa do COSEMS/SP: Kelly Diniz, Naiane dos Santos e Pamela Souza, pelo suporte administrativo para garantir a realização e a transcrição da lista dos participantes das Oficinas Regionais.

Aos apoiadores do COSEMS/SP, pelo apoio em todas as fases do projeto.

Aos convidados que participaram da mesa do debate: Jorge Harada, Affonso Viviani, Gastão Wagner, Lenir Santos e ao professor Oswaldo Tanaka, que participou da abertura do debate, representando a Faculdade de Saúde Pública (USP).

## Créditos

### CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS/SP)

Avenida Doutor Arnaldo, 351, sala 309, Cerqueira Cesar, São Paulo, SP CEP 01246-000 Tels.: 55.11.3066.8146; 55.11.3066.8259; fax.: 55.11.3083.7225.  
www.cosemssp.org.br  
cosemssp@cosemssp.org.br  
comunicacao@cosemssp.org.br  
Twitter: @cosemssp  
Facebook: Cosems SP

### DIRETORIA DO COSEMS/SP

#### PRESIDENTE:

José Fernando Casquel Monti – SMS Bauru

#### 1ª VICE-PRESIDENTE:

Kelen Cristina Ramo Carandina – SMS Cordeirópolis

#### 2ª VICE-PRESIDENTE:

Antonio Roberto Stivalli – SMS Leme

#### 1º SECRETÁRIO:

Stênio José Correia Miranda – SMS Ribeirão Preto

#### 2ª SECRETÁRIA:

Carmem Sílvia Guariente Paiva – SMS Pereira Barreto

#### 1ª TESOUREIRA:

Célia Cristina Pereira Bortoletto – SMS Mauá

#### 2ª TESOUREIRO:

Jorge Yochinobu Chihara – SMS Adamantina

#### DIRETORA DE COMUNICAÇÃO:

Claudia da Costa Meirelles – SMS Salto

### VOGAIS

Carmino Antonio de Souza – SMS Campinas

Cláudio Lucas Miranda – SMS Botucatu

Davi Eiji Furutani de Oliveira – SMS Brodowski

Denise Fernandes Carvalho – SMS Assis

Fátima Teresinha Balsani Caetano – SMS Taquaritinga.

José Everaldo Piedade Malheiros – SMS Campos do Jordão

Luis Carlos Casarin – SMS Jundiá

Mara Ghizellini Jacinto – SMS Cedral

Marcos Estevão Calvo – SMS Santos

Maria Auxiliadora Zanin – SMS Jaguariúna

Odete Carmen Gialdi – SMS São Bernardo do Campo

Roberta Aparecida Meneghetti Brandão – SMS Cravinhos

Silvia Elisabeth Forti Storti – SMS Olímpia

Simone Augusta Marques Monteaperto – SMS Carapicuíba

Teresinha Aparecida Pachá – SMS São José do Rio Preto

### CONSELHO DE REPRESENTANTES REGIONAIS

#### CIR – ALTO DO TIETÉ

Carlos Chnaiderman (SMS Guarulhos)

Clarinda de Fátima Carneiro (SMS Arujá)

#### CIR – FRANCO DA ROCHA

Márcio Roberto de Lucio (SMS Cajamar)

Miriam Ferreira Neves (SMS Caieiras)

#### CIR – MANANCAIS

Sandra Magali Fihlie Barbeiro (SMS Embu das Artes)

Raquel Zaicaner (SMS Taboão da Serra)

#### CIR – ROTA DOS BANDEIRANTES

José Armando Mota (SMS Osasco)

Antonio Carlos Marques (SMS Barueri)

#### CIR – GRANDE ABC

Homero Nepomuceno (SMS Santo André)

Fernando A Blandi (SMS Ribeirão Pires)

#### CIR – SÃO PAULO

José De Filippi Junior (SMS São Paulo)

Paulo Puccini (SMS São Paulo)

#### CIR – CENTRAL

José Carlos Teixeira (SMS Araçatuba)

Fernando Lucas Pereira (SMS Rubiácea)

#### CIR – DOS LAGOS

Eliana Luzia Covre Dias Martines (SMS Ilha Solteira)

Isabel Cristina de Souza (SMS Castilho)

