

**Helena Caruso Torres**

**GESTÃO REGIONAL EM REGISTRO: POSSIBILIDADES E LIMITES FACE AO  
PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**São Paulo**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Helena Caruso Torres**

**GESTÃO REGIONAL EM REGISTRO: POSSIBILIDADES E LIMITES FACE AO  
PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Nelson Ibañez

**São Paulo**

**2008**

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

**Preparada pela Biblioteca Central da  
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Torres, Helena Caruso

Gestão regional em Registro: possibilidades e limites face ao processo de descentralização do SUS no estado de São Paulo./ Helena Caruso Torres. São Paulo, 2008.

Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Nelson Ibañez

1. Descentralização 2. Gestão em saúde 3. Regionalização 4. Sistema Único de Saúde

BC-FCMSCSP/50-08

Ao meu filho Tiago  
e ao meu companheiro de sempre  
José Luiz

Aos meus pais Nina e Rino

## **Agradecimentos**

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo pela possibilidade da realização do curso.

À Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pela bolsa de estudos e pela oportunidade de trilhar o caminho do saber.

Aos Coordenadores Maria Iracema G. Leonardi e Luiz Maria Ramos Filho, pela compreensão e apoio durante a caminhada.

Aos docentes que pela experiência possibilitaram meu crescimento.

Ao meu orientador Prof. Dr. Nelson Ibañez, que permitiu minha participação na Pesquisa, e me acolheu, incentivou e conduziu às reflexões e às descobertas do pensamento crítico.

Aos Profs. Drs. José da Silva Guedes, Ana Luiza D'Ávila Viana e Cássio Silveira pela valiosa contribuição na banca de qualificação, me fazendo ver com clareza os rumos deste estudo.

A todos os funcionários da Santa Casa, e em especial ao Daniel e à Denise, pela disponibilidade presente em todos os momentos.

Aos funcionários da biblioteca da Secretaria pela colaboração nas pesquisas sobre a história da Secretaria de Saúde de São Paulo, em especial à Lílian e ao Sr. Arlindo Biliati.

Aos meus colegas do Vale do Ribeira pela valiosa oportunidade de ter adentrado no mundo de vocês.

Ao Keijiy que muitas vezes me ouviu e me ajudou a refletir sobre a realidade do Vale do Ribeira.

A todos os meus colegas da Coordenadoria de Regiões de Saúde, pela compreensão deste momento da minha vida.

À Adalgisa e ao Nelson colegas do Grupo de Regulação que me pouparam para que pudesse concluir este trabalho.

Aos meus queridos colegas de turma pelo aprendizado e por poder compartilhar momentos significativos da história de nossas vidas.

Mas quero agradecer com muito carinho à NeideK, suas anotações no meu exame de qualificação foram fundamentais para os conteúdos desta dissertação.

Ao meu querido irmão Ri e a Adri minha cunhada especial, por toda a dedicação na correção e formato deste trabalho.

Ao meu querido irmão Já que muitas vezes me ouviu com paciência e interesse para encontrar as muitas possibilidades deste caminho.

Agradeço especialmente à Rosana, colega de Coordenadoria, que me puxou pela mão, e fomos juntas fazer a inscrição no Curso de Mestrado, quando eu já havia desistido desta jornada.

A todos os meus amigos que me incentivaram, me apoiaram e muito me ajudaram na realização deste trabalho.

## Resumo

O movimento da descentralização no Brasil constituiu-se numa estratégia comum do processo de redemocratização do país característico da década de 1980, e da reforma do Estado através dos ideais neoliberais da década de 1990. A descentralização foi implementada de forma diferenciada nos distintos setores das Políticas Públicas, sendo que na Política de Saúde o processo se deu de modo mais planejado e coordenado, com forte indução da esfera federal. O desenho da Política de Saúde está expresso na Constituição Federal com a criação do SUS e sua implementação foi iniciada na década de 1990, através das NOB que visaram regulamentar o processo de descentralização para a esfera municipal em detrimento de um papel mais efetivo das secretarias estaduais. A partir do final da década, a Regionalização passa a ser tema central da Política de Saúde, retomando-se por consequência a discussão sobre o papel e as funções das secretarias estaduais. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar o desempenho da gestão regional no DRS Registro, suas possibilidades e limites, face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo. O modelo e os dados utilizados foram disponibilizados pelo Consórcio Medicina USP que coordenou em 2006 e 2007 o “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo”, do qual esta dissertação faz parte. A metodologia utilizada foi o Estudo de Caso do DRS Registro, com a recuperação da trajetória histórica da região e contextualização da Política de Saúde da esfera federal, estadual e da região. Os resultados da pesquisa mostraram que a região tem os piores indicadores sócio-econômicos, as piores condições de vida e de saúde do Estado de São Paulo; a gestão regional do DRS Registro é frágil devido existir no território regional duas instâncias que coordenam as ações de saúde e que não se articulam: de um lado, a própria regional responsabilizando-se pela Atenção Básica, e do outro lado o Consórcio de Saúde direcionado às ações de assistência ambulatorial e hospitalar. O nível central da SES reconhece e fortalece essa fragmentação considerando sua relação direta com o Consórcio nos acordos, contratos e repasse de recursos financeiros sem o envolvimento do DRS. Assim, os limites do processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo encontram-se no próprio histórico da região considerando a ausência de uma Política Setorial proposta



numa lógica regional; a visão não sistêmica da SES, bem como a ausência de planejamento que considere as características específicas de cada região e a qualidade das relações que se estabelecem entre os diversos atores que participam da Política de Saúde. As possibilidades do processo de descentralização do SUS aparecem a partir do reconhecimento das questões centrais que limitam a gestão regional, portanto são necessárias Políticas Setoriais Regionais, articulando-se com outras Políticas Sociais existentes na região, o que representaria uma inovação para o SUS no Estado de São Paulo. É igualmente indispensável, visão sistêmica e de integração das estruturas do nível central da SES enfocando o planejamento da Política Estadual, as singularidades de cada região e as formas pretéritas de organização dos serviços regionais. Nessa lógica as possibilidades de uma pactuação levando em consideração a realidade regional, ou seja, as relações que se estabelecem e os interesses que envolvem os diversos atores melhorariam o desempenho do sistema.

Palavras chave *Descentralização, Gestão em Saúde, Regionalização, Sistema Único de Saúde*

## **ABSTRACT**

The decentralization movement in Brazil had occurred in a common strategy inside the Nation re-democratization process during the 1980's, and on the State Reform through the neoliberal ideal of the 1990's. The decentralization was implemented in distinct ways, in different Public Policy sectors, and particularly, in the Health Policy, the process occurred in planned and coordinate ways, with high induction by the Federal Power. The Health Policy design is expressed in the Brazilian Constitution with SUS creation and its implementation in the early 1990's, through the NOB, which objectivities to regulate the decentralization process to the Municipal Administration in detriment of the State Secretary Administration. From the end of that decade, the Sectionalization is the main Health Policy subject, and by consequence, all discussion about the State Secretary functions. In this context, the main objective of this research was evaluating the performance of the Regional Administration in the DRS Registro and its limits and possibilities, looking the SUS decentralization process in the State of São Paulo. The utilized model and data were made available by the USP Medical Consortium which were responsible in 2006 and 2007 by a research ("Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo"), in which this work is part of. The methodology was the DRS Registro Case Study, since the region ancient history until end 2007, with the Federal State and Local historical Health Policy trajectory contextualization. The research results shows that the Registro Section has the worst social and economic indicators and the worst ways of life and health of the State of São Paulo; the DRS Registro Sectional management has many fragilities since there are in there, two Health instances that are both responsible by the Health actions, but they do not articulate each other one is responsible by the Basic Attention and the other by the ambulatory and hospital care. The SES main administration recognizes and make this fragmentation stronger when the DRS do not participate in the contract time and financial agreements. The SUS decentralization limits process in the State of São Paulo are inside their own history since there are no sectorial policies in a logical sectional way; the non systemic vision of the SES and the absence of section planning regarding the specific region characteristics and establishment of relation quality between the many actors that participate of the Health Policy. The SUS decentralization process possibilities are shown from the recognition of the main

question that restricts the sectional management and therefore the Sectorial Policies in the Section are necessary linking these with other Social Policies in the Section, which should represent an innovative way to SUS in the State of São Paulo. A systemic and integrate vision, focusing the main SES structures and their integration, and the Section singularities are really necessary. Focusing this logic, the necessary possibilities to make the system performance to be better and better are huge.

*Key words Decentralization, Health Administration, Sectionalization, Unified Health System*

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
2.1	A DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990	17
2.2	DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE	25
2.3	REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE	36
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>41</b>
3.1	OBJETIVO GERAL	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE</b>	<b>55</b>
5.1	ESFERA FEDERAL	55
5.2	ESFERA ESTADUAL	66
<b>6</b>	<b>REGIÃO DE REGISTRO</b>	<b>79</b>
6.1	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO VALE DO RIBEIRA	80
6.2	A POLÍTICA DE SAÚDE NA REGIÃO	86
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>91</b>
7.1	CARACTERIZAÇÃO ATUAL DO DRS REGISTRO	91
7.2	CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO DRS	102
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>117</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>128</b>

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – População, Número de Municípios e Densidade Populacional segundo Departamento Regional de Saúde – DRS	93
Tabela 2 – Participação Percentual do Valor Adicionado da Agropecuária, Indústria, Serviços e Administração Pública, segundo Departamento Regional de Saúde – DRS	96
Tabela 3 - População Total segundo IPVS e DRS	98
Tabela 4 - Indicador de Longevidade e seus Componentes segundo Departamentos Regionais de Saúde	100
Gráfico 1 – Distribuição da população segundo os grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	97

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
CCTIES	Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde
CEETEPS	Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
CEFOR	Centro de Formação de Recursos Humanos
CETESB	Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental
CF	Constituição Federal
CGA	Coordenadoria Geral de Administração
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB/SP	Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo
CIP	Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CODIVAR	Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMS	Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde
CPS	Coordenadoria de Planejamento em Saúde
CRH	Coordenadoria de Recursos Humanos
CRIS	Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde
CRS	Coordenadoria das Regiões de Saúde
CSI	Coordenadoria de Saúde do Interior
CSRMGSP	Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana Grande São Paulo
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde
DEVALE	Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira
DIR	Direção Regional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DRS Registro	Departamento Regional de Saúde Registro
ERG	Escritórios Regionais de Governo
ERSA	Escritórios Regionais de Saúde
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
GERA	Grupo Especial da Reforma Administrativa
GRIAS	Grupos Regionais de Ações de Saúde
HRVR	Hospital Regional do Vale do Ribeira
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
ITESP	Instituto de Terras do Estado de São Paulo

MPAS	Ministério de Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NAOR	Núcleos de Apoio as Operações Regionais
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PREVSAÚDE	Programa Nacional dos Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Programa de Expansão das Equipes de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDELPA	Superintendência do Desenvolvimento do Litoral Paulista
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo
USL	Unidade Sanitária Local
USP	Universidade de São Paulo
VA	Valor Adicionado

# 1 APRESENTAÇÃO

A Política de Saúde no Brasil a partir da década de 1980 passa por uma profunda reforma do seu modelo de intervenção culminando em 1988 com a instituição do SUS pela Constituição Federal, trazendo para a arena decisória com maior presença, os estados e municípios que passaram a ser gestores em seus territórios, ao mesmo tempo em que buscou integrar os serviços públicos e privados.

Este novo modelo teve seus contornos determinados pela crise econômica e o processo de redemocratização pelo qual passava o país. Um dos processos que tiveram prioridade foi o movimento da descentralização.

A década de 1980 foi propícia para a implantação de políticas sociais de cunho democratizante, com ênfase na descentralização direcionada para a municipalização.

Na implementação do SUS iniciada na década de 1990 são utilizados instrumentos reguladores, as NOB, editadas pela esfera federal. Isto se deve dada à complexidade da proposta que tem por princípios, a descentralização, sob comando único em cada esfera de governo, o atendimento integral, e um sistema organizado de forma regionalizada e integrada, com a participação da população, aliada a diversidade e heterogeneidade dos municípios, regiões e estados brasileiros.

De forma gradual se definem as atribuições, responsabilidades e o financiamento para a operacionalização do SUS, com o fortalecimento dos municípios, que são os executores das ações de saúde em seu território. Neste contexto acentua-se a relação federal/municipal em detrimento de um papel mais efetivo das secretarias estaduais.

No entanto, no final da década os limites dados pelo tipo descentralização operada com ênfase na esfera municipal, começa a tornar inviável a implementação do SUS.

Desse modo, busca-se na regionalização a alternativa para a consolidação do sistema, passando a ser tema central da Política de Saúde brasileira a partir de 2000, e por conseqüência retoma-se a discussão sobre o papel e as funções das secretarias estaduais de saúde.



A primeira tentativa é realizada com a emissão da NOAS/01/02, e mais recentemente com a publicação do Pacto pela Saúde.

A proposta desta pesquisa foi avaliar a gestão regional, através do estudo de caso do DRS Registro, suas possibilidades e limites, face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo.

Esta dissertação faz parte da pesquisa realizada nos anos de 2006 e 2007 o “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo” pelo Consórcio Medicina USP, atendendo a uma demanda do componente estadual do PROESF, cujo objetivo era fortalecer as secretarias estaduais de saúde na área de avaliação e monitoramento da Atenção Básica.

O interesse pelo estudo desta Região deveu-se a sua singularidade, com piores indicadores sócio-econômicos do Estado de São Paulo, com poucos recursos de saúde para o atendimento de sua população, e com municípios com menos de vinte mil habitantes, onde o papel do gestor estadual é fundamental para a qualidade de vida desta população.

Com os resultados, acreditamos estar contribuindo para subsidiar a Secretaria de Estado no planejamento da Política de Saúde de São Paulo.

O trabalho no capítulo introdutório discute o marco teórico deste estudo: o processo de descentralização nos anos de 1980 e 1990, a descentralização da Política de Saúde e a Regionalização em Saúde.

Os objetivos e a metodologia encontram-se descritos no terceiro e quarto capítulos.

Como parte da metodologia proposta para a análise dos resultados o quinto capítulo contextualiza as Políticas de Saúde na Esfera Federal e Estadual buscando um paralelo entre elas, de modo que se pudesse ter compreensão das peculiaridades desta no Estado de São Paulo.

O contexto regional é recuperado numa perspectiva histórica, bem como a política da região no sexto capítulo.

Os resultados da pesquisa realizada no DRS Registro fazem parte do sétimo capítulo.

O oitavo capítulo discute os resultados e identifica os limites e as possibilidades da gestão regional, face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo.

## 2 INTRODUÇÃO

Neste capítulo introdutório será discutido o marco teórico deste estudo, o processo de descentralização no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, as particularidades da descentralização da Política de Saúde e em seguida a Regionalização em Saúde.

### 2.1 A DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990

Nas últimas décadas a política de saúde no Brasil passa por reformas e redefinições sob influência da redemocratização e da reforma do Estado. A agenda democrática, por um lado, reivindica novos direitos sociais e políticos, como universalização, equidade, capacidade de controle do Estado pela sociedade e descentralização do processo decisório.

Por outro lado, a adoção de ideais neoliberais, para combater principalmente a crise econômica dos últimos tempos, colocou em questionamento o papel do Estado como único responsável pela solução de problemas sociais e pelo desenvolvimento econômico, incentivando as privatizações, as terceirizações, objetivando a eficiência na aplicação de recursos públicos.

Apesar de propósitos diferentes, o movimento de descentralização tem sido uma estratégia utilizada tanto pelo processo de redemocratização quanto pela reforma do Estado, favorecendo a transferência de poder, recursos e atribuições para os governos subnacionais e locais.

No campo da provisão de serviços públicos, os grupos defensores da descentralização indicam como fator facilitador a aproximação do poder decisório da população, a definição de prioridades e maior controle pela sociedade da qualidade dos serviços e a correta aplicação dos recursos, além de permitir uma melhor integração entre as atividades intersetoriais.

Entre as debilidades, apontam as fragilidades administrativas da maioria dos governos locais; as ineficiências por perda de escala e de escopo de algumas atividades ou políticas; as possibilidades de incremento do clientelismo; e o aumento das desigualdades entre as unidades federadas, se o processo não for acompanhado por políticas federais redistributivas. (PIOLA, 2002)

O termo descentralização tem sido usado com diferentes significados, e relacionado com outros termos como desconcentração, delegação, privatização, havendo consenso de sua complexidade, pois envolve uma série de aspectos complementares e interdependentes.

A descentralização é um processo político, que resulta:

“da transferência (ou conquista) efetiva de poder decisório a governos subnacionais, que a) adquirem autonomia para melhor escolherem seus governantes e legisladores; b) para comandar diretamente sua administração; c) para elaborar uma legislação referente às competências que lhe cabem; e, por fim, d) para cuidar de sua estrutura tributária e financeira.” (ABRUCIO, 2006, p. 78)

O termo desconcentração diz respeito ao deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, mas dentro da mesma esfera de Governo, e a privatização caracteriza-se pela transferência de atribuições do Estado à iniciativa privada. (ABRUCIO, 2006)

A descentralização entra como tema prioritário da política brasileira dos anos de 1980, permanecendo na década de 1990, considerando as propostas de reforma do estado brasileiro, com muitas e significativas diferenças entre esses dois momentos. (DRAIBE, 2003)

Esta pauta foi justificada, entre outros motivos, na agenda central da democratização como reação à concentração de decisões, recursos financeiros e capacidade de gestão no plano federal, devido à experiência de 20 anos de autoritarismo. Nestas circunstâncias, “a descentralização foi defendida tanto em nome da ampliação da democracia quanto do aumento de eficiência do Governo e da eficácia de suas políticas.” (ALMEIDA, 2005, p.29)

A agenda democrática reivindica novos direitos sociais e políticos, equidade nos resultados das políticas públicas, descentralização do processo decisório, participação da sociedade civil na formulação, implementação e controle dos programas governamentais, valorização das instituições representativas, *accountability* e transparência. (DRAIBE, 2003)

Este movimento pela descentralização aparece não só no Brasil e países da América Latina, mas também faz parte da agenda internacional, pois é o modelo centralizador vigente que entra em crise no final dos anos de 1970 e no começo da década de 1980.