#### CIR – DOS CONSÓRCIOS

Roberto Martins Tarsiano (SMS Coroados)

Alex Marques Cruz (SMS Penápolis)

#### CIR – NORTE

Maria Alice Garcia Capparelli (SMS Matão)

#### CIR – CENTRAL

Willian Pio Martins (SMS Américo Brasiliense)

Carla Malkames (SMS Trabiju)

#### CIR – CENTRO OESTE

Lucilene Denise Daniel (SMS Itápolis)

Breila Carla Batista Barbosa (SMS Borborema)

#### CIR – CORAÇÃO

Carlos Roberto Bianchi (SMS Descalvado)

Luiz Henrique de Oliveira (SMS Ibaté)

#### CIR – BAIXADA SANTISTA

Manoel Prieto Alvarez (SMS Bertioga)

#### CIR – NORTE V

Adileu Storti (SMS Colômbia)

Maria Carolina de Almeida Secchieri Mirandola (SMS Severínia)

#### CIR – SUL V

Fernando José Piffer (SMS Taquaral)

Eurico Medeiros Junior (SMS Bebedouro)

#### CIR – VALE DO JURUMIRIM

Geraldo Aparecido Rivera (SMS Taquaritinga)

#### CIR – BAURU

Adriana Leandrin da Silva (SMS Pederneiras)

#### CIR – PÓLO CUESTA

Joisse Caria Barboza (SMS Torre de Pedra)

Marli G. Machado de Miranda (SMS Porangaba)

#### CIR – JAÚ

Gilson Augusto Scatimburgo (SMS Jaú)

#### CIR – LINS

Maria de Lourdes Encarnação Campanha (SMS Cafelândia)

José Afonso Penha Junior (SMS Lins)

#### CIR – BRAGANÇA

Eurico Aguiar e Silva (SMS Bragança Paulista)

Sebastião Gonçalves Godoi (Pedra Bela)

#### CIR – METROPOLITANA DE CAMPINAS

José Roberto Stefani (SMS Indaiatuba)

Dreison Luis Iatarola (SMS Santa Bárbara d'Oeste)

#### CIR – JUNDIAÍ

Lizete Lombardi Awazu (SMS Cabreúva)

#### CIR – CIRCUITO DAS ÁGUAS

Michele Aparecida da Camara Rosin (SMS Amparo)

Helga Emanuele Resquioto (SMS Águas de Lindóia)

#### CIR – TRÊS COLINAS

Rodrigo de Alcântara Oliveira (SMS Ribeirão Corrente)

Rosane M Alonso (SMS Franca)

#### CIR – ALTA MOGIANA

Wagner Ferreira Benedeti (SMS Ituverava)

Beatriz Lenita da Silva Hauck (SMS Igarapava)

#### CIR – ALTA ANHANGUERA

Sebastião Cognetti (SMS Morro Agudo)

Ivana Clemente Castro (SMS Ipuã)

#### CIR – ADAMANTINA

Enver de Freitas (SMS Mariápolis)

Luciana Amorim B. Carvalho (SMS Pacaembu)

#### CIR – ASSIS

Nádia Patrícia Cascales Ortiz Gonzalez (SMS Palmital)

Ivanete Rossatto Gianetta (SMS Pedrinhas Paulista)

#### CIR – MARÍLIA

Giovana Aparecida Lopes Ferreira (SMS Echaporã)

Luiz Takano (SMS Marília)

#### CIR – OURINHOS

André Luís Camargo Mello (SMS Ourinhos)

Cássia Cristina Borges Palhas (SMS Salto Grande)

#### CIR – TUPÃ

Valdir Dezan (SMS Bastos)

#### CIR – ARARAS

Vandersi Pavan Bressan (SMS Araras)

Ana Adélia Alonso Zanchetta (SMS Conchal)

#### CIR – PIRACICABA

Alfredo Fittipaldi Massaro (SMS Charqueada)

André Luiz L da Silva (SMS Rio das Pedras)

#### CIR – RIO CLARO

Camila Zanchetta Lemes (SMS Corumbataí)

Thereza de Almeida Panza (SMS Analândia)

#### CIR – ALTA PAULISTA

Adílio Carlos Bortolatto (SMS Junqueirópolis)

Mauro Gomes Zerbetto (SMS Tupi Paulista)

#### CIR – ALTA SOROCABANA

Sérgio Luiz Cordeiro de Andrade (SMS Presidente Prudente)

Mario Henrique Machado (SMS Tarabai)

#### CIR – ALTO CAPIVARI

Sérgio Wilson Ferreira Chiari (SMS Rancheira)

Francisco Célio de Mello (SMS João Ramalho)

#### CIR – EXTREMO OESTE PAULISTA

Priscila Carla de Almeida Gimenes (SMS Caiuá)

Fabiana Guimaro Paulo (SMS Presidente Epitácio)

#### CIR – PONTAL DO PARANAPANEMA

Sandra Regina Rubio Favaro Batista (SMS Rosana)

Estefânia Simone da Silva (SMS Euclides da Cunha Paulista)

#### CIR – VALE DO RIBEIRA

Josefa Maria Rangel da Cruz (SMS Registro)

Jaqueline Camargo Soares (SMS Cajati)

#### CIR – HORIZONTE VERDE

Rita Rosana Montenegro (SMS Sertãozinho)

Onildo Passafaro (SMS Pradópolis)

#### CIR – AQUÍFERO GUARANI

Maria Lilian Ferro Bonacim Ditadi (SMS São Simão)

#### CIR – VALE DAS CACHOEIRAS

Ana Paula Corsini Elias de Oliveira (SMS Santo Antônio da Alegria)

Ivano José Zuccolotto Filho (SMS Altinópolis)

#### CIR – BAIXA MOGIANA

Clara Alice F. A. Carvalho (SMS Mogi Guaçu)

Rosa Angela Iamarino (SMS Itapira)

CIR – MANTIQUEIRA

Lia Bissoli Malaman (SMS São João da Boa Vista)  
Willian Curi Balna (SMS Espírito Santo do Pinhal)

CIR – RIO PARDO

Aparecida Donizetti Toesca Feliciano (SMS Itobi)  
Marcelo Luiz Galotti Pereira (SMS São José do Rio Pardo)

CIR – SANTA FÉ DO SUL

Carlos Rogério Garcia (SMS Santa Fé do Sul)  
David Manangão (SMS Santa Clara D'Oeste)

CIR – JALES

Paulo Proni Cabral (SMS Aparecida d'Oeste)  
Nilva Gomes Rodrigues de Souza (SMS Jales)

CIR – FERNANDÓPOLIS

Lígia Barreto (SMS Fernandópolis)  
Maria Gorete de Lima Dias (SMS Guarani D'Oeste)

CIR – VOTUPORANGA

Luis Alberto Bergamasco (SMS Floreal)  
Claudemir Afonso Veschi (SMS Magda)

CIR – RIO PRETO

Karina Camilla Pinto Iglesias (SMS Uchôa)

CIR – BONIFÁCIO

Telma Cristina Guerbach Silva (SMS Planalto)  
Endry Carobene Franceschi (SMS José Bonifácio)

CIR – CATANDUVA

Alexandre Cavichioli (SMS Ariranha)  
Grasiela Bertozzi (SMS Paraíso)

CIR – ITAPETININGA

Denilson Rodrigues (SMS Itapetininga)  
Cecília Aparecida Xavier de Oliveira França (SMS Tatui)

CIR – ITAPEVA

Luiz Fernando Tassinari (SMS Itapeva)  
Gilson Antonio de Sá Pinto (SMS Itaberá)

CIR – SOROCABA

Sandro Rizzi (SMS São Roque)  
Izilda Maris Chiazzotto de Moraes (SMS Votorantim)

CIR – ALTO VALE DO PARAÍBA

Paulo Roberto Roitberg (SMS São José dos Campos)  
Antonio de Paula Soares (SMS Jacareí)

CIR – CIRCUITO DA FÉ E VALE HISTÓRICO

Renata Cid (SMS São José do Barreiro)  
André M. Barbosa (SMS Cruzeiro)

CIR – LITORAL NORTE

Marina de Fátima de Oliveira (SMS Caragatatuba)  
Urandy Rocha Leite (SMS São Sebastião)