Mesmo considerando as controvérsias com relação aos motivos que fundamentam a crise do Estado nos países desenvolvidos, as correntes

neoliberais a justificam como uma decorrência direta das políticas de *Welfare State* existentes nas democracias ocidentais a partir da II Guerra Mundial, e que teriam criado um excesso de demandas para o sistema político, a saturação da agenda governamental e um crescimento geométrico dos gastos sociais incompatíveis com a arrecadação do Estado. (Azevedo, 2006)

Portanto, é este Estado centralizador, provedor e planejador das políticas sociais, com base nos direitos de cidadania e nos princípios da igualdade e da justiça social, que entra em crise, e numa nova agenda tem por objetivos: (i) diversificar as demandas dos usuários, (ii) descentralizar as relações intergovernamentais de modo a tornar mais eficaz o aparelho administrativo, (iii) flexibilizar a alocação de serviços públicos para o setor privado, (iv) atender os novos apelos do eleitorado, (v) democratizar a gestão dos serviços e (vi) aprofundar os contrapesos do poder do excessivo estadismo. (VIANA, 1994)

A crise que ocorreu nos países da América Latina é de outra ordem, pois não é debitada a fortes programas sociais, mas ao Estado Desenvolvimentista, que se caracteriza por uma intervenção direta na economia, isto é, “a forte presença do Estado no setor produtivo, através de empresas controladas pelo poder público e de empresas paraestatais, levaria déficits crônicos, comprometendo o equilíbrio fiscal.” (AZEVEDO, 2006, p. 147)

Assim, ainda conforme AZEVEDO (2006, p. 147) “diferentemente dos seus primos do Norte, os neoliberais do Sul, incluindo os brasileiros, argumentam que a saída do Estado da esfera econômica teria como corolário o aumento de sua participação na esfera social.”

Na opinião de VIANA (1994):

“Na América Latina, os movimentos pela descentralização ocorreram junto com o processo de democratização e refletiram o esgotamento dos níveis centrais do governo em várias funções e atividades, isto é, nas suas capacidades de extrair recursos, formularem políticas e expressar interesses. A conjugação, na América Latina do auge do Estado Desenvolvimentista com o período dos regimes autoritários colocou na ordem do dia do processo de redemocratização a mudança das relações entre os Estados e o nível federal nos Estados federais, e entre as localidades e o nível central, nos Estados unitários.” (p. 10)

A década de 1980, considerada a década perdida para a economia da América Latina, foi a década da explosão na sociedade civil, nos dizeres de FLEURY (2006), dado a múltiplas formas de organização: movimentos sociais, organizações não governamentais, novos partidos políticos, etc. Em cada setor os

novos atores organizavam suas pautas e reivindicavam uma institucionalidade democrática que inserisse seus interesses na esfera pública.

“A Constituição Federal foi à expressão de canalização de todas essas demandas para um novo marco legal. Inovadora na construção de uma nova institucionalidade democrática, ela manteve, no entanto, a proeminência da posição do Estado, em completa ausência de sintonia com os ditames da nova ordem internacional, globalizada e liberal. A associação entre a luta por uma democracia participativa, com a inclusão de toda a população em sistemas universalizados de proteção social, e a organização descentralizada das políticas e serviços, foi a marca da reforma brasileira dos anos 1980, quando os demais países da região já sofriam as conseqüências do predomínio da onda liberal e seus modelos de reforma social orientadas pela lógica do mercado.”(FLEURY, 2006, p. 43)

No âmbito de uma reforma de Estado de cunho democratizante, a Constituição Federal Brasileira de 1988, deu ênfase ao processo da descentralização político administrativa, ampliando a participação dos Estados e Municípios no orçamento nacional, e dotando essas esferas governamentais de recursos materiais para o exercício de atribuições e encargos adicionais.

A redistribuição de recursos, atribuições e encargos deveriam, então, produzir um novo padrão de relações intergovernamentais, com um deslocamento de poder em favor da esfera municipal, assim como um novo padrão de relações entre Estado e sociedade, com um deslocamento de poder em direção aos diversos grupos de interesses vigentes.

A Constituição Federal de 1988 define os municípios como entes federativos com o mesmo status jurídico que estados e União, “com plena autonomia político-administrativa e com obrigação constitucional específica de fazer política e prover os serviços essenciais. Para tanto se aumentou sua competência legislativa, novas responsabilidades lhe foram atribuídas e recursos tributários lhe foram destinados.” (FLEURY, 2006, p. 44)

Paralelamente elege novos princípios para reestruturar o sistema de políticas sociais, baseados nas seguintes orientações, conforme aponta DRAIBE (2003): o direito social como fundamento da política; o comprometimento do Estado com o sistema, projetando um acentuado grau de provisão estatal pública e o papel complementar do setor privado; a concepção de seguridade social (e não de seguro) como forma mais abrangente de proteção; e, no plano organizacional, a descentralização e a participação social como diretrizes do reordenamento institucional do sistema.

No Brasil, o argumento central de AFFONSO (1996) em relação à característica do processo de descentralização é a sua descoordenação, pois

afirma que ao contrário de outros países da América Latina, a descentralização brasileira não ocorreu em função do Governo Federal, mas sim dos estados e, principalmente dos municípios.

Acrescentando que a descentralização veio com a redemocratização, em meio ao aprofundamento da crise econômica; sua singularidade se dá em função da redemocratização que ocorreu primeiro nos governos subnacionais, com a eleição para governadores e prefeitos no início dos anos 80, e somente em 1988 chegou ao núcleo central do Estado, com a Assembléia Nacional Constituinte e, em 1989, com a eleição direta para presidente da República.

“O resultado é que houve uma identificação entre a luta contra o autoritarismo e a luta pela descentralização, a União ficou sem defensores durante a elaboração da Constituição de 1988 e a descentralização processou-se de forma descoordenada, sem um projeto articulador.” (AFFONSO, 1996, p. 5)

A conseqüência desta descoordenação do processo de descentralização, segundo o autor, acarretou o aumento das desigualdades sócio-econômicas inter e intra-regional e a inadequação da distribuição de encargos entre as três esferas federativas pela Constituição de 1988, implicando na coexistência de lacunas ou na superposição de funções.

Para o mesmo período, década de 1980, ABRUCIO (2005), afirma que a redemocratização marcou um novo modelo de federalismo que denominou de “federalismo estadualista” de caráter predatório; durante os 20 anos do governo militar este autor define o federalismo como “unionista autoritário”, devido a grande centralização política, administrativa e financeira.

Este novo federalismo foi resultado da união entre forças descentralizadoras democráticas com grupos regionais tradicionais que se aproveitaram do enfraquecimento do governo federal em um contexto do esgotamento do modelo nacional desenvolvimentista. O projeto era fortalecer os governos subnacionais, e para uma parte dos atores, democratizar o plano local.

As considerações de ABRUCIO (1998) sobre este período (1982 a 1994), apontam que o pêndulo federativo esteve a favor das unidades estaduais em termos políticos e financeiros, e o caráter predatório resultou do padrão de competição não-cooperativa que predominava nas relações dos estados com a União e deles entre si.

No plano das relações entre os estados refere ABRUCIO (2005), o aspecto predatório teve sua principal manifestação na guerra fiscal, que começou a partir da Constituição de 1988 e continua ainda nas práticas federativas brasileiras.

Ainda, em relação à esfera estadual, na Carta Constitucional houve indefinição entre suas competências e da maneira como se relacionaria com os outros níveis de governo, “este vazio institucional favoreceu uma visão flexível dos governos estaduais, pois quando as políticas tinham financiamento da União procuravam participar, quando não tinham, eximiam-se de atuar ou repassavam as atribuições aos governos locais.” (ABRUCIO, 2006, p. 99)

A esfera municipal, como novo ente federativo, a partir da Constituição, ABRUCIO (2005) avalia que apesar de terem tido a maior elevação relativa na participação do bolo tributário, o que favoreceu o aparecimento de pequenos municípios, há uma grande desigualdade econômica e administrativa entre eles, no entanto assumiram grande parcela dos encargos.

Considera ainda, que um dos motivos que prejudicou o bom andamento da descentralização foi o municipalismo autárquico, que tem por premissa que os governos locais poderiam sozinhos resolver todos os seus problemas.

Esta idéia incentiva a “prefeiturização”, onde cada prefeito defende seu município como unidade legítima e se separa das demais, não conseguindo ter um olhar macro regional em relação às situações comuns, levando à concorrência pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutando de forma predatória por investimentos privados, repassando custos a outros entes, ao invés de uma ação mais cooperativa.

ABRUCIO (2003), ainda relata que há poucos incentivos para os municípios se consorciarem, que seria no seu ponto de vista, uma forma de criar mecanismos de cooperação entre eles. Refere que a experiência de consórcios foi mais desenvolvida nos setores da saúde e do meio ambiente.

O governo federal, neste contexto, ainda segundo o mesmo autor, ao perder recursos tributários na Constituição, responsabilizou-se em um primeiro momento, pela estabilidade econômica da Nação, transformando a descentralização em mero repasse de funções aos outros níveis de governo, intitulado-a de “operação desmonte” o que considera uma postura defensiva.

A avaliação deste período na visão de ABRUCIO (2003), nas questões referentes ao federalismo, à exceção da política da saúde, a descentralização

aconteceu de modo desorganizado, com incertezas na transferência de recursos e a ausência que garantissem a cooperação e a confiança mútua entre os entes federados, onde cada um procurava encontrar seu papel específico, o que considerou como sendo um federalismo “compartimentalizado”, perverso no terreno das políticas públicas, pois numa federação o entrelaçamento dos níveis de governo é a regra básica para a produção e o gerenciamento de programas públicos, principalmente na área social.

Na década de 1990, a agenda de reforma do Estado foi marcada pela convivência entre a democratização e liberalização econômica, e teve as seguintes características, conforme MACHADO (2006):

- no plano econômico, ênfase na estabilização monetária e no controle da inflação, abertura comercial, contenção de gastos públicos, privatização de empresas estatais e fragilidade de desenvolvimento de longo prazo.
- no plano administrativo, ênfase nas medidas de enxugamento da estrutura do funcionalismo público, com destaque para a descentralização e novas relações entre público e privado.
- na área social, restrições à lógica abrangente de proteção social, contenção de gastos, expansão da prestação privada (inclusive na saúde), e trajetória fragmentada das políticas sociais, com avanços institucionais esparsos e resultados limitados para a população.

A questão das políticas sociais desta década é tratada por DRAIBE (2003), como um momento em que apesar do sistema de proteção social ter se fortalecido e ampliado devido às novas definições constitucionais, ainda era o mesmo sistema histórico constituído desde os anos 1930, de base categorial e meritocrática forte.

Sob o ponto de vista desta autora;

“... os reformadores de 1990 tiveram um duplo ponto de partida: o sistema tal como chegara à década de 1980, e as mudanças recentes, definidas e implementadas no final desta década e início da posterior, significou que os dois ciclos de reforma têm relação entre si, não se podendo explicar o segundo sem se levar em conta o primeiro, e desse modo, as políticas setoriais que tiveram êxito no primeiro momento saúde e assistência social, terão apoio neste novo ciclo”. (DRAIBE, 2003, p.70)

Conforme DRAIBE (2003), a política social, a partir de 1994 com a eleição de Fernando Henrique Cardoso, é constituída por três conjuntos ou eixos de programa de desenvolvimento social, de acordo com documento intitulado “Uma



estratégia de Desenvolvimento Social” (CF. Brasil, Presidência da República, 1996): os serviços sociais básicos de vocação universal e de responsabilidade pública; os programas básicos; e o programa de enfrentamento da pobreza.

Os programas sociais públicos – como as políticas de previdência social, saúde, educação, habitação e saneamento básico, trabalho e assistência social – constituíram eixos centrais da política, e tiveram como desafio, a sua efetiva universalização, com propostas na melhoria de sua eficácia e da qualidade, no aumento de seu impacto redistributivo, daí a necessidade de sua reestruturação, segundo as diretrizes da descentralização, da elevação da participação social e da parceria entre os níveis da federação com a sociedade civil.

O processo de mudanças nas relações intergovernamentais, considerando-se os aspectos financeiros e fiscais, a relação foi revertida em relação à década anterior, em virtude da apropriação pelo Orçamento Geral da União, dos recursos previstos para a Seguridade e dos desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais. (Couto e Silva, apud VIANA et al., 2002a, p. 497)

Num balanço do período da reforma do Estado no Brasil a partir da década de 1980, pode-se afirmar que há a consolidação da democracia com a ampliação dos direitos sociais levando a uma nova institucionalidade, paradoxalmente, há um processo de redução do papel do Estado e da sua capacidade de investimentos e redistribuição diante da nova realidade de uma economia globalizada com a necessidade da redução do déficit fiscal.

Em relação à descentralização político, administrativa e financeira que ocorreu no contexto de redemocratização associada às disposições expressas na Constituição de 1988, há uma avaliação positiva, pois é indiscutível a autonomia dos entes subnacionais a partir de então, o que favoreceu a ampliação dos espaços de participação e experiências exitosas e inovadoras em programas sociais e em modelos de gestão. A retração dos gastos da União na área social é evidente diante de uma conjuntura de crise fiscal, no entanto, pode-se afirmar que está sendo parcialmente compensada pelos aumentos dos gastos de estados e municípios nesta área.

Em síntese, há um ciclo descentralizador, iniciado a partir da década de 1980 no Brasil tendo como fatores desencadeantes a territorialidade das políticas públicas, as mudanças do perfil urbano brasileiro, o incremento de recursos para as esferas subnacionais e a redemocratização culminando com a Constituição

Federal de 1988; na década de 1990 há uma tendência recentralizadora do ponto de vista fiscal e político, e uma fase de transição para um novo pacto federativo. (VIANA et al., 2002a)

“Esta indefinição, ao lado da recentralização de recursos, a perduração de formas arcaicas no exercício da política e na administração, da ausência de ações coordenadas nos três níveis de governo pela inexistência de um regime de atribuições explícitas e de um acordo de competências e, sobretudo, pelo não enfretamento da reforma do Estado dentro de uma perspectiva federalista, resulta em padrões muito diferenciados de políticas setoriais.” (VIANA et al., 2002a, p. 497)

Estudos empíricos como o de ARRETCHE (1988), demonstram que a descentralização no país foi implementada de forma bastante diferenciada nos distintos setores de políticas públicas. No geral, porém, evidenciou-se a falta de planejamento e de coordenação na transferência de funções aos estados e municípios, sendo uma exceção o caso da saúde, cuja descentralização se fez de uma forma mais planejada e com uma eficaz coordenação por parte da União.

Em um país com a dimensão territorial do Brasil, marcado por desigualdades inter e intra-regionais, e com a fragilidade da maioria dos municípios, a quem foi atribuído o papel de executor das ações sociais, ARRETCHE (1998) afirma a importância de fatores como a capacidade econômica, fiscal e técnico-administrativa, as condições políticas e a tradição cívica dos diferentes contextos para a dinâmica da descentralização. Destaca, contudo, que essas variáveis não atuam de modo independente, mas à luz de atributos como o legado de políticas prévias, as regras constitucionais que normalizam a oferta dos diversos serviços, a engenharia operacional necessária a sua realização, as relações entre os diversos níveis de governo e as estratégias de indução eventualmente desencadeadas.

Assim, o processo de descentralização é variável entre as diferentes políticas sociais, e em cada política em particular, não havendo um modelo único de descentralização.

## 2.2 DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Como visto anteriormente, na década de 1980 a tendência à descentralização fez parte da agenda dos países desenvolvidos, e teve características particulares nos países da América Latina, na busca por um novo padrão de intervenção do Estado.

No Brasil, as mudanças que ocorreram na política de saúde neste período, foram impulsionadas e limitadas por uma conjuntura de crise econômica e por um contínuo e gradativo processo de democratização, e da formulação de uma nova Constituição Federal, que redefiniu a relação entre os estados, os municípios e o nível central. (VIANA, 1994)

Em relação à área da saúde, a autora, afirma que a crise e a democracia impulsionaram o questionamento do antigo padrão de intervenção do Estado que tinha por principais características: centralidade de poder decisório e de recursos na esfera federal; privilégio a medicina curativa e a rede privada; atendimento a segmentos específicos da população, isto é, o acesso aos serviços de saúde dependia da inserção no mercado formal de trabalho.

Assim, este processo de mudança do modelo de intervenção do Estado, na tentativa de inverter suas grandes características, é pautado em uma nova agenda, buscando descentralizar não somente as decisões, mas também sua operação; aumentar a oferta de serviços públicos, regular com maior eficiência às ações de saúde para se ter maior racionalidade do gasto público; incluir toda população como usuária dos serviços de saúde, e favorecer a participação popular na formulação e implementação da política.

Na década de 1980, a discussão sobre a descentralização dos serviços de saúde teve um impulso e foi inserida nas discussões mais amplas das propostas de um novo modelo de intervenção do Estado, devido a crise de seu modelo de intervenção.

Conforme VIANA (1994, p. 24), “desde a segunda metade da década de 1970, o cenário internacional tem se caracterizado pela formulação de novas concepções para a política de saúde, orientada pela necessidade concreta de um novo modelo assistencial e institucional para os serviços e de um novo padrão de financiamento para o setor.”

Essas mudanças foram impulsionadas pela “crise sanitária” (Ferrera e Zincone, apud VIANA, 1994, p. 24) caracterizada como decorrente de um quadro de déficit financeiro e de uma desordem dos sistemas nacionais de saúde dos países capitalistas avançados. Assim, trata-se de um processo relacionado com uma crise maior, isto é, a crise da economia e do *Welfare State*, levando a necessidade de se pensar em novas formas de financiamento dos sistemas de saúde e buscar a melhoria do nível de eficiência e efetividade dos serviços.

Elaborou-se, então uma nova estratégia na área de saúde, que se desdobra em dois movimentos:

- Universalização, descentralização, participação – neste movimento priorizou-se um modelo com ênfase na assistência primária à saúde; e seus princípios deveriam se pautar pela universalização da cobertura, pela descentralização (regionalização, hierarquização e integração) dos serviços de saúde em uma estrutura baseada no Distrito Sanitário e na USL e pela participação da comunidade no planejamento, organização e controle desses serviços. A Reforma Italiana, em 1978, é o exemplo que melhor expressa este movimento.
- Contenção da demanda e do custo – este movimento ocorreu nos países que já tinham implantado sistemas nacionais de saúde, desse modo à orientação foi no sentido de controlar a demanda sanitária supérflua e reduzir os custos de oferta. Inglaterra, Alemanha são alguns exemplos deste movimento.

É preciso enfatizar que a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, União Soviética em 1978, foi também um marco importante na busca de novos modelos para a área da saúde, ressaltando a prioridade da assistência primária, de acordo com as realidades sócio-econômicas de cada país, pois nas discussões se constataram a grande desigualdade no estado de saúde dos povos, particularmente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, culminando com a proposta de atender de modo mais abrangente todos os cidadãos.

Além disso, na Conferência apontaram-se a necessidade de coordenação desses cuidados primários com os demais níveis do sistema de saúde, indicando que devem ser o primeiro nível de contato dos indivíduos e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando, dessa forma, os serviços dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, com ênfase na participação da comunidade.

Como uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, foi a de que todos os povos do mundo atingissem até o ano 2000, um nível de saúde que permitisse uma vida social economicamente produtiva.

A Conferência, no plano internacional, alertou para a necessidade de cooperação mútua de todos os países, e que as organizações internacionais promovessem o desenvolvimento dos Cuidados Primários de Saúde através de apoio técnico e financeiro.

Deve-se ressaltar, no entanto que bem antes da década de 1970, alguns países já haviam iniciado políticas com este enfoque, sendo o exemplo clássico o National Health Service Act, na Inglaterra. (VIANA, 1994)

Conforme assinala VIANA (1994), é importante frisar os pontos em comum da Conferência de Alma Ata, a experiência da Inglaterra, e a Reforma Sanitária italiana de 1978: todos buscam um novo enfoque em saúde, que é a integração da atenção primária (eixo central) nos demais níveis de assistência, a partir da configuração de um novo sistema de saúde.

A reforma na área da saúde presente nas discussões da Conferência de Alma Ata, enfatizando a questão da descentralização dos serviços de saúde, repercutiram na América Latina dado o compromisso assumido pelos governos e organizações internacionais, sendo exemplos desta ênfase a proposta da OPAS, e do Banco Mundial, explicitadas no documento “Uma Agenda para Reforma”.

A proposta da OPAS de reorganização dos serviços de saúde incentivava a formação de SILOS, mediante a divisão do trabalho dentro do Sistema Nacional de Saúde, com critério geográfico populacional, em áreas urbanas ou rurais, de acordo com as necessidades da população em termos de riscos. Devem-se integrar os recursos de saúde da área geográfica, incluindo os hospitais, centros de saúde, em uma rede de serviços inter-relacionada com níveis de atenção compatíveis com a necessidade da população. A capacitação de pessoal e a participação da comunidade são fundamentais para a maior resolutividade dos problemas da saúde.

Além dos SILOS, foi definido pela OPAS um outro conceito, o Distrito de Saúde, que é parte do Sistema Nacional de Saúde, mais ou menos auto suficiente, compreendendo uma população que vive em uma área geográfica e administrativa claramente definida, incluindo todas as instituições e indivíduos que ofereçam atenção à saúde desta área, devendo ser coordenadas por um responsável, com o objetivo de articulá-los em um conjunto integrado de serviços de saúde de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

“O eixo de ambas as propostas – SILOS/Distrito de Saúde – é a ‘territorialização’ e a descentralização dos serviços de saúde, segundo uma ótica de ordenamento e integração de programas e atividades, tanto para a atenção ao indivíduo, à família, à comunidade quanto ao meio ambiente, de uma maneira coerente e harmônica e lógica em relação às verdadeiras necessidades da população. Assinale-se que o Distrito de Saúde é uma unidade mínima (com população referida) enquanto a idéia de SILOS é mais abrangente (não necessariamente área mínima). Deve-se observar também que o sistema local, na proposta de SILOS, é parte integrante de um sistema nacional, não havendo, portanto, nenhuma incompatibilidade entre a formação de sistemas nacionais e a de sistemas locais.” (VIANA, 1994, p. 12)

A proposta do Banco Mundial, ainda segundo VIANA (1994) é de outra natureza e está associada a três outras reformas: pagamento dos serviços pelos usuários na área curativa, estímulo aos seguros de saúde e emprego eficiente dos recursos não governamentais.

A busca por maior eficiência e o estímulo ao pagamento das ações curativas, por parte dos usuários, é o objetivo desta proposta, sob a justificativa de que a proximidade serviço/usuário induz a cobrança de preço justo.

Assim, “a proposta de descentralização aparece com a de privatização, e ambas se justificam como instrumentos de contenção de despesas governamentais para aliviar a crise fiscal e financeira do Estado na América Latina.” (VIANA, 1994, p. 12)

No caso do Brasil, a descentralização em saúde, assumiu contornos específicos, impulsionada pela crise e democracia, influenciada pelo modelo histórico inglês e pelas discussões da OPAS.

“A descentralização em saúde deve envolver o deslocamento do fluxo do poder político, administrativo e tecnológico de certas unidades centrais para níveis periféricos, intermediários e locais. A descentralização torna-se, assim, um instrumento de reestruturação do poder, aproximando os problemas às instituições de nível intermediário e local e, também transferindo a capacidade de tomar decisão (pois não há descentralização efetiva sem normatização em cada nível). Além disso, a descentralização na saúde deve envolver aspectos administrativos, econômicos e epidemiológicos. Assim, a fixação de políticas e a gestão de instituições e de programas envolvem um mix de centralização, desconcentração e descentralização. Por outro lado, não se confunde a descentralização com a regionalização, pois esta pode ocorrer tanto com a centralização quanto com a descentralização, da qual é sempre um processo complementar.” (VIANA, 1994, p. 13)

O que é preciso acrescentar é que “o processo de descentralização vincula-se a própria lógica interna do Estado: este expande aparelhos e funções, centraliza-se, perde capacidade gerencial, descentraliza-se, recentraliza-se, etc, e a cada movimento, novos atores aparecem e mudam os cenários políticos.” (VIANA, 1994, p. 14)

Desse modo, não se pode vincular nenhuma ligação entre centralização e formas autoritárias de governar, e descentralização e formas democráticas de governar.

No entanto, o que aconteceu no Brasil foi uma coincidência temporal entre a época da ditadura militar, caracterizado por um grau excessivo de centralização de poder político e financeiro, e a proposta de descentralização como elemento essencial à democracia do país.

“O sucesso do processo de descentralização, que assumiu a municipalização como forma dominante, se deveu em parte ao impulso do municipalismo que ganhou força no Brasil, nos anos (19)80, e conjugou de maneira sinérgica a luta pela descentralização com a luta pela democratização do país.” (Vasconcelos, apud WAGNER, 2006 p. 419)

Então, na reforma sanitária brasileira optou-se pela lógica de um sistema público, único e universal, descentralizando para os municípios a responsabilidade pela organização e gestão dos sistemas locais de saúde.

Conforme VIANA (1994) foi uma descentralização política de tipo específico, para instâncias estaduais e municipais, iniciada a partir do nível central, que ocorreu na área da saúde. Isto só pode acontecer porque havia uma alta centralidade na política de saúde no período autoritário, onde era praticamente inexpressiva, a participação dos estados e municípios na oferta de serviços, no financiamento do gasto público, na regulação das ações e na formulação de programas.

É na Constituição Federal que se tem o novo desenho da política de saúde, com a criação do SUS, de acesso universal, e definido como uma rede de ações e serviços públicos, regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada nível de governo, atendimento integral e com a participação da comunidade.

“A descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: o sistema municipal, estaduais e o nacional. Mas a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da discussão intergestores. Admitindo múltiplos partícipes, essas composições são frutos de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema.” (VIANA et al., 2002b, p.140)

Definiram-se diferentes papéis quanto à autoridade sanitária e quanto as funções de gestão de cada instância de governo:

“o governo federal tem a função de coordenar o Sistema Nacional de Saúde, bem como de garantir parte de seu financiamento, mediante repasses automáticos de custeio e de novos investimentos, conforme projetos específicos. Para cumprir esta função foi criado um Fundo Nacional de Saúde. O Ministério da Saúde é o gestor federal do sistema, além de coordená-lo e co-financiá-lo, encarrega-se diretamente de algumas ações de

apoio aos estados e municípios; produção de fármacos e insumos estratégicos, regulamentação da vigilância sanitária e epidemiológica e desenvolvimento de recursos humanos.

As secretarias de estado da saúde são os gestores estaduais de saúde e têm atribuição de coordenar os sistemas estaduais de saúde, bem como o processo de regionalização da atenção. As secretarias municipais de saúde são os gestores únicos em seu território, além de coordenarem o sistema local, foram encarregados da gestão da rede de serviços.” (WAGNER, 2006, p. 421)

Como mecanismo de controle social e instituição de um sistema de gestão compartilhada, foram criados conselhos de saúde em cada uma das três instâncias de governo, nos municípios os conselhos de saúde, nos estados as CIB e na esfera federal a CIT. Estes conselhos têm poder deliberativo, e devem acompanhar fiscalizar e avaliar a gestão do sistema. Além disso, como forma de definir políticas estratégicas são realizadas a cada dois anos conferências municipais e estaduais de saúde, e a cada quatro anos uma conferência nacional.

Em relação aos serviços privados, filantrópicos ou não governamentais, quando necessário, devem ser integrados em rede única, e delegou-se aos municípios e eventualmente aos estados a função de realizar contratos e convênios com estes prestadores, acompanhando o seu desempenho. A instância federal e as estaduais devem coordenar e apoiar os sistemas municipais, procurando com isso o caráter único e nacional a essa rede descentralizada. (WAGNER, 2006)

Esta concepção vem sendo regulamentada através de leis e de portarias do Ministério da Saúde: primeiramente a Constituição Federal, em seguida por uma legislação infraconstitucional, como as Leis Orgânicas da Saúde de 1990, e através de instrumentos reguladores, as NOB de 1991; 1993; 1996; e a NOAS 2001/02.

Na opinião de VIANA et al., (2002a) as normas reguladoras do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, as NOB, muito mais do que estratégias indutivas ou constrangedoras da descentralização, configuram outros espaços de negociação e pactuação de interesses, originando novos ordenamentos, fortalecendo novos atores, através da incorporação de inúmeros centros de poder.

No entanto, é necessário enfatizar novamente que o sistema de saúde, da forma como foi idealizado, pressupõe a coordenação de ações entre as diferentes instâncias governamentais, pois se têm uma proposta de regionalização que busca a otimização dos recursos disponíveis. Assim, é necessário que as



relações intergovernamentais sejam cooperativas, pois a população para ter acesso aos serviços de saúde depende destes acordos, considerando a existência de desigualdade na distribuição destes serviços no território nacional.

Durante a década de 1990 houve avanços no processo de descentralização político-administrativa, de forma gradativa, pois, cada uma destas normas forma um conjunto contínuo na tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização à racionalidade sistêmica, entendido como “incorporação de critérios relativos à organização da rede de ações e serviços com vistas à ampliação de acesso e economia de escala” (VIANA et al., 2007, p. S119), aos modelos de atenção e ao financiamento.

Como a descentralização a partir da implementação do SUS, teve por orientação a municipalização, há consenso que houve uma real descentralização da política de saúde brasileira, considerando que no ano 2000, 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados no SUS, aceitando as normas do governo federal. (VIANA et al., 2002a; WAGNER, 2006)

As transferências automáticas descentralizaram os recursos de saúde, alcançaram todos os municípios brasileiros que se habilitaram em alguma modalidade de gestão, o que de certa forma estimulou maior autonomia ao gestor municipal.

O incentivo ao aprendizado institucional, implícito nas NOB 93 e 96, constituiu-se num importante instrumento para a melhoria da qualidade da gestão pública. Dessa forma, “pode-se inferir que o processo de qualificação e a capacidade institucional têm sido relevantes à estratégia induzida de descentralização, na qual o governo central planeja e traça as metas a serem atingidas.” (VIANA et al., 2002b, p. 143)

Neste ponto, é importante uma reflexão considerando os desafios e as tensões na implantação e implementação de um sistema de saúde, tal como proposto, num país com dimensões continentais, com assimetrias na distribuição de recursos humanos e financeiros, e com concentração de rede de serviços de saúde nas capitais e em municípios grandes.

Concomitantemente, um modelo de federalismo, a partir da Constituição, em que a União, estados e municípios são entes federativos com relativa autonomia e sem vinculação hierárquica, a descentralização culminando com a municipalização, e, apesar de maior distribuição de recursos para as instâncias

estaduais e municipais, não são compatíveis com o volume de encargos delegados principalmente para a administração local.

É preciso salientar, também, que o momento de implantação do SUS, década de 1990, tem por características, conforme já explicitado, a continuidade do processo de democratização, e uma reforma de Estado cujo princípio norteador é a contenção de gastos públicos em meio a crises econômicas com influência direta no montante de recursos destinados para a área da saúde.

Outro aspecto relevante que torna desafiador à efetivação do SUS, é a heterogeneidade do porte populacional dos municípios brasileiros que se reflete diretamente na capacidade de assumir as responsabilidades impostas pelo sistema, bem como o número de pequenos municípios que surgiram nos anos de 1990, alguns deles sem condições institucionais de viabilidade.

Por outro lado, as portarias que orientaram a descentralização principalmente as NOB 1993 e 1996, enfatizaram a descentralização para os municípios, e ao privilegiarem o contato direto destes com a União, conferiram maior velocidade ao processo, porém criou uma tendência de fragmentação do sistema, com o comprometimento da solidariedade entre as esferas de governo e do compartilhamento das responsabilidades de gestão. Além disso, a orientação do processo, tendo como ator preferencial os municípios, implicou uma retração das secretarias estaduais no seu papel coordenador do SUS no âmbito do Estado. (PIOLA, 2002)

De fato, a afirmação a seguir retrata exatamente o que aconteceu: “o processo de descentralização e construção de um poder gestor municipal, integrado de forma sistêmica, sofreu numerosos percalços por conta da evolução das práticas e de instituições federativas nos anos mais recentes, e dos constrangimentos criados pelas demandas da política econômica”. (VIANA et al., 2002a, p.499)

Além destes desafios, temos que as respostas às pressões pela participação dos municípios na área social e em especial na área da saúde, de acordo com estas autoras, bem como a heterogeneidade sócio-econômica, política, cultural, demográfica e epidemiológica, tem propiciado a formação de modelos singulares de saúde tanto regionais como locais.

Esses modelos são identificados por características particulares, pois as configurações locais dependem de inúmeras variáveis. Destacam-se neste caso,

como se organizaram os serviços, as formas de gestão, os arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses regionais, o tipo de relacionamento entre as esferas de poder executivo, legislativo e judiciário, o grau de associacionismo e de capital social, criados e desenvolvidos, o perfil do financiamento e do gasto local em saúde.

Neste momento é importante salientar que em 1994, início da implantação do SUS, Ana Luiza d'Ávila Viana já discutia a questão da descentralização com base na municipalização, e a tentativa de formação de um sistema nacional de saúde:

“O que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas também o da tentativa de formação do sistema nacional de saúde. De fato, na medida em que a política estruturou-se em rede de serviços (sistema), ao mesmo tempo em que imprimia uma descentralização operacional e política, que tem por base a municipalização, o processo de implementação deste novo modelo de saúde tornou-se altamente complexo e diferenciado, conforme a região, os estados e os municípios.” (VIANA, 1994, p.18)

Em publicação recente WAGNER (2006) também discute a complexidade do modelo de saúde brasileiro, afirmando que a lógica da descentralização não produz efeitos no mesmo sentido da lógica derivada da concepção de um sistema:

“A descentralização tende a produzir autonomia para os pólos, rompendo no limite o tênue liame que os mantém unidos em uma rede de compromissos, responsabilidades e obediência hierárquica. E a autonomia das partes tende a produzir um funcionamento autárquico ou departamental, com predomínio de interesses particulares sobre o interesse geral.

O conceito de sistema, ao contrário, pressupõe a lógica de redes, ligação entre os pólos, de funcionamento harmônico das distintas partes em função de objetivos sistêmicos, em geral considerados gerais ou coletivos, ou seja, de interesse público. Os sistemas se justificariam porque seriam potentes o suficiente para contra-restarem os particularismos inevitáveis produzidos pelos interesses locais ou muito específicos.

Esse paradoxo, existente porque os efeitos centrípetos decorrentes da descentralização sempre estarão se produzindo, tende a induzir a fragmentação do sistema, com isolamento dos municípios, gerando um processo de municipalização com baixa capacidade de integração e de solidariedade entre as partes.” (WAGNER, 2006, p. 427)

Na verdade, o avanço da descentralização com ênfase na municipalização como visto até aqui é incontestável, no entanto a racionalidade sistêmica, isto é a incorporação de critérios para que se organizem redes de ações e de serviços com vistas a ampliação do acesso e economia de escala, só passa a ser fortemente presente na regulamentação do SUS, no final da década de 1990. (VIANA et al., 2007)

Assim, a regionalização pouco avançou nos anos de 1990, apesar de se configurar como um marco legal do SUS, como uma estratégia para a

organização das ações e serviços públicos, associada à diretriz da descentralização e da hierarquização.

Dessa forma, o processo de descentralização proposto, deixa transparecer uma série de problemas relacionados à eficiência, integralidade do atendimento e equidade na alocação de recursos, e na utilização dos serviços que, em parte, podem ser atribuídos a forma com que vem se dando a sua implementação, conseqüentemente uma das estratégias para assegurar movimentos mais potentes, a fim do SUS continuar em sua trajetória, está na proposta da descentralização com vistas à regionalização, como já identificados nas últimas portarias editadas pelo Ministério da Saúde, isto é, a NOAS 01/02, e mais recentemente o Pacto pela Saúde, em 2006.

Nesse sentido a proposta de regionalização é de que um ambiente mais cooperativo e solidário, sem a perda da autonomia municipal, contribua para a construção de redes assistenciais capazes de fornecer serviços de forma mais integral e eqüitativa.