CIR – VALE DO PARAÍBA / REGIÃO SERRANA

Joseline B Pereira de Toledo (SMS Santo Antonio do Pinhal)

Isael Domingues (SMS Pindamonhangaba)

**APOIADORES DO COSEMS/SP**

Adelson Mariano de Brito  
Ana Lúcia Pereira  
Angela Maria Machado Major  
Antonio Claudio Galvão  
César André Fattori  
Clarisvan do Couto Gonçalves  
Edivaldo Alves Trindade  
Eliana Aparecida Mori Honain  
Ely Regina Goulart Bernardes  
Florian Nuno de Barros Pereira Filho  
Frederico Machado de Almeida  
Gabriela Junqueira Calazans  
Hórtis Aparecido de Souza  
Isabel Cristina Pagliarini Fuentes  
Jussara Moraes Hatae Campoville  
Luciana Aparecida Nazar  
Márcia Aparecida Bertolucci Pratta  
Marcio Travaglini C Pereira  
Marco Antonio Manfredini  
Margarida Midori Uchida  
Maria Elizabeth Sartorelli  
Maria Filomena Gouveia Vilela  
Nelo Augusto Poletto  
Nielse Cristina de Melo Fattori  
Priscila Mina Galati  
Solange Cristina Aparecida Vialle Mendes  
Rosana Magalhães Gaeta  
Tania de Freitas Perinazzo

**MEMBROS DO ESCRITÓRIO**

ASSESSORIA ADMINISTRATIVA  
Cleide Fernandes Campos

ASSESSORIA TÉCNICA  
Florian Nuno de Barros Pereira Filho e  
Lidia Tobias Silveira

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO  
Bruno Scarpelli Quiteto

COORDENAÇÃO PROJETO APOIADORES  
Maria do Carmo Cabral Carpintero

**ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA (APSP)**

Rua Cardeal Arcoverde 1.749, cj 78, Bloco B,  
Pinheiros, CEP 05407-002, São Paulo, SP  
Tel./fax: 55.11.3032.6209; cel.: 55.11.99395.2568  
Secretaria de segunda a sexta-feira,  
das 13h00 às 17h00  
www.apsp.org.br  
apsp@apsp.org.br

**DIRETORIA DA APSP**

PRESIDENTE  
Márcia Louvison

VICE-PRESIDENTE  
Wilma Madeira

DIRETOR DE EXTENSÃO  
Alexandre Nemes Filho

DIRETORA DE COMUNICAÇÃO  
Luciana Soares de Barros

DIRETORA DE CAPTAÇÃO DE RECURSOS E FINANÇAS  
LÍGIA DUARTE

Diretora-secretária  
Maria Fernanda Terra

COORDENADOR DO 14º CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA  
Paulo Fernando Capucci

REVISTA SAÚDE SOCIEDADE  
Cleide Lavieri Martins

**CONSELHO DELIBERATIVO**

Ana Lucia Pereira  
Áquilas Mendes  
Áurea Ianni  
Carlos Botazzo  
Daniele Guerra  
Elaine Giannotti  
Lara Paixão  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker  
Lucia Yasuko Izumi  
Marco Akerman  
Nivaldo Carneiro  
Paulo Capel Narvai  
Sílvia Bastos  
Tiago Noel Ribeiro  
Yara Maria de Carvalho

**ARTICULADORES DE NÚCLEOS REGIONAIS**

Baixada Santista  
Rosilda Mendes  
Botucatu  
Elen Rose Lodeiro Castanheira

RIBEIRÃO PRETO

Silvana Martins Mishima

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS  
Paula Carnevale

SÃO CARLOS (NOVO)  
Giovanni Gurgel Aciole

CAMPINAS (EM ORGANIZAÇÃO)  
Felipe Augusto Reque

**FICHA TÉCNICA**

EDIÇÃO

Pyxis Editorial e Comunicação  
Luís André do Prado, editor (MTb 2212)

TRANSCRIÇÃO DO DEBATE

Daniella Moraes

DIGITAÇÃO DAS NARRATIVAS

Júlia Reis Chagas

REVISÃO DE TEXTOS

Denise

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Fonte Design

IMPRESSÃO

Gráfica Bartira