O processo de descentralização da política de saúde no Brasil tem recebido críticas e questionamentos, considerando as suas principais características: forte indução do nível central por meio de normas e estímulos financeiros; adesão baseada em critérios nacionais e condicionada à avaliação e decisão das instâncias de pactuação intergestores, conforme assinalam VIANA et al., (2003, p. 61 e 62):

- “As que ressaltam o caráter fortemente tutelado da descentralização pelo nível federal, que paulatinamente aumenta a vinculação dos recursos transferidos a determinadas políticas ou programas e diminui a autonomia de gestores estaduais e municipais de saúde na formulação de políticas próprias mais adequadas a sua realidade;
- As que discutem o efeito fragmentador deste processo, que ao privilegiar a descentralização para os municípios sem considerar adequadamente o papel das secretarias estaduais de saúde e as dificuldades para a montagem de um sistema integral na maioria dos municípios brasileiros, pouco contribuiu para a integração das redes municipais e garantia da assistência à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema;
- As que se referem à inconstitucionalidade da regulamentação feita mediante portarias ministeriais que, por diversas vezes colidem com os princípios previstos nas Leis de Saúde para alocação dos recursos federais e extrapolam o conteúdo normativo da alçada do poder executivo;
- As que enfatizam que o processo de transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os demais níveis de governo, não garantem per se o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem, necessariamente, possibilita a solidez das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central. O fortalecimento institucional dos três níveis de governo depende de alterações mais amplas do Estado – reformas tributárias e do próprio sistema político-administrativo – que transcendem o espaço da política setorial.

Portanto, a concretização do SUS não está relacionada apenas à descentralização, mas também a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema.”

Diante disso, optamos em direcionar nossa investigação para discutir as possibilidades e limites da descentralização na perspectiva da criação e construção de sistema, o que vai exigir neste momento que se introduza o tema da regionalização em saúde, pois *à priori*, o aspecto preponderante dado a esta diretriz, fundamenta-se na organização de redes de serviços de saúde.

## 2.3 REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE

A descentralização dos serviços de saúde para os municípios e a organização de redes pressupõe uma delimitação espacial, portanto é no território onde as ações, o ordenamento dos serviços e a sua integração acontecem, e é nesta perspectiva que buscamos entender e fundamentar a questão da regionalização em saúde, apoiado nos conceitos da “Geografia Nova” de Milton Santos.

A territorialização das atividades de saúde é tema central, desde a proposta da OPAS, onde foram introduzidos os conceitos de SILOS e de Distritos de Saúde, até o SUS, com a própria descentralização das ações de vigilância e de assistência, mas muitas vezes, se reduz o conceito de espaço, utilizando-o de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Assim, entender o espaço geográfico como instância social, passa a ser fundamental. “O espaço geográfico não como sinônimo de território, mas como *território usado*; e este é tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas... se nosso intuito for construir a um só tempo, uma teoria social e propostas de intervenção que sejam totalizadoras.” (SANTOS, 2000, p.104).

“O território são formas, mas o *território usado* são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado.” (SANTOS, 2005, p. 255)

“Caminhamos ao longo dos séculos, da antiga comunhão individual dos lugares com o Universo à comunhão hoje global: a interdependência universal dos lugares é a nova realidade do território. Nesse longo caminho, o Estado-Nação foi um marco, um divisor de águas, entronizando uma noção jurídico-política do território, derivada do conhecimento e da conquista do mundo ... era o Estado, afinal que definia os lugares, .... o Território era a base, o fundamento do Estado-Nação que, ao mesmo tempo o moldava. Hoje a natureza é histórica ... quando vivemos uma dialética do mundo

concreto, evoluímos da noção, tornada antiga, de Estado Territorial para a noção pós-moderna de transnacionalização do território.

... daí a relevância, hoje, do papel da ciência, da tecnologia e da informação. Tratando do território, não basta falar de mundialização ou globalização, se desejamos aprofundar o processo de conhecimento desse aspecto da realidade total.” (SANTOS, 2005, p. 255)

Assim sendo, o território passa a ser entendido não apenas como limite político-administrativo, mas efetivamente como espaço usado pela sociedade, pelas empresas, pelas indústrias, pelos equipamentos de saúde.

É o *território usado* por uma população específica, vivendo num tempo e espaço determinado, mediante sua interação com os serviços das unidades básicas de saúde, dos distritos sanitários, dos municípios aonde irão se ordenar e integrar os serviços, e nas regiões mediante a organização de redes.

“O *território usado* constituiu-se como um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes. Daí o vigor do conceito, convidando a pensar processualmente as relações estabelecidas entre o lugar, a formação sócio-espacial e o mundo.” (SANTOS, 2000, p. 104 e 105):

Mais ainda, os componentes do espaço, apesar de serem os mesmos em todo mundo formando um contínuo do tempo, eles variam quantitativa e qualitativamente segundo o lugar, do mesmo modo que variam as combinações entre eles, daí vem à diferença entre os espaços.

“Os espaços dos países subdesenvolvidos caracterizam-se primeiramente pelo fato de organizarem e reorganizarem-se em função de interesses distantes e mais frequentemente em escala mundial. Mas não são atingidos de um modo maciço pelas forças de transformação, cujo impacto, ao contrário, é muito localizado e encontra uma inércia considerável a sua difusão. Por outro lado, as forças da modernização impostas do interior ou do exterior são extremamente seletivas, em suas formas e em seus efeitos. As variáveis modernas não são acolhidas todas ao mesmo tempo nem têm a mesma direção. Trata-se de uma modernização espacial seletiva. A cada modernização, novos pontos ou zonas são conquistadas ao espaço neutro e tornam-se uma nova porção do espaço operacional. Mas o impacto dessas forças não é o mesmo para as diversas variáveis, cuja combinação dá a característica do lugar. Disso resulta uma grande instabilidade na organização do espaço com repetidos desequilíbrios e ajustamentos.

Descontínuo, instável o espaço dos países subdesenvolvidos é igualmente multipolarizado, ou seja, é submetido e pressionado por múltiplas influências e polarizações oriundas de diferentes níveis de decisão. Quanto menor a escala do lugar, mais numerosos são os impactos, o que dá uma decomposição do tempo à escala local. Enfim, o espaço dos países subdesenvolvidos é marcado pelas enormes diferenças de renda da sociedade, que se exprimem, no nível regional, por uma tendência à hierarquização das atividades e, na escala do lugar, pela coexistência de atividades da mesma natureza, mas de níveis diferentes” (SANTOS, 2004, p. 20, 21)

Nesta perspectiva, o espaço hoje apresenta duas características, constituindo-se por par dialético: densidade e rarefação, luminosos e opacos. São essas características que geram as novas lógicas na relação centro-periferia. (SANTOS e SILVEIRA, 2001)

Por essa dialética espacial, os espaços se constituem de densidades técnicas e informacionais, muito além do uso habitual de densidade relacionada à ocupação do território pela população, a maior ou menor presença da informação, o maior ou menor uso da informação, a maior ou menor densidade de leis, normas, regras reguladoras da vida coletiva. Os espaços mais densos são os mais luminosos, e assim atraem maior capital, tecnologia e informação. Os rarefeitos são os espaços opacos.

“É a partir dessa realidade que encontramos hoje novos recortes, além da velha categoria região.” (SANTOS, 2005, p. 256), portanto a região definida com subespaço definitivo já não pode mais existir.

No entanto, “ainda hoje quando se fala de regiões, regionalização, redefinições regionais, logo nos vem à mente o mapa da divisão regional do IBGE”. (GUIMARÃES, 2005, p. 1019)

O conceito de região proposto pelo IBGE, ainda na década de 1940, desenvolveu-se pautado num conceito híbrido; de um lado seguindo a tradição da escola francesa considerou-se a região como uma evidência empírica, passível de mapeamento e identificação na paisagem e nas realidades físicas e culturais; e pela influência da escola americana, onde a região é uma construção intelectual, segundo objetivos traçados pelos pesquisadores.

Até o ano 2000, data do último censo foram propostas algumas renovações na divisão territorial do Brasil, mais isto não significou o rompimento da influência francesa sobre o conceito de região.

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

Para além do conceito de região, o importante é ressaltar que a divisão territorial surgiu para dar suporte às políticas territoriais do Estado, melhor dizendo a partir da influência americana, se reforçou o caráter técnico operacional do conceito de região (eram os técnicos do IBGE os responsáveis pelo planejamento territorial do país) visando ao intervencionismo do Estado no planejamento territorial. (GUIMARÃES, 2005).

Para Guimarães (2005), a política de saúde tem a regionalização e a hierarquização dos serviços como preceitos constitucionais, considerando a

integração das ações em um Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo, o que representou grande conquista em termos da universalização do direito à saúde. Entretanto a subordinação da divisão regional às políticas territoriais do Estado brasileiro, tal como no caso do IBGE, provoca distorções.

A principal delas resulta da necessidade de moldar as regiões aos limites jurídicos administrativos dos estados e municípios, o que pode significar a necessidade de se recortar um fenômeno cuja delimitação não respeita essas fronteiras, subdividindo-se elementos que fazem parte de um mesmo processo.

Suas críticas a NOAS, portaria ministerial que detalha a regionalização pretendida para o SUS, referem-se ao seu caráter “ibegeano”, pois define a região de saúde como um espaço político-operativo do sistema de saúde, no qual por via institucional (através das secretarias estaduais de saúde) é possível estabelecer “... maior sinergia entre os diferentes níveis de gestão dos serviços de saúde e enfrentar os entraves para o estabelecimento do comando único das ações de saúde.” (GUIMARÃES, 2005, p.1021)

Sua proposta vai de encontro com o exposto no Pacto pela Saúde, portaria editada pelo Ministério da Saúde em 2006:

“ a divisão regional da política de saúde do Brasil deve ser expressão da pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor, com base na diversidade de situações, arranjos e alternativas que estão sendo construídos pela sociedade para o fortalecimento da gestão dos SUS. Nestes termos a região se impõe como um espaço de solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do sistema. Ela não existe sem disputa política e pode ser definida como espaço de solidariedade e de sinergias necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional.” (GUIMARÃES, 2005, p.1021)

Assim, a região não é um somatório de municípios, nem mesmo a delimitação regional se resume a uma determinada escala cartográfica, mas na qualidade de uma resolução geográfica de processos sociais contraditórios de competição e cooperação, a escala geográfica regional é produzida pelas relações dos atores políticos em jogo, é um território concebido, e ao mesmo tempo, em processo de construção. (GUIMARÃES, 2005)

Diante do que expusemos até aqui, a regionalização em saúde é muito mais do que uma simples organização dos serviços no território, e a região vai além de uma visão de recorte territorial.

Como nossa proposta foi avaliar o processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo, através do estudo de caso do DRS Registro, que tem por abrangência parte da Região do Vale do Ribeira, do ponto de vista do marco



teórico no já exposto, essa avaliação requer que nosso olhar se dirija para o *território usado*, concebido e em construção; *território usado* pela população, profissionais e gestores de saúde, únicos neste momento; ainda devemos considerar que este *território usado* é resultado de um processo histórico o qual será a base para as ações futuras, e que ele terá, nas articulações escalares, sua luminosidade/opacidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o desempenho da gestão regional no DRS Registro no processo de descentralização do SUS.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Caracterizar o *território usado* da abrangência do DRS Registro.

Caracterizar as ações de coordenação regional.

Identificar as relações do departamento regional com o nível central da SES, com atores externos e nas atividades intersetoriais.

Identificar os instrumentos de planejamento regional.

Identificar os limites e possibilidades do processo de descentralização no Estado de São Paulo.

## 4 METODOLOGIA

O objetivo central do trabalho foi avaliar o desempenho da gestão regional no processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo, através da condução do Estudo de Caso do DRS Registro.

A opção pelo estudo deste DRS deveu-se as características singulares da região, o Vale do Ribeira, que apresenta os piores indicadores sociais e econômicos do Estado de São Paulo, com municípios cuja média populacional é de vinte mil habitantes, e com recursos de saúde de média e alta complexidade escassos em seu território. Estes fatos podem representar um grande desafio na implantação e implementação de uma política com a complexidade do SUS, principalmente quando se enfatiza a descentralização vinculada à regionalização, pois o acesso da população aos serviços de saúde mais complexos vai depender de acordos entre diversos atores, requerendo que a instância estadual tenha um papel central nestas articulações.

A escolha da estratégia de estudo de caso fundamentou-se nas características do trabalho que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, sobretudo quando o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.” (YIN, 2005, p. 32)

De acordo com o mesmo autor, a singularidade do caso e o contexto podem ser utilizados para determinar se as proposições de uma teoria são corretas, ou se algum outro conjunto de explicações é mais relevante, e assim o estudo de caso pode representar uma importante contribuição para um novo aporte teórico, mediante o levantamento de novas hipóteses e/ou variáveis.

Na busca de um marco teórico que pudesse dar suporte a este estudo, o Capítulo Introdutório caracteriza as especificidades da Política de Saúde no Brasil, que estão vinculadas com a crise do Estado brasileiro a partir da década de 1980, tendo como um dos processos prioritários o movimento da descentralização, e que se relacionaram à redemocratização do País; ativemo-nos às particularidades da descentralização desta Política, e assim optamos em direcionar a investigação na perspectiva da criação e construção de Sistema, o que nos levou a introduzir o tema da regionalização na saúde. Para embasar este tema, nos apoiamos nos conceitos da teoria da Geografia Nova, propostos por

Milton Santos, considerando o espaço geográfico como instância social e, portanto, *território usado*.

Para uma contextualização mais geral da experiência do Vale do Ribeira, utiliza-se a Política de Saúde na Esfera Federal numa linha histórica, a partir da década de 1980 culminando com o SUS expresso na Constituição Federal, para em seguida, e já nas décadas de 1990 e 2000, na sua implementação com enfoque na descentralização, descritos no Capítulo 5.

Da mesma forma, em seguida, contextualiza-se a Esfera Estadual, com vistas ao desenvolvimento institucional da SES/SP, situando na primeira reforma operacionalizada na Secretaria em 1967, o ponto inicial, relacionando as mudanças que ocorreram em seu interior com o cenário Federal da Política de Saúde. Além disso, nos preocupamos em identificar a singularidade do Estado de São Paulo no processo de descentralização e organização do Sistema Estadual de Saúde, referenciando a criação do Programa Metropolitano de Saúde no início da década de 1980 e a partir de então os caminhos percorridos até meados da década de 2000.

No Capítulo 6, buscamos a reconstituição histórica da região de Registro quando situamos a saúde neste contexto; para tanto, utilizamos os Decretos que normalizaram sua organização, e também fontes secundárias, tais como livros e artigos que nos ajudaram a recuperar este histórico, citados no Capítulo 9.

Para a avaliação do desempenho da gestão regional, nos fundamentamos na legislação infraconstitucional, Lei nº 8080 de 1990, onde as SES, atuando como gestores estaduais, têm atribuição de coordenar (i) os sistemas estaduais de saúde e (ii) o processo de regionalização da atenção; baseamo-nos ainda nos Decretos da SES/SP que regulamentam sua estrutura e funções e particularmente demos atenção ao último Decreto editado sob nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006. Neste, os DRS passam a ser responsáveis pelas atividades da SES no âmbito regional e por promover a articulação intersetorial com os municípios e a sociedade civil.

A análise relacionada ao Pacto pela Saúde ficou de certa forma prejudicada, pois quando realizamos a entrevista no DRS, estava se iniciando o processo para formação de colegiados previstos no Pacto pela Saúde, bem como a discussão do Plano Estadual de Saúde. Esclarecemos aqui que as entrevistas

neste departamento foram parte do pré-teste para a validação dos instrumentos da pesquisa.

Foram analisados os seguintes aspectos da gestão regional: (i) a coordenação regional; (ii) as relações da regional; (iii) o conhecimento da situação/território e (iv) o planejamento regional; as características atuais do território regional também são abordados, pois é no *território usado* regional que os atores se relacionam e as ações de saúde se efetivam.

O modelo e os dados utilizados foram obtidos do “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo”, que foi realizado em 2006/2007, coordenado pelo Consórcio Medicina USP, atendendo a uma demanda do componente estadual do PROESF na área de avaliação e monitoramento da Atenção Básica.

É preciso salientar que no momento inicial, o Estudo supra referenciado, pretendeu avaliar as DIR, criadas pelo Decreto nº 40.083 de maio de 1995, atendendo aos termos de referência da Coordenação do PROESF. O atraso provocado por problemas administrativos, retardou o início da pesquisa de 2006 para junho de 2007, data esta em que já estava em curso a regulamentação do Decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006, que transformava as 24 DIR em 17 DRS, bem como a elaboração do Plano Estadual, rediscutindo o papel da Secretaria na regionalização e incorporando as propostas do Pacto pela Saúde.

Ainda em relação ao Estudo citado, sem perder de vista os objetivos propostos no primeiro momento, se redirecionaram alguns instrumentos da pesquisa para a detecção de aspectos não somente estruturais das instâncias regionais, mas também para captar as dimensões da dinâmica em curso na elaboração do Plano Estadual e nas mudanças propostas no novo decreto.

O objetivo central foi o de avaliar a gestão regional de saúde (inicialmente referidas as 24 DIR, transformadas em 17 DRS) segundo as seguintes dimensões: (i) político institucional, (ii) governabilidade e (iii) práticas de gestão regional (coordenação, planejamento, regulação, monitoramento e avaliação).

Outra preocupação da equipe de pesquisa foi buscar caracterizar ou mesmo criar uma tipologia sobre a atual composição territorial dos 17 DRS, e das 64 regiões de saúde, que foram organizadas a partir da pactuação entre os municípios, através dos CGR, de acordo com as propostas contidas no Pacto pela Saúde.

Os procedimentos metodológicos (análise documental; tipologia; recursos humanos; caracterização da atuação dos DRS; e análise situacional dos pactos de gestão na região), bem como os resultados preliminares daquele Estudo, encontram-se descritos no “Relatório Preliminar da Pesquisa – 4º Produto: Plano de Análise, Procedimentos Metodológicos e Apresentação dos Resultados”, de setembro de 2007.

Tendo participado como pesquisadora, e considerando o farto material disponibilizado pela Coordenação Geral, utilizamos para a caracterização do território regional, as estratégias metodológicas do Estudo dos DRS, e usamos os resultados da tipologia que criou 5 grupos de DRS, (a partir do fluxo de internação, proporção de médicos vinculados ao SUS e a porcentagem de beneficiários de planos de saúde), o que nos deu subsídios para a análise do território regional. Além disso, através da caracterização da atuação do DRS Registro, foi possível analisar a (i) coordenação regional, (ii) as relações da regional, (iii) o conhecimento da situação/território e (iv) o planejamento regional. Estas dimensões estudadas permitiram a discussão sobre os resultados do desempenho do DRS Registro possibilitando, então, a avaliação da gestão regional.

A seguir descrevemos os procedimentos metodológicos empregados para a caracterização da composição territorial dos 17 DRS, a partir dos eixos sócio-econômicos, das condições de saúde e de vida da população; em seguida, estão os resultados da tipologia que criou 5 grupos de DRS a partir do fluxo de internação (o detalhamento metodológico encontra-se no Relatório Preliminar do Estudo) e finalizando, apresentamos a metodologia usada para a caracterização da atuação dos DRS.

### **1. Tipologia – Caracterização Territorial**

Numa primeira abordagem foram analisadas as dimensões demográficas (distribuição etária, densidade demográfica, índice de envelhecimento e estimativa de população rural), onde três grupos de regionais são definidos e a concentração de quase mais de 75% da população está no grupo 1 com 4 Departamentos.

A segunda dimensão analisou as atividades econômicas de acordo com a participação no PIB estadual e no VA da agropecuária, indústria, serviços e

administração pública, e as principais características econômicas dos DRS o que possibilitou que se estabelecessem 7 grupos de departamentos regionais.

Dois indicadores sócio-econômicos compostos foram utilizados na caracterização regional: o IPVS e o IPRS.

A partir da distribuição da população nos grupos do IPVS segundo os DRS foram gerados 5 grupos homogêneos; quanto ao IPRS, foi possível a partir do indicador de longevidade, agrupar os DRS em 3 grupos.

Uma caracterização ainda nestes estudos preliminares para a construção de uma tipologia foi feita por meio dos indicadores tradicionais de saúde (mortalidade por idade e sexo, saneamento básico, recursos humanos).

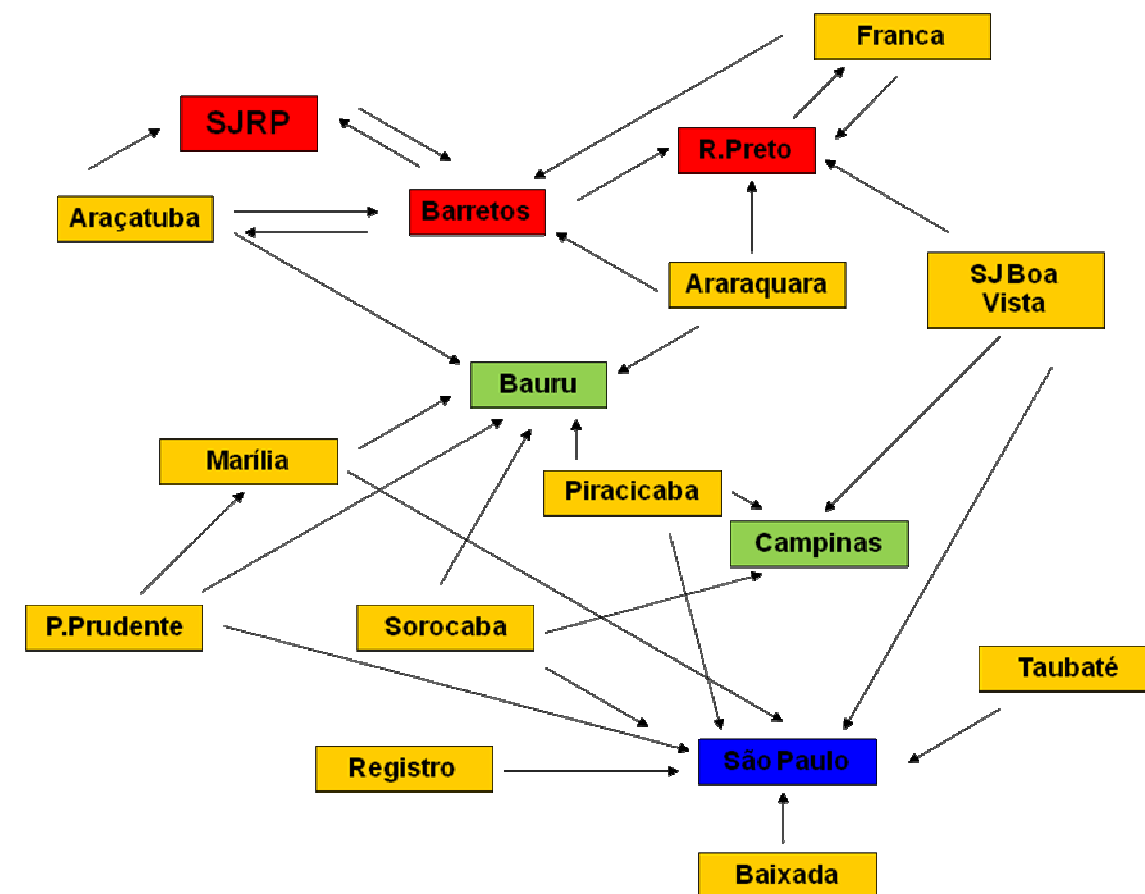
Então, a partir da análise do perfil demográfico, econômico, das condições de vida e de saúde foi possível agrupar os 17 DRS em 5 grupos.

Neste trabalho apresentamos na primeira parte do Capítulo 7 (Resultados) a análise das características do território regional, a partir das dimensões do Estudo dos DRS: (i) aspectos demográficos; (ii) atividade econômica; condições de vida através (iii) da análise do IPVS regional e dos (iv) indicadores sociais do IPRS; (v) condições de saúde; (vi) saneamento básico; (vii) recursos humanos.

Na Figura 1 estão os resultados da tipologia com os fluxos de internação existentes entre os grupos de Departamentos. O sinal da seta indica o sentido da internação, por exemplo, a seta de São José do Rio Preto para Barretos indica que mais de 10% das internações de residentes de São José do Rio Preto tem como destino a regional de Barretos.

**Figura 1**

Departamentos Regionais de Saúde, segundo Fluxos de Internações.  
Estado de São Paulo. 2005.



- Grande São Paulo
- Centros de Atração Regional I
- Centros de Atração Regional II
- Demais

**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.



Esta tipologia permitiu classificar os Departamentos em 4 grupos, e após a análise deste resultado, observou-se que há um grupo de DRS que apresentam alta porcentagem de médicos vinculados ao SUS e baixa porcentagem de beneficiários de planos de saúde. Sendo assim, este grupo de Departamentos foi dividido em dois, consequentemente temos 5 grupos de DRS conforme descrito a seguir:

**G1 – Grande São Paulo:** recebe invasões de praticamente todos os DRS. Sua área de influência direta é constituída pelos DRS Baixada Santista, Sorocaba, Taubaté e Registro, que corresponde a Megametrópole.

**G2 – Centros de Atração Regional I:** composto pelos DRS Bauru e Campinas, caracteriza-se por apresentar uma área de abrangência maior. Não se apresenta como uma rede, mas sim como centros isolados. Para alguns Departamentos é o local de procura antes da Grande São Paulo.

**G3 – Centros de Atração Regional II:** rede composta pelos DRS Barretos, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto responde pelo movimento da região Noroeste do Estado, isto é, DRS de Franca, Araraquara e São João da Boa Vista. Destes locais não há uma evasão significativa para São Paulo.

**G4 – Demais DRS,** que de acordo com o refinamento da tipologia classifica-se em:

**G4 A** com: DRS Marília, São João da Boa Vista, Araçatuba, **Registro** e Presidente Prudente; que se caracteriza pela forte presença do SUS e relativa pequena presença de população usuária de planos de saúde.

**G4 B** com: DRS Araraquara, Taubaté, Sorocaba, Franca, Piracicaba e Baixada Santista; que se caracteriza pela presença mais expressiva de população usuária de planos de saúde.

A caracterização territorial e esta tipologia nos permitiram através dos conceitos da teoria da Geografia Nova propostos por Milton Santos, partindo da trajetória histórica da região de Registro, analisar o *território usado*.

## 2. Caracterização da atuação dos DRS

Foi elaborado questionário composto a partir de seis blocos e dimensões analíticas contendo 128 questões definidas, com a finalidade de organizar o raciocínio e a obtenção de melhores resultados a saber:

I. Caracterização da estrutura

II. Governabilidade e Governança

III. Prática de Gestão

IV. Planejamento Orçamentário-financeiro

V. Coordenação da assistência regional

VI. Identificação do perfil do gestor

As entrevistas foram realizadas com os diretores das atuais regionais (17) e ex-dirigentes das antigas DIR (5) e que compõe o atual DRS 1, dirigentes envolvidos com os núcleos de planejamento (21), informações (17), atenção básica (17) e recursos humanos (16) que compõe a estrutura dirigente das regionais perfazendo o total de 92 entrevistas, e tiveram por objetivo a avaliação do desempenho regional a partir da percepção dos seus dirigentes.

Ao compor o plano de análise, descrito a seguir, os itens e as questões foram reagrupadas em outras categorias. Estas aproveitam as mesmas questões mais de uma vez, a fim de conseguir melhor aproveitamento das respostas, possibilitando vários tipos de abordagem e interpretação.

**Avaliação do desempenho regional a partir da percepção de seus dirigentes.** Para compor o plano de análise foram associados resultados dos vários procedimentos adotados para obter informações que permitissem conhecer a situação dos DRS, de suas equipes em relação aos papéis e responsabilidades no campo da saúde e suas interfaces, no território de abrangência das mesmas e frente ao Governo do Estado.

Os resultados dos questionários foram consolidados por DRS para os dados obtidos nas questões fechadas; posteriormente os mesmos resultados foram agregados segundo os grupos de regionais. As questões abertas geraram um conjunto de depoimentos e proposições, que foram conseguidos de forma complementar nas questões fechadas e dos comentários feitos pelos entrevistados, quando pertinentes às respectivas questões. Tais procedimentos visaram potencializar o aproveitamento das entrevistas com os representantes dos DRS. As contribuições obtidas a partir destes procedimentos foram classificadas mediante técnicas de análise qualitativa, permitindo assim melhor categorizar as modalidades de resposta.

Como o objetivo do Estudo era avaliar a percepção dos dirigentes regionais na caracterização dos problemas, dos conhecimentos e práticas da regional, os questionários foram respondidos por vários membros da regional, a saber: os diretores atuais do DRS (ou diretores das DIR extintas), coordenadores de planejamento, de informação, da atenção básica, da assistência farmacêutica e de recursos humanos.

Os diretores responderam o maior número de questionamentos, os coordenadores de planejamento um conjunto previamente definido mais relacionado com suas atividades e assim por diante para cada um dos outros coordenadores. Os diretores também responderam as questões específicas, como por exemplo, capacitação de recursos humanos, entretanto coube ao coordenador específico o detalhamento das capacitações.

Os resultados não foram analisados em separado para cada categoria de depoente, mas sim foram sendo agregados às respostas do diretor regional, apenas prevalecendo à resposta do respectivo coordenador no caso de não resposta do diretor. Como exemplo, se por acaso algum diretor não se recordasse das porcentagens de gastos com as modalidades de assistência à saúde, e o coordenador de planejamento as tivesse em detalhes, como resposta a esta questão prevaleceu as do coordenador. As questões não foram formuladas a fim de estabelecer apenas uma caracterização das regionais, mas tinham a pretensão de:

1. Conhecer e interpretar o quanto às mesmas estavam focadas nas suas funções essenciais;
2. Quais as estratégias racionalmente elaboradas para atingir essas funções;
3. Que estrutura tinha para isso e
4. Quais as dificuldades que enfrentavam para atuar neste sentido.

As categorias criadas foram:

1. Capacidade Técnica e Política da Regional;
2. Coordenação (Coordenação Geral, Coordenação da Assistência à Saúde, Coordenação da Atenção Básica; Coordenação da Regulação, Referência e Contra Referência; Coordenação da Assistência Farmacêutica; Coordenação de Recursos Humanos)
3. Relações da Regional (com nível central da SES; com atores externos; atividades intersetoriais)

4. Diante das Mudanças
5. CIR e co-gestão
6. Conhecimento de situação/território
7. Planejamento Regional

O questionário semi estruturado está anexo.

Os resultados foram analisados de acordo com os 5 grupos de DRS resultantes da criação da tipologia por fluxo de internação já explicitado anteriormente.

No DRS Registro a entrevista foi realizada com o dirigente regional, que por estar no cargo há 2 meses delegou a um funcionário de carreira do departamento, as questões relativas ao Bloco Planejamento Regional.

Os resultados das entrevistas encontram-se descritos na segunda parte do Capítulo 7 (Resultados), de acordo com as categorias que selecionamos para a avaliação do desempenho da gestão do DRS Registro: (i) Coordenação Regional; (ii) Relações da Regional; (iii) Conhecimento da situação/território; (iv) Planejamento Regional que relacionamos a seguir, juntamente com os objetivos analíticos correspondentes.

A análise da caracterização atual do território do DRS Registro e a avaliação do desempenho da gestão regional nos permitiram compreender e avaliar a gestão regional face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo.

## Categorias criadas e os objetivos analíticos

<b>1. Coordenação</b>	
<b>1.1. Coordenação Geral</b>	
<b>Questões:</b> 07, 10, 22, 25, 26, 27, 54, 66, 70, 71, 84, 89 e 91.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar as funções que a regional vem exercendo para desempenhar seu papel na realidade atual.</li> <li>- Verificar o conhecimento e a natureza dos obstáculos percebidos pelas regionais no exercício das funções de coordenação.</li> <li>- Verificar os tipos de assistência e cooperação com os municípios.</li> <li>- Caracterizar as articulações entre os DRS e municípios, prestadores, universidades e ONG.</li> <li>- Identificar os tipos de ações executadas pelos DRS.</li> <li>- Identificar os Indicadores utilizados para monitoramento de situações de saúde.</li> <li>- Conhecer as atividades utilizadas para auditoria de gestão.</li> <li>- Conhecer o grau de conhecimento do território e critérios para regionalização e coordenação da saúde.</li> <li>- Identificar as percepções das equipes das regionais sobre as ações cuja intervenção dos DRS foi facilitadora.</li> </ul>
<b>1.2. Coordenação da Assistência à Saúde</b>	
<b>Questões:</b> 91.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a compreensão das equipes do DRS dos papéis na coordenação da assistência a saúde.</li> </ul>
<b>1.3. Coordenação Atenção Básica</b>	
<b>Questões:</b> 23, 24, 47, 52, 53, 84, 85, 90.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a interferência/auxílio do DRS na expansão da AB.</li> <li>- Verificar o envolvimento do DRS com práticas alternativas.</li> <li>- Conhecer a avaliação do DRS sobre as ações provenientes dos níveis de gestão da saúde, Federal e Estadual.</li> <li>- Caracterizar a atuação das equipes das regionais conheciam na AB.</li> <li>- Identificar as principais dificuldades para AB.</li> <li>- Identificar a participação das regionais na definição de estratégias para implantação do PSF/PACS.</li> </ul>
<b>1.4. Coordenação da Regulação, Referência e Contra-Referência</b>	
<b>Questões:</b> 82, 86, 87, 88, 102 e 103 a 109.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer as atividades desenvolvidas.</li> <li>- Identificar dificuldades com média e alta complexidade e internações.</li> <li>- Identificar sobre as estruturas de regulação.</li> </ul>

<b>1.5. Coordenação da Assistência Farmacêutica</b>	
<b>Questões:</b> 93 a 101.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a pertinência e/ou suficiência dos programas relacionados ao fornecimento de medicamentos.</li> <li>- Conhecer os profissionais que atuam na assistência farmacêutica.</li> <li>- Identificar as dificuldades operacionais na condução da assistência farmacêutica.</li> <li>- Caracterizar os processos judiciais.</li> <li>- Avaliar o sistema FARMANET.</li> </ul>
<b>1.6. Coordenação de Recursos Humanos</b>	
<b>Questões:</b> 28 e 110 a 114.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as atividades de desenvolvimento de Recursos Humanos e estratégias de treinamento e capacitação.</li> <li>- Caracterizar a participação do DRS nos pólos de capacitação.</li> </ul>
<b>2. Relações da Regional</b>	
<b>2.1. Com Nível Central da SES</b>	
<b>Questões:</b> 08, 11, 18, 20, 33, 34, 35, 76 e 78.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a continuidade das ações de gestão.</li> <li>- Caracterizar a parceria com o nível central.</li> <li>- Identificar os principais obstáculos e principais demandas para o nível central.</li> </ul>
<b>2.2. Com Atores Externos</b>	
<b>Questões:</b> 09, 10, 25 e 32.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a composição.</li> <li>- Caracterizar as motivações da regional e as relações (se conflituosas ou cooperativas).</li> </ul>
<b>2.3. Atividades Intersetoriais</b>	
<b>Questões:</b> 41 e 83.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os tipos de ações e a finalidade, consistência e continuidade.</li> <li>- Caracterizar a formulação de políticas de promoção saúde.</li> </ul>
<b>3. Conhecimento da situação/território</b>	
<b>Questões:</b> 06, 22 <sup>a</sup> , 26 <sup>a</sup> , 27 <sup>a</sup> , 28 <sup>a</sup> , 30, 31, 36, 37, 38, 59, 60, 60 <sup>a</sup> , 81, 81 <sup>a</sup> , 92 e 92 <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar a importância destes conhecimentos para o trabalho do DRS.</li> <li>- Identificar o grau de conhecimento do território/situação.</li> <li>- Caracterizar a participação popular.</li> <li>- Identificar se existe diferenciação por sub-regiões ou subgrupos de risco.</li> </ul>

#### 4. Planejamento Regional

**Questões:** 6, 13 a 21, 36, 60, 60<sup>a</sup>, 67, 68, 72.

- Identificar a existência de planejamento e os atores participantes.
- Caracterizar os processos de participação.
- Caracterizar o grau de coordenação do DRS.
- Identificar a percepção de interferência do planejamento na política regional.
- Identificar o grau de reconhecimento do nível central da SES

**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP

#### ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

## 5 CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

### 5.1 ESFERA FEDERAL

Há mais de duas décadas o Brasil vem redefinindo o perfil do sistema de saúde, impulsionado e limitado por uma conjuntura de crise econômica e por um processo contínuo e gradativo de redemocratização, reformularam-se os papéis e as funções dos entes governamentais, na oferta de serviços, na gerência das unidades e na gestão do sistema de saúde. (VIANA et al., 2002 b)

Na década de 1980, o processo de mudança do modelo de intervenção do Estado na área da saúde, com base em pressupostos descentralizantes, determina uma nova agenda que tem por principais características: a universalidade da cobertura e o reforço do setor público tanto na oferta dos serviços básicos como na regulação do sistema de saúde.

Este modelo baseou-se principalmente nas propostas de projetos da área de saúde de países do Primeiro Mundo, como o modelo inglês, e por outro lado pelos ditames de organizações internacionais que propunham a constituição de um novo tipo de intervenção do Estado, baseado na assistência primária e voltado para a efetividade das ações.

“A proposta para a área da saúde era, fundamentalmente, de mudança de lógica de atuação do Estado. Em primeiro lugar, tratava-se de diminuir os contratos com o setor privado, aumentando a oferta de serviços básicos e aumentando as funções reguladoras do Estado. Em segundo, era preciso estruturar áreas de saúde em vários níveis (regionais, municipais, e distritais), através de um sistema descentralizado, com integração e hierarquia entre os serviços. Por último, a proposta de Sistema Único também incorporava outros itens da agenda de discussões da década, com participação e aumento da eficiência ou eficácia e efetividade das ações sociais.” (VIANA, 1994, p. 22)

Então, o que se buscou foi um tipo de intervenção do Estado que incentivava a descentralização, mas sem recorrer tanto aos serviços privados, como vinha ocorrendo, pois a eles eram atribuídos desperdícios e pouca efetividade da política.

Além disso, a questão do financiamento, apesar da limitação dos recursos a disposição do Estado, devido à crise econômica do início da década de 1980, na afirmação de VIANA (1994, p. 22), “não era visto como empecilho a constituição de um sistema público, pois o ‘grande vilão’ era o setor privado que absorvia a quase totalidade dos recursos públicos”.



Paralelamente, o processo de redemocratização lutou pela ampliação dos espaços públicos, fomentou novos tipos de participação da sociedade, visando à descentralização das decisões e a ampliação da cobertura de serviços, trazendo além de novas demandas, novos atores. Na verdade, é o resgate da dívida social que passa a ser tema central da agenda democrática (FLEURY, 2006), florescendo o conceito de cidadania embasada em noções de igualdade e solidariedade.

Surge então, “... um rico tecido social, emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição e da luta dos municipalistas pela devolução do poder do nível local, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de organização, em especial, o Movimento Sanitário”. (FLEURY, 2006, p. 52)

O Movimento Sanitário formado com representantes das associações de profissionais da saúde, dos departamentos universitários ligados à medicina social e à saúde pública, movimentos populares e um conjunto de prefeitos com atuação voltada para áreas sociais, passa a formular alternativa à política de saúde vigente, caracterizada por sua centralidade, excludência, com ênfase num modelo curativo e privilégio ao setor privado.

A participação destes atores durante a década de 1980, em eventos na área da saúde levando as proposta de uma reforma sanitária, e, principalmente, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, resultou em proposições concretas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte, onde se apontaram, entre outros, a garantia da saúde como direito de cidadania; descentralização da gestão; integralidade das ações; regionalização e hierarquização; participação da comunidade; e o fortalecimento do município.

“A Constituição Federal de 1988 é o momento inaugural da orientação descentralizadora para o setor de saúde como uma alternativa aceitável para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social; para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população; e para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais”. (COSTA, 2001, p. 309)

Adotamos aqui a periodização da política de saúde no Brasil, dado que guardam, de certa forma, relação com as fases da política no Brasil, no que se refere às relações entre o governo central e as esferas estaduais e municipais, e as características do modelo econômico da década de 1980, segundo a ótica das

finanças públicas, proposta na tese de doutoramento de Ana Luiza d'Ávila Viana (1994, p. 30 a 45).

- **1974-1978 – hegemonia do modelo centralizado**

A principal característica deste modelo foi a de ter dissociado as ações de saúde coletiva da individual, com duas redes de atendimento separadas e não integradas. O grande executor da política era o INAMPS, órgão do nível federal, e o acesso à assistência médica hospitalar (ações curativas) oferecida por este órgão estavam condicionados aos segurados da Previdência Social.

A saúde coletiva (ações preventivas), era oferecida pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais, sem muita ênfase e com poucos recursos.

Nesta fase o modelo de atuação caracterizado pelo autoritarismo dá a tônica para a política de saúde, reforçado pela reforma do sistema de Previdência e a criação do INAMPS em 1974, e pela emergência de duas políticas ratificadoras em 1975, do modelo adotado: o PPA, que em linhas gerais visava assegurar que todos os previdenciários tivessem acesso à consulta médico ambulatorial pela rede privada conveniada e contratada, ao lado da universalização do atendimento de urgência, e o SNS, que apesar de ter priorizado as ações médico sanitárias com ênfase no setor público, não foram implantadas, e apenas reforçaram a separação entre os dois sistemas o do seguro saúde, e o da saúde pública.

- **1979–1982 – hegemonia desafiada**, com surgimento de novas políticas e programas de cunho radicalmente distinto do modelo hegemônico, porém não o substituindo integralmente.

Nesta fase temos de um lado a crise econômica, e o processo de democratização. Emergem dois programas o PIASS e o PREV-SAÚDE. O primeiro criado em 1976, com intenção descentralizadora e como uma tentativa importante de articulação entre o MS e o MPAS, e destes com os governos estaduais e municipais, com o objetivo de se evitar atuações superpostas e concorrentes, comuns à época. (IBAÑEZ, 1994)

O PIASS, segundo este autor, trazia o discurso da desconcentração no nível dos estados, a regionalização e hierarquização da rede de serviços que se desdobra em sua proposta no PREVSAÚDE, visando à extensão dos cuidados primários de saúde para toda a população, por intermédio de uma rede única, hierarquizada e regionalizada, sob controle da rede pública. No entanto, os pontos

chaves de questionamento do perfil da assistência à saúde vigente não avançaram, devido às pressões advindas do INAMPS e de outros órgãos, e também devido à crise econômica, refletindo-se na contenção de gastos, inviabilizando qualquer perspectiva de mudança.

Em que pese à falência dessa proposta, seus princípios, baseados em uma estrutura sistêmica para o setor, mantiveram-se nas bases das diretrizes que implementaram as reformas da década de 1980, desencadeando as AIS e o SUDS que se constituíram nos embriões da proposta de construção do SUS. (IBAÑEZ, 1994)

- **1983 – 1986 – transição ao novo modelo**, com forte dualidade entre o modelo antigo e as formas novas e com o crescimento do setor público nas ações de saúde, emergência de novas formas de gestão, descentralização de recursos e maior participação das esferas estaduais e municipais na política de saúde, através das AIS.

Esta fase é caracterizada pela desaceleração da economia, com queda do gasto federal, emergindo as AIS como uma tentativa de inverter os traços centrais do antigo modelo, pela descentralização dos recursos do INAMPS para o setor público (secretarias estaduais e municipais), como forma também de racionalizar o gasto público. O gasto federal em saúde cresce somente a partir de 1984, respaldado pela criação do FINSOCIAL em 1982, com significativa participação das esferas estaduais.

Neste momento, o processo de democratização avança com a eleição de governadores, e assim acelera-se uma agenda alternativa para a política de saúde, impulsionada pela presença de novos atores já comprometidos e lutando pela Reforma Sanitária; estes já haviam elaborado propostas alternativas para a política de saúde, como o PIASS.

As AIS baseiam-se no pressuposto de que o poder público é o único responsável pelo controle do sistema de saúde e pela saúde da população; propunham a integração e descentralização dos serviços, com expansão da cobertura assistencial e o redirecionamento dos recursos para estados e municípios.

Não se constituem como negação completa do modelo anterior, pois não o substituem; mais correspondem a uma convivência entre os dois modelos, o centralizado privatista e o descentralizado estadista, considerando que um dos

seus objetivos era a estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto grau de resolubilidade.

A importância das AIS consiste em ter transferido recursos para as redes públicas estaduais de saúde, permitindo a ampliação da capacidade física, a contratação de recursos humanos e a incorporação da assistência médica pelos ambulatorios estaduais e municipais, também se deve a elas o desenvolvimento de um novo modelo de gestão pública, mediante comissões interinstitucionais.

- **1987 – 1989 – constituição do novo modelo**, descentralizado, com o surgimento do SUDS, e com a definição, pela Constituição Federal de 1988, do SUS.

Nesta fase instalou-se a Assembléia Nacional Constituinte, e neste mesmo ano 1987, foi criado o SUDS, que marca efetivamente o início da constituição de um novo padrão de intervenção estatal no setor saúde.

Os objetivos do SUDS foram: descentralizar a decisão política e seus desdobramentos operacionais; superar a dicotomia existente no modelo anterior, que dissociava as ações curativas das preventivas; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público e privado; dar maior resolubilidade e integralidade aos serviços; e universalizar o atendimento.

O modelo de unificação adotado pelo INAMPS foi o de fortalecimento das administrações estaduais e municipais, isto é, a política de integração dos serviços federais, estaduais e municipais deixou de ser um exercício de cooperação interinstitucional, para se tornar uma opção explícita pela unificação mediante a estadualização e municipalização dos serviços.

Neste momento, aparecem os primeiros convênios que o INAMPS assinou com as secretarias estaduais de saúde, prevendo a descentralização da maior parte das decisões sobre a política de saúde do nível federal para o estadual, com a transferência da gerência de sua rede de serviços próprios, recursos humanos, e de custeio, e da gerência de seus serviços contratados e conveniados, juntamente com os recursos financeiros correspondentes, para a responsabilidade das secretarias estaduais de saúde.

Com a reestruturação da rede de serviços públicos da saúde, esperava-se que os serviços primários, de abrangência local, ficassem sob a responsabilidade das prefeituras, e os de nível secundário e terciário, de abrangência regional, sob a responsabilidade dos estados.

Assim, o SUDS buscou reorganizar o sistema de saúde através do processo de estadualização e municipalização, abrindo perspectivas de fortalecimento, qualificação e maior expansão dos serviços primários de saúde.

Não se previu, no entanto, nesse processo, mecanismo que garantisse descentralização e desconcentração de poderes também nas secretarias estaduais e municipais. Além disso, os convênios SUDS assumiram formas variadas conforme o estado, apresentando diferentes níveis de transferência de funções e abarcando distintas esferas descentralizadas de governo.

Desse modo, o crescimento, a partir de 1982, do repasse financeiro do nível federal para os outros níveis de governo, e conseqüente expansão dos serviços primários no nível público e a integração entre as instituições de saúde, constituíram pré-condições essenciais para que se pudesse organizar um sistema único de saúde.

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é concebida como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Baseado nesses princípios criou-se então o SUS – rede de ações e de serviços públicos de saúde, regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada esfera de governo, segundo as diretrizes da descentralização, de atendimento integral com ênfase nas medidas preventivas, mas sem prejuízo das assistenciais, e com a participação da população.

A tendência à descentralização setorial através do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo, foi traduzida pela definição do município como único ente federativo, ao qual foi atribuída a missão constitucional de prestar serviço de atendimento à saúde da população, a união e aos estados caberia prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo. (COSTA, 2001)

O gestor estadual, ainda segundo este autor, foi quem sofreu maior impacto do processo de descentralização, ao ter seu papel original de executor de ações voltadas para o atendimento da população, contratante de serviços privados e de filantrópicos, substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde.

Para o financiamento do SUS a Constituição previu recursos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes. As instituições privadas participariam de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, estabelecido preferencialmente com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos.

- **1990 em diante – descentralização tutelada**, com a implantação do novo modelo (SUS) e elaboração da Lei Orgânica da Saúde.

A implantação do SUS se inicia na década de 1990, após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, 8080/90 e 8142/90, que em linhas gerais agregaram todos os serviços estatais – federal, estadual e municipal – e os serviços contratados/conveniados.

A Lei nº. 8080 de setembro de 1990 ratificou as diretrizes constitucionais à direção municipal do SUS a competência de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, gerir e executar os serviços de saúde, e participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS.

A crise econômica deste período passa a impor limites para a continuidade do perfil de financiamento montado para a área da seguridade social e, em particular para a saúde, mesmo assim, a implementação do SUS se dá através de instrumentos reguladores, as NOB de 1991/1992, de 1993, de 1996 e a NOAS nas versões de 2001 e 2001.

VIANA et al., (2002b, p. 141) ao analisarem estes instrumentos afirmam:

“... percebe-se que formam um conjunto contínuo, visto que cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização setorial à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento.”

Transcrevemos a seguir o Quadro 1, síntese elaborada por essas autoras, no sentido de se observar o processo de descentralização, considerando sua racionalidade sistêmica, financiamento e modelos de atenção.

Nesta análise, os ganhos sistêmicos não constam das primeiras NOB, aparecendo somente de forma clara na NOAS.

No financiamento federal, houve um aperfeiçoamento dos critérios, no sentido de diferir serviços de instâncias governamentais e diversificar os critérios de alocação (combinação produção/per capita)

No modelo de assistência somente no final da década de 1990 é que se aceleram os incentivos para o privilégio da atenção básica e para a conversão do antigo modelo de assistência, que como vimos caracterizava-se basicamente por ações curativas com ênfase na assistência hospitalar.

**Quadro 1**

Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização: racionalidade sistêmica, financiamento federal e modelos de atenção à saúde. NOBs 91, 93 e 96 e NOAS 2001

Normas	Racionalidade Sistêmica	Financiamento Federal	Modelos de Atenção
NOB/91	Ausente	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	Ausente
NOB/93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Transferência “fundo a fundo” segundo montante definido no teto financeiro	Ausente
NOB/96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e intermediação da instância estadual (PPI)	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Transferência “fundo a fundo” segundo montante definido no teto financeiro Transferência “fundo a fundo” segundo valor <i>per capita</i> Transferência “fundo a fundo” segundo critérios definidos por programas específicos	PACS/PSF
NOAS/2001	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, PDR e PDI)	Repasse direto ao prestador segundo produção aprovada Transferência “fundo a fundo” segundo montante definido no teto financeiro Transferência “fundo a fundo” segundo valor <i>per capita</i> Transferência “fundo a fundo” segundo critérios definidos por programas específicos Transferência “fundo a fundo” segundo valor <i>per capita</i> e definição de referências intermunicipais Definição das responsabilidades mínimas para a atenção básica	PACS/PSF

Fonte: Elaboração própria das autoras

Na perspectiva de se ter uma descentralização menos heterogênea, diante da diversidade de situações (populacional, econômica e administrativa) que caracteriza o perfil dos municípios brasileiros, e também no sentido de superar os conflitos inerentes as relações intergovernamentais, geradas num federalismo predatório, como já abordamos anteriormente, foram incluídos nas NOB alguns instrumentos chaves, como:

- “Criação e ampliação das funções dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB)
- Transferências automáticas *per capita*-Piso de Atenção Básica (PAB) – fixo e variável
- Requisitos e incentivos ao desenvolvimento e à assunção de capacidades gestoras (aprendizado institucional), vinculados ao processo de habilitação, cujas modalidades estão previstas nas NOB 93 e 96, para municípios e estados” (VIANA et al., 2002b, p. 142)

Convém assinalar ainda, diante da análise destas autoras, que a NOB/96, previu um conjunto de regras e responsabilidades para os municípios habilitarem-se nas diversas condições de gestão, e couberam as CIB, a decisão sobre o processo de habilitação, particularmente sobre a partilha de gestão da rede de

serviços locais entre estados e municípios, o que permitiu os mais variados tipos ou modelos de gestão e partilha entre as unidades da Federação.

Portanto há graus variados de poder de interferência do gestor municipal em seu território, mas nem sempre diretamente associados à gestão prevista nesta NOB. Estas diferentes composições refletem as particularidades do relacionamento e dos acordos entre as instâncias de governo estadual e municipal.

Neste primeiro momento da implementação do SUS (até a NOB/96) a principal característica foi por ter um forte viés municipalizante, no qual o papel das secretarias estaduais era apenas residual. Com o cerceamento das demandas de assistência advindas dos municípios vizinhos, intensificaram-se os conflitos entre estes instaurando uma fragmentação do sistema e comprometendo a solidariedade e o compartilhamento das responsabilidades de gestão. O que significa que a NOB/96, não propiciou a construção de redes hierarquizadas dos serviços nos espaços supramunicipais e não criou mecanismos que facilitassem o acesso da população aos serviços de saúde. (PIOLA, 2002; GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004)

A heterogeneidade dos municípios em relação ao tamanho populacional, as condições econômicas, e a oferta de serviços agravam esse quadro, considerando que poucos municípios têm condições de montar em seu território sistemas suficientes em relação ao atendimento da população. (PIOLA, 2002; GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004)

Na tentativa de solucionar este problema foram criados consórcios intermunicipais de saúde, onde a partir da associação entre os municípios fosse possível prover determinados serviços. Essas parcerias intermunicipais têm se constituído em alternativas para os municípios, principalmente os de pequeno porte, para enfrentarem problemas como a falta de recursos, diagnósticos e de atendimento especializado.

“Os consórcios intermunicipais de saúde têm se consolidado, no caso brasileiro como importante mecanismo de regionalização da oferta pública... Enquanto uma tendência no âmbito do SUS, os Consórcios Intermunicipais de Saúde substituem responsabilidades tradicionalmente concentradas na esfera do gestor estadual, racionalizando o uso dos recursos disponíveis e realçam a importância dos governos municipais....Os consórcios, além do mais, são inovações porque criam parâmetros inusuais de cooperação e coordenação da política de saúde em nível local. Em um cenário de forte fragmentação política decorrente de conflitos partidários e eleitorais, eles estabelecem, pela execução da política de saúde, relações de confiança e respeito entre os governos locais.” (RIBEIRO e COSTA, 2000, p. 214, 216 e 217)



No sistema de saúde brasileiro, dado às diversidades municipais é fundamental o papel de coordenação da esfera estadual nas funções moduladoras e redistribuidoras para a efetivação de políticas públicas (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004; ABRUCIO, 1998). Ou seja, em regimes federativos, a descentralização não significa redução do Estado ou esvaziamento de funções dos entes intermediários de governo. Ao contrário objetiva o fortalecimento das capacidades de cada ente governamental para executar as novas funções e interagir com as executadas pelas demais esferas, exigindo autonomia e interdependência.

No entanto, a definição das responsabilidades da esfera estadual não foi clara desde a Constituição Federal de 1988, segundo esses autores, o que resultou em uma organização insuficiente dos sistemas, prejudicando a integração dos serviços em rede e conseqüentemente a regionalização.

O orçamento da seguridade social não foi efetivamente implantado, e o que se observou foi a separação dos três componentes concebidos na Constituição Federal (saúde, previdência social e assistência social), houve fragmentação das fontes de financiamento com apropriação pelo Tesouro Nacional das novas contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas. As despesas de saúde passaram a ter os gastos definidos pelo Ministério da Fazenda. (CORDEIRO, 2001)

No ano de 2000 por meio da aprovação da Emenda Constitucional 29, foram vinculados recursos para o financiamento da saúde, definindo o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deveriam ser destinadas a este setor, assim, pode-se dizer do seu caráter inovador. Contudo, esta emenda não explicitou a origem dos recursos federais para a saúde, gerando incertezas em relação ao financiamento, considerando sua importância no gasto público total. (MENDES et al., 2008)

Apesar de bem sucedido o processo de municipalização no país, alguns limites da descentralização ficaram evidentes, principalmente os relacionados a organização dos serviços regionais de referência intermunicipal e de alta complexidade. Então, a partir de um processo de negociação entre o CONASS, CONASEMS, no âmbito da CIT e do CNS foi publicada a NOAS/01/01 e republicada em 2002 com ênfase na regionalização.

O objetivo desta Norma foi o de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, adotando a regionalização como principal estratégia, responsabilizando as secretarias estaduais a adquirirem papel central no processo de estabelecimento de novos pactos intermunicipais, e na distribuição dos recursos financeiros, através da PPI, do PDR e do PDI.

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

A partir de 2003, e sob a vigência da NOAS/02, têm se uma série de ações visando à intensificação e qualificação do processo de descentralização, através das portarias ministeriais.

No final de 2004, mediante indução financeira e cooperação técnica do MS, todos os estados encontravam-se em gestão plena; da mesma forma neste mesmo ano todos os municípios brasileiros se responsabilizaram pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e nas ações de atenção básica; houve aumento de repasses de recursos federais para estados e municípios, significando 1/3 a mais do financiamento. (SOLLA, 2006)

No entanto, pouco se avançou com relação à regionalização, assim, em março de 2006, o Ministério da Saúde publica o Pacto pela Saúde, com seus três componentes: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. A exposição de motivos que acompanha sua proposição registra a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS, a partir da realidade sanitária adequada a realidade de cada região.

A regionalização continua como prioritária no Pacto de Gestão definindo regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores estaduais e municipais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhado do território, e prevê a manutenção do PDR como instrumento de planejamento.

Estabelece também o CGR formado pelo conjunto dos gestores municipais da região e o gestor estadual, para pactuação permanente, co-gestão solidária e participativa.

A descentralização proposta no Pacto está baseada num processo mais dependente da articulação política (menos técnica) entre os entes federados, considerando: “qualificar a regionalização demanda, porém, medidas que evitem sua redução a um conjunto de normas complexas que se sobreponham a um efetivo processo político.” (Pacto pela Saúde, 2006, p. 9)

Mas, devemos considerar que a implementação do sistema de saúde brasileiro dependeu das características das regiões, de experiências pretéritas na área e da heterogeneidade sócio-econômica, política, cultural, demográfica e epidemiológica o que propiciou a formação de modelos singulares de saúde, tanto regional, quanto local. (VIANA et al, 2002a)

E ainda que o sucesso de determinadas políticas sociais em espaços e/ou territórios geográficos deve ser atribuída antes a contextos sociais e culturais mais amplos do que a modelos institucionais prévios ( Kugelmas e Sola, apud VIANA, 2002a, p. 499)

## 5.2 ESFERA ESTADUAL

As mudanças que ocorreram na década de 1980 na política de saúde brasileira culminando com o SUS, propostas pelo nível federal, foram de tipo específico, com a reformulação de papéis e funções para as instâncias subnacionais. Mas, elas só puderam ser efetivadas se encontrassem nos estados da federação, iniciativas políticas que fossem favoráveis e convergissem a estes propósitos.

Foi o que aconteceu em São Paulo, que através de algumas iniciativas como: o PMS em 1983; a municipalização, em 1984; os ERSA em 1986; e a municipalização que foi acelerada a partir de 1987 com a implantação do SUDS por decreto estadual; - antecipou-se às mudanças propostas pela União. (VIANA, 1984)

Assim, a implantação do SUS em São Paulo se dá em ritmo e intensidade diferente em relação ao que ocorreu em outros estados, e isto só foi possível devido aos contornos políticos deste período, processo de democratização, com eleições diretas em 1982 e a vitória de Franco Montoro, governador de oposição, e a presença de novos atores que reivindicam uma agenda alternativa às práticas habituais de saúde.

O Estado de São Paulo, na afirmação de VIANA (1994, p. 48) “ilustra o que chamamos de ciclo descentralizador virtuoso, que ocorre quando há essa combinação explícita de objetivos, políticas e programas entre os diferentes níveis de governo.”

No entanto, as mudanças na política de saúde que ocorreram em São Paulo, foram iniciadas na década de 1970, quando através do processo de reestruturação administrativa, visaram à descentralização, a mudança do modelo de prestação de serviço, e a incorporação da assistência médica individual nas ações de saúde da secretaria estadual.

Com a intenção de melhor caracterizar a gestão do SUS no Estado de São Paulo, utilizamos a periodização proposta na pesquisa “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo” (2007), no qual este projeto faz parte. Salientamos que esta periodização se relaciona com a que utilizamos para a contextualização da política de saúde na esfera federal.

- **Reforma administrativa de 1967**

No nível federal, época do autoritarismo militar, o fato mais significativo que ocorreu na área da saúde foi em 1967 a junção dos IAP num único órgão, com a criação do INPS, e em 1974 com a reforma do modelo da previdência culminando com a criação do INAMPS.

No Estado de São Paulo, o decreto nº. 48.162, de junho de 1967, criou o GERA, tendo por proposta principal reestruturar a administração paulista, envolvendo também a Secretaria da Saúde, com objetivo de descentralização executiva e centralização administrativa. (YUNES e BROMBERG, 1971)

O diagnóstico da organização dos serviços de saúde apontava para a necessidade de uma estrutura de coordenação para as atividades da Secretaria, dado o seu caráter disperso bem como seus recursos técnico-operacionais (humanos, materiais e financeiros) fossem racionalmente utilizados. (SAUVEUR, 1983)

Assim as principais diretrizes para a reorganização da Secretaria foram:

- integração dos serviços a nível local, sob comando único, visando a economia de recursos e o melhor atendimento da população, sendo o Centro de Saúde o eixo da organização.

- os Centros de Saúde foram hierarquizados em seis níveis, tendo por base a população, e foram definidos os programas a serem desenvolvidos em cada um destes níveis, inclusive com quadro de pessoal específicos.
- descentralização executiva, através da adoção de maior autonomia às unidades de prestação direta de serviços, cria Divisões Regionais de Saúde como órgãos de planejamento e administração regional.
- em cada uma das Divisões Regionais, foram criados distritos sanitários, considerados a unidade de comando da rede médico sanitária regional.
- foram criados no Estado dez Divisões Regionais, que com o tempo passaram a doze e se transformaram em Departamentos.
- centralização normativa para manter a execução dos serviços uniforme, mediante supervisão especializada e instrução permanente através de normas técnicas.
- implantação de sistemas permanentes de planejamento, de epidemiologia, de estatística e de treinamento, objetivando a importância recíproca entre órgãos centrais e unidades periféricas da Secretaria, bem como o treinamento contínuo do pessoal.
- criação da carreira de médico sanitário, considerados como as autoridades sanitárias de um determinado território. (YUNES e BROMBERG, 1971; SAUVEUR, 1983)

O plano estabeleceu quatro áreas de ação conjugada que foram idealizadas por técnicos do GERA e por sanitários da Secretaria da Saúde e da Faculdade de Saúde Pública. (SAUVEUR, 1983)

- área deliberativa – responsável por decisões estratégicas, no sentido de imprimir à SES a política de saúde do governo. Participam desta área o Secretário de Estado, o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Técnico Administrativo.
- área executiva – compreendendo quatro coordenadorias: saúde da comunidade; assistência médico hospitalar; saúde mental e serviços técnico especializados; as funções dos dirigentes das Coordenadorias correspondem as de subsecretário de Estado.

- área assistencial assessora – nesta área estão as atividades de informação, análise, planejamento, normas técnicas e assessoramento.
- área assistencial auxiliar – responsável pelas atividades da administração geral.

Esta estrutura administrativa vigorou de 1967 a 1985, e sua grande contradição esteve condicionada, até 1986, na dicotomia entre o atendimento ambulatorial regionalizado e o hospitalar organizado por especialidades (Hospitais Gerais de Tisiologia e de Dermatologia Sanitária).

A integração dos serviços em nível local e a descentralização executiva estiveram presentes nesta reforma, desde o início, isto é, na primeira gestão de Walter Leser como Secretário de Estado (1967-1970), mesmo que sua implementação tenha se dado de forma mais conseqüente, com a consolidação dos departamentos, no período da segunda gestão deste Secretário (1975-1978). (VIANA, 1994)

A política de saúde no Estado de São Paulo durante a década de 1970 e início da década de 1980, tem as mesmas características da esfera federal, privilegiando a expansão dos serviços de atendimento médico hospitalar, que era da responsabilidade do INAMPS, em detrimento das ações médico sanitárias de caráter preventivo de responsabilidade da secretaria estadual. (SILVA, 1983)

De fato, como afirma VIANA (1994, p. 56) “... as iniciativas da Secretaria de Estado da Saúde, até o início da década de 1980, foram meros desdobramentos da política federal”, um exemplo deste atrelamento são os Projetos de Integração em São Paulo. Estes tinham por objetivo melhorar o atendimento das populações de áreas específicas, mediante convênios que se estabeleciam entre diferentes instituições, e foi um desdobramento do PIASS.

Como um dos Projetos de Integração tivemos o do Vale do Ribeira (DEVALE), implantado com recursos do MS, através de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, que tinha por objetivo expandir os serviços básicos de saúde e saneamento na área rural.

Para tanto, foi previsto o emprego de agentes de saúde da própria comunidade, que eram selecionados, treinados e supervisionados, por profissionais do Estado em atuação conjunta com o MS e INAMPS. Este Projeto teve por abrangência dezessete municípios com população predominantemente

rural, com altos índices de mortalidade infantil e com uma das menores rendas do Estado de São Paulo. (SILVA, 2001)

- **Reforma que cria os ERSAs na década de 1980, fase pré SUS**

Na década de 1980 as diretrizes políticas implementadas pelo setor da saúde, impulsionam modificações nas instituições responsáveis pela prestação de serviços, considerando as novas competências e responsabilidades entre as diversas instâncias do poder executivo. (TANAKA et al., 1992)

O processo de redemocratização do país, com eleição direta para governadores e prefeitos, a possibilidade da participação popular nas questões político sociais iniciando os debates sobre a reforma sanitária, aliado a crise fiscal do Estado que repercutiu na Previdência Social, determinando a contenção de gastos, impondo restrições ao volume de recursos transferidos ao setor privado, foram alguns dos fatores que determinaram a busca de alternativas para a assistência médica aos previdenciários e que se repensasse o papel do Estado na assistência à saúde. (JUNQUEIRA, 1996)

No Estado de São Paulo, a partir das eleições para governador em 1982, com André Franco Montoro como candidato de oposição eleito, com uma plataforma vinculada ao desenvolvimento de programas sociais, tem como Programa de governo a descentralização, a municipalização e a participação popular.

Neste contexto a política de saúde no Estado incorporou as diretrizes do governo com o objetivo de melhorar o atendimento à população e superar a dicotomia entre ações preventivas e curativas buscando o atendimento integral à saúde. (FUNDAP, 1987)

Paralelamente, iniciativas do governo federal no sentido de organizar e racionalizar a política de saúde, como as AIS em 1983, foram adotadas pelo governo estadual, resultando no Convênio entre o MPAS, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual e as Prefeituras Municipais, permitindo concretizar as metas do governo: reorientar a assistência sanitária, integrar e regionalizar os serviços de saúde e responder adequadamente às necessidades de saúde da população, o que viabilizou a descentralização a nível regional. O primeiro Termo Aditivo foi assinado em 1983. Os convênios envolveram todos os serviços da SES e 501 municípios, correspondendo a 98% da população do Estado. (FUNDAP, 1987; VIANA, 1994)

“Neste período, gestão João Yunes (1983-1987) formula-se na SES um tipo de descentralização de gerência, na qual os diretores dos Departamentos Regionais de Saúde passam a desempenhar o papel de ‘subsecretários’. Eles presidem as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde (CRIS) e os Grupos Regionais de Ações de Saúde (GRIAS) e são responsáveis pela consolidação dos orçamentos de várias unidades da SES, em cada região, e pela coordenação e implantação dos convênios de integração dos serviços públicos com os municípios. Os GRIAS foram criados em 1983 para constituírem-se em uma instância de integração e de coordenação entre os serviços de uma determinada área. A sua criação, entretanto, acarretou uma contradição insolúvel para a Secretaria, pois as unidades a serem integradas (hospitais e ambulatórios) estavam subordinadas a coordenadorias diferentes, com lógicas administrativas diversas.” (VIANA, 1994, p. 50)

Na gestão Yunes, também foi criado na SES o Departamento de Recursos Humanos e o Centro de Informação em Saúde, modernizando a estrutura do nível central da Secretaria.

### **O Programa Metropolitano de Saúde e os ERSA**

Em 1985, criam-se os ERSA, originados como consequência da política estabelecida no governo Montoro (1983-1987), através dos ERG, para formar instâncias descentralizadas de coordenação de ações das diferentes secretarias estaduais, obedecendo as diversidades regionais existentes no Estado. (VIANA, 1994)

A reorganização da Secretaria fundamentou-se então num modelo assistencial que preconizou a integração, a hierarquização e a regionalização da saúde e este modelo tem, no PMS, sua primeira concretização efetiva, com a criação do módulo de saúde. (FUNDAP, 1987)

O PMS, criado em 1983, tinha por objetivo a universalização do atendimento em saúde, mediante a descentralização, a integração e a hierarquização da rede de serviços; esta proposta tem os mesmos princípios preconizados pelas AIS, neste momento então há uma justaposição de propósitos entre os níveis federal e estadual.

Na afirmação de VIANA (1994, p. 66) “o programa significou a oficialização pela SES, da proposta de incorporação da assistência médica pelo setor público e de descentralização dos serviços”, conseqüentemente, antes da criação dos ERSA e da emergência do SUDS/SUS, “... a secretaria buscava constituir em uma área específica a idéia de sistema de saúde com integração multi-institucional.”

“A SES implantou uma nova lógica para a estruturação de serviços, com a criação do PMS. Uma nova Secretaria de Saúde estava nascendo. De fato associado a esse programa, criou-se também a Coordenadoria do Programa Metropolitano de Saúde (CPMS), que cuidou dos estudos de um novo modelo de gerenciamento integrado.



Disso resultaram 12 módulos de saúde, implantados em cinco áreas da Região Metropolitana. Os módulos da CPMS apresentavam uma estrutura diferente da mantida pela SES, integrando hospital e ambulatório em uma gerência única.

Os resultados positivos desses novos modelos de integração dos serviços (AIS/PMS), possibilitaram a partir do segundo semestre de 1985, o aprofundamento nos estudos visando uma reforma administrativa, conferindo à Secretaria uma nova concepção organizacional, mais moderna e adequada às diretrizes da regionalização, da descentralização e da hierarquização dos serviços. Desses estudos surgiria a proposta básica dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA).” (VIANA, 1994, p. 51)

Esta autora ainda afirma que os ERSA vieram também responder a uma necessidade interna da própria SES da sobreposição de duas estruturas, considerando que no interior do Estado ainda vigorava os departamentos e distritos de saúde, e na Região Metropolitana, tinha-se os módulos e as regiões de saúde.

Os ERSA objetivavam a constituição em cada região específica, de uma nova instância de coordenação da SES, com a integração de todos os serviços – centros de saúde, hospitais, laboratórios. Tinham como instância política as CRIS, e técnico administrativa as antigas estruturas da SES absorvendo os Departamentos Regionais de Saúde e/ou Distritos Sanitários, além das unidades hospitalares, ambulatoriais, psiquiátricas e laboratoriais. As vigilâncias epidemiológicas antes dispersas foram integradas em dois centros: Centro de Vigilância Epidemiológica e Centro de Vigilância Sanitária, coordenados por um Conselho de Vigilância. (VIANA, 1994)

Inicialmente foram criados 62 ERSA no Estado, chegando a 65 no mesmo ano de 1986, sendo 15 na região metropolitana e 50 no interior. Sua distribuição obedeceu aos mesmos critérios adotados para a estruturação dos ERG, isto é, “o da territorialização da área do Estado de São Paulo, mas também se levaram em consideração outros critérios, específicos da saúde, como graus de acesso da população aos serviços, perfil epidemiológico, etc.” (VIANA, 1994, p. 51)

Com a criação dos ERSA estabeleceu-se uma nova lógica na SES:

“... prioridade do nível regional ou local com redução da dimensão burocrática e administrativa do nível central, .... em conformidade aos princípios reformuladores do setor público, as atribuições dos ERSA não se restringem à coordenação e gerência das unidades estaduais de sua região. Mais do que isso, é-lhe assegurada uma importante participação, através da CRIS, na condução do processo de planejamento e na coordenação de todo o setor saúde na região, inclusive a ação dos órgãos federais, municipais e privados.” (VIANA, 1994, p. 52)

Constituídas as instâncias regionais, a outra etapa foi a reestruturação do nível central da SES, para apoiar técnica e administrativamente os ERSA, onde

através do Decreto nº. 26.774 de 18 de fevereiro de 1987, foram criadas seis coordenadorias: CPS, CGA, CIP, CRH, CSRMGSP e CSI.

A estrutura desconcentrada e regionalizada da Secretaria permitiu que ela assumisse as competências do INAMPS distribuídas no Estado. No plano estadual, portanto, a política federal, no caso o SUDS, traduziu-se com a integração dos serviços estaduais de saúde com a rede própria e contratada do INAMPS.

A partir de 21 de maio de 1987, os convênios AIS foram sendo substituídos pelos convênios SUDS, cujas bases institucionais eram a municipalização da rede básica, a definição de uma política hospitalar e a implementação de uma estrutura programática comum dentro do Estado. (TANAKA et al., 1992)

A SES/SP a partir de então passou a dirigir a Superintendência do INAMPS, iniciava a municipalização das UBS estaduais no interior e recebia a gerência – estadualização – dos serviços hospitalares e ambulatoriais próprios da Previdência.

Procurando sintetizar este período que denominamos pré SUS, a política de saúde no Estado de São Paulo, caracterizou-se por reproduzir o modelo vigente da política federal, mas algumas iniciativas distinguiram sua atuação, como foi o caso da reforma de 1967, criando as instâncias de Distritos e de Departamentos, e em 1975 quando se consolidou as estruturas de Departamento, que passou a ser concebido como unidade de despesa orçamentária e, portanto, com certa autonomia.

E o PMS que alterou o tipo e a forma de presença da SES na política de saúde. “O significado do PMS foi exatamente esse: o de introduzir o Estado e o município de São Paulo no processo de descentralização deslanchado pelo governo federal com a constituição das AIS.” (VIANA, 1994, p. 84)

Convém enfatizar, também, que “... o modelo de módulo, visando à ação integral em saúde, antecipava em muito os princípios e os objetivos do SUS e até mesmo as definições de SILOS da OPS.” (VIANA, 1994, p. 88)

## **O SUDS e o SUS**

No período de 1987 a 1994 a maioria das unidades de saúde estaduais que prestavam serviço de atenção primária, como as UBS e os laboratórios

locais, foram repassados à gerência aos municípios, com exceção da Capital. (BARATA et al., 2004)

Na visão de JUNQUEIRA (1996) o SUDS foi um momento privilegiado para os municípios, que ao gerenciar a rede pública de saúde permitiu que eles se inserissem no sistema como prestadores de serviço.

Com o surgimento do SUDS o rumo da descentralização passou a ser dado pela municipalização. “Descentralização e municipalização tornaram-se sinônimos, do mesmo modo que sistema local e sistema municipal. Ao mesmo tempo, a definição de módulo e de ERSA perdeu o significado que tinha na concepção original, tornando-se, com o SUS, em Distrito de Saúde.” (VIANA, 1994, p. 85)

O final da década de 1980 é marcado pela Assembléia Nacional Constituinte que debateu e levou a proposta do SUS à Constituição Federal de 1988.

A década de 1990 inicia-se com promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 que definiu as atribuições de cada nível de governo e a Lei 8142 que instituiu duas instâncias colegiadas para a participação da Comunidade na gestão do SUS, também em cada esfera de governo: as conferências e os conselhos de saúde, bem como as instâncias colegiadas bipartite e tripartite.

As NOB também editadas na década de 1990 visavam regulamentar, principalmente, o processo de descentralização para a esfera municipal da gestão do SUS, detalhando a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo não previstas nas Leis da Saúde. (LEVCOVITZ et al., 2002)

Pela NOB/91, os municípios começam a receber recursos financeiros diretamente da esfera federal através do pagamento por produção, e eram considerados prestadores de serviços; no período de 1990 a 1993, as relações, até então mediadas pela esfera estadual do governo, passam a acontecer diretamente entre os níveis federal e municipal, caracterizando a perda de espaço e legitimidade das secretarias estaduais. (JUNQUEIRA, 1996)

Diante desta situação contraditória com os princípios do SUS, o governo federal publica a NOB/93, que introduziu formas alternativas de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena) mudando a lógica do processo de municipalização, prevendo transferência fundo a fundo, conforme o tipo de gestão.

“Apesar do processo de municipalização dos serviços de atenção primária estadual já tivesse ocorrido na maior parte do estado, o desenvolvimento da gestão municipal de saúde chegou mais tarde e de forma mais lenta, iniciando-se apenas em 1993 quando o Ministério da Saúde editou a NOB” (BARATA et al., 2004)

Em 1995, São Paulo tinha 11 municípios habilitados na gestão semiplena, 23 em gestão parcial e 123 com gestão incipiente, permanecendo 398 sem nenhuma forma de gestão. (BARATA et al., 2004)

- **Reforma que transformou os ERSA em Direções Regionais em 1995**

Neste ano de 1995 a SES/SP tem uma nova reforma administrativa que extinguiu os 65 ERSA e criou 24 DIR.

“Com base no intenso processo de municipalização ocorrido no Estado, aliado à hipertrofia da estrutura estadual dos ERSA e a nova filosofia da redução do tamanho do Estado, em 1995 a gestão estadual da saúde promove uma mudança nos órgãos regionais da SES, reduzindo seu número de 65 Escritórios Regionais para 24 Diretorias Regionais de Saúde.” (IBÁÑEZ et al., 2001)

Com relação a esta reforma administrativa GUEDES (2003) então Secretário Estadual de Saúde afirma:

“A SES promoveu em 1995 uma importante reforma administrativa. Nesse processo, os 65 Escritórios Regionais de Saúde – ERSA, foram transformados em 24 Direções Regionais de Saúde – DIR, levando em consideração, entre outros pontos, a mudança do papel institucional da esfera estadual. O papel da Secretaria deixou de ser preponderantemente administrativo e executor e passou a ser prioritariamente regulador, mediador, orientador e assessor. Nesta perspectiva, não se fazia mais necessário o grande contingente de órgãos regionais, que outrora se responsabilizavam pela gerência dos serviços estaduais de saúde. Isso representou a economia de oitocentos cargos de confiança.” (GUEDES, 2003, p. 229 e 230).

Assim sendo, são duas as preocupações centrais dos dirigentes estaduais: o enxugamento da máquina administrativa e a reorientação do nível regional para um novo papel, tendo em vista a municipalização da rede básica e a necessidade de uma coordenação mais técnica do nível regional. O funcionamento das DIR ficou estruturado a partir dos Núcleos de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento; Núcleos de Apoio a Assistência e os Grupos de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. A SES, do ponto de vista de provisão de serviços, passou a concentrar suas ações na área hospitalar e de apoio e na produção e distribuição de medicamentos (Dose Certa). (CONSÒRCIO MEDICINA USP, 2007)

Salientamos que o nível central da SES permaneceu inalterado, vigorando, portanto, o Decreto de 1987, sendo que as cinco DIR da Região Metropolitana (Grande São Paulo) subordinaram-se a CSRMGSP, e as demais a Coordenadoria de Saúde do Interior.

“Tanto a estrutura administrativa proposta quanto a regulamentação das atribuições regionais revelam a tendência de repensar o papel estadual na gestão do SUS mais voltado para o planejamento regional, o apoio aos municípios e a regulação do sistema. Mas somente no final da década com a emissão da NOAS 01/2001 retoma-se a discussão mais consistente sobre o nível regional e o papel das esferas estaduais neste contexto.” (CONSÓRCIO MEDICINA USP, 2007, p. 5)

A última norma operacional editada na década de 1990 é a NOB/96, que ao criar as categorias de gestão (Pleno da Atenção Básica e Pleno do Sistema Municipal), permitiu avanços no processo de descentralização para os municípios, como é o caso do financiamento per capita do sistema, decorrente do PAB.

Em São Paulo, no ano de 2003, 161 municípios estavam habilitados como Plenos do Sistema Municipal e 482 como Plenos da Atenção Básica, sendo que em 2004 todos os municípios estavam habilitados em algum tipo de gestão. (SES, 2005)

Paralelamente, esta NOB propõe mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, incentivando a adoção de estratégias como o PSF e o PACS.

A partir no ano de 1995, a SES prioriza a reorientação do modelo de assistência por meio da implantação do Programa de Saúde da Família em todo o Estado, para garantir a assistência integral à saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade. (GUEDES, 2004)

Como aponta ainda este autor, esta decisão do governo estadual desencadeou três importantes movimentos:

- “... apoio técnico aos municípios para que implantassem o programa com incentivo financeiro do Ministério da Saúde.
- Apoio técnico e financeiro aos municípios com baixo IDH, assentamento de famílias e remanescentes de quilombos (117 municípios). Neles, o Estado se responsabilizou pelo custeio de dois terços do Programa.
- Na capital, em virtude do desinteresse das administrações que implantaram o PAS, a SES assumiu integralmente a implantação do programa com recursos do Ministério e do Estado, em parceria com entidades filantrópicas” (GUEDES, 2003, p. 238).

Em que pese a NOB/96 ter apontado o papel do gestor estadual redefinindo e recolocando-o no sistema de saúde, através de atividades como planejamento e controle, a influência do Ministério da Saúde na definição da política continuou preponderante, na medida, que induzia programas e ações por meio do financiamento, operado sob controle centralizado das transferências de recursos, seja na definição da quantidade como das modalidades de repasse. (MENDES, 2008)

Concomitantemente, os consórcios intermunicipais de saúde constituíram-se num instrumento do processo de municipalização da saúde e contribuíram

para o planejamento e para a estruturação das ações e dos serviços municipais conforme as especificidades e necessidades de cada local e região.

No Estado de São Paulo, existem 15 consórcios intermunicipais em funcionamento, concentrando-se nas regiões sul e oeste do Estado, sendo que na prestação de serviços vem privilegiando a atenção médica ambulatorial especializada e o atendimento hospitalar. (STUCCHI, 2006)

Com a publicação da NOAS no ano de 2001 e sua republicação no ano de 2002, a ênfase passa a ser dada pela diretriz da regionalização, que se expressa na proposta de aumentar o acesso a uma atenção mais integral da população, mediante a regionalização e hierarquização da rede assistencial, reforçando o propósito de organização dos sistemas estaduais.

No Estado de São Paulo, elaborou-se o PDR, "... no que diz respeito à PPI, a discussão limitou-se às insuficiências de tetos financeiros, e como decorrência, a pactuação foi inviabilizada" (MENDES, 2008 p. 29)

Em 2005, na SES/SP há uma nova reforma administrativa, mas somente no nível central: a CSI passa a denominar-se CRS responsabilizando-se pelas 24 DIR; a CSRMGSP tem sua denominação alterada para CSS e subordinados os hospitais próprios e sob contrato de gestão; foi criada a CCTIES responsável pelos Institutos de Pesquisa; alterada a denominação da CIP para CCD que se responsabilizou pelas vigilâncias epidemiológica e sanitária.

- **Reforma de 2006 – transformação das Diretorias Regionais de Saúde em Departamentos Regionais de Saúde**

Em março de 2006, o Ministério da Saúde publica o Pacto pela Saúde, com seus três componentes: pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, sendo a regionalização um dos seus eixos estruturantes, devendo orientar a descentralização das ações, dos serviços de saúde e os processos de pactuação e negociação entre os gestores, prevendo a criação de regiões de saúde e colegiados de gestão regional, tendo o gestor estadual a responsabilidade de coordenar este processo.

A primeira mudança que ocorre na estrutura da SES/SP no ano de 2006 é a transferência dos Grupos de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária com seus subgrupos das DIR para a CCD, que passam a ter como atribuição no âmbito de suas áreas de atuação, o desenvolvimento de ações de prevenção e controle de doenças, agravos e redução de riscos; e a criação de 27 NAOR,

subordinados ao Grupo de Gerenciamento Administrativo também da CCD, através do Decreto nº 51.307 de 27/11/06.

Em 28/12/2006, através do Decreto nº 51.433 há uma nova reforma administrativa, reduzindo as 24 DIR, para 17 DRS, os quais passam a ser responsáveis pelas atividades da SES no âmbito regional e por promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

Os DRS têm por finalidade: (i) contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando, organizando e gerenciando o sistema loco - regional; (ii) identificar a necessidade de compra de serviços; (iii) promover a articulação dos sistemas metropolitanos; (iv) avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde; (v) tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde.

A discussão do Pacto pela Saúde, no Estado de São Paulo, vem ocorrendo simultaneamente com a elaboração do Plano Estadual, partindo-se do diagnóstico da situação de saúde regional, da definição de regiões de saúde e da constituição dos CGR, através de oficinas de trabalho realizadas nos DRS com a participação dos municípios de sua área de abrangência.

A CIB reunida em 19/07/2007 referendou o reconhecimento de 64 regiões de saúde com os respectivos colegiados regionais, e os 17 DRS enquanto macro-regiões com respectivas Comissões Intergestores de abrangência macro regional. (Deliberação CIB 153/2007).

Desse modo, as mudanças na estrutura regional do SUS, em São Paulo, resultam de dois movimentos, um por parte dos municípios e outro por parte do estado, que buscam uma convergência dentro da perspectiva de uma nova regionalização da saúde. (CONSÓRCIO MEDICINA USP, 2007)

“Este quarto momento da gestão regional da SES ocorre num contexto de busca de uma descentralização baseada num processo mais dependente da articulação política entre os entes federados, como proposto pelo Pacto de Saúde.

É justamente neste sentido, que a SES enfrenta um grande desafio para firmar seu papel e seu poder na descentralização regional do SUS. Hoje, o grande desafio da gestão estadual é lidar com a diversidade de situações regionais expressas em demandas e a composição de recursos, sejam públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, sem contar com a heterogeneidade de atores e interesses, que atuam direta ou indiretamente no planejamento e na regulação regional da saúde.” (CONSÓRCIO MEDICINA USP, 2007, p. 7)

## 6 REGIÃO DE REGISTRO

Não há consenso quanto a delimitação da região do Vale do Ribeira podendo ser encontrada nos estudos acadêmicos e planos de desenvolvimento governamental, diversas configurações regionais (BRANDÃO e MACEDO, 2007). Para os propósitos deste trabalho, a análise se dará pelo recorte territorial estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, que delimitou como área de abrangência do Departamento Regional de Registro os seguintes municípios: Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera Açu, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras.

Esta região localiza-se a sudeste do Estado de São Paulo e esta inserida no que se denomina Vale do Ribeira.

O Vale do Ribeira compreende uma extensa região em que se delimita a Bacia Hidrográfica do Ribeira de Iguape e o Complexo Estuarino Lagunar de Iguape – Cananéia – Paranaguá, além de outras sub-bacias que se interligam, totalizando 28,3 mil km<sup>2</sup>, cerca de 2.830.666 hectares. A área da bacia abrange 30 municípios, sendo 21 no Estado de São Paulo, e 9 no estado do Paraná. (BRANDÃO e MACEDO, 2007)

A região abrange um dos últimos redutos da Floresta Atlântica, com flora e fauna diversificadas mantidas em Unidades de Conservação de várias categorias, contemplando diversos usos, desde o lazer em geral, até o uso restrito para pesquisa científica, e engloba 60% do território regional. (ROMÃO et al., 2005)

Considerando a grande extensão da Mata Atlântica e a diversidade de ecossistemas prevaletentes na região, o Vale do Ribeira é considerado pela UNESCO patrimônio de Reserva Natural da Humanidade.

Em contraposição ao seu rico patrimônio ambiental, hoje a região apresenta os piores indicadores sociais e econômicos do Estado de São Paulo, a menor densidade demográfica e a atividade industrial pouco desenvolvida, com uma parcela substancial da população vivendo da agricultura itinerante de subsistência e/ou extrativismo vegetal clandestino e predatório, principalmente madeira e palmito. (NEPO, 2002)

Para a caracterização atual da região, buscou-se um levantamento histórico do Vale do Ribeira no contexto do Estado de São Paulo.



## 6.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO VALE DO RIBEIRA

A região do Vale do Ribeira apesar de hoje ser a menos povoada foi uma das primeiras no Brasil a ser ocupada (BRAGA, 1999), com a chegada dos primeiros colonizadores portugueses que fundaram, no século XVI, os povoados de Cananéia e Iguape.

Neste primeiro momento, o povoamento da região ficou restrito ao litoral e estava ligado às funções da defesa, ocupação e expansão do território pelos portugueses, já que o Vale do Ribeira situava-se no limite territorial demarcado pelo Tratado de Tordesilhas. A economia regional limitava-se a pesca, a coleta e a lavoura de subsistência de acordo com BRAGA (1999)

A região somente no século seguinte é que tem a primeira atividade econômica em escala mercantil, a mineração. Foi o chamado "Ciclo do Ouro". Após essa fase, que durou praticamente todo o século XVII, a economia regride para a produção de subsistência. Em Iguape, devido à acumulação realizada no período do ouro, e por seu papel de entreposto comercial e portuário com o sul do país, manteve alguma importância econômica. (BRANDÃO e MACEDO, 2007)

No final do século XVII, desenvolveu-se um outro ciclo econômico na região, com pequena duração, e restrito ao litoral, principalmente em Cananéia, que foi a construção naval. (BRAGA, 1999)

No século XVIII, ocorreu uma retomada da mineração na região, que foi relativamente intensa, segundo BRAGA (1999). Este autor ressalta que nesta época a chegada a Apiaí onde foi encontrado ouro de aluvião, se deu por Sorocaba, e não pelo litoral como até então vinha acontecendo.

Novamente a economia da região fica estagnada, quando se inicia um novo ciclo econômico no século XIX a rizicultura, concentrando-se novamente nos dois principais núcleos da época, Iguape e Cananéia (BRANDÃO e MACEDO, 2007), sendo que a partir de 1870, com a decadência da rizicultura a região entrou num novo período de estagnação econômica, retornando à lavoura de subsistência.

"O Vale do Ribeira converteu-se no 'sertão do litoral' na 'Amazônia Paulista', uma ilha de pobreza no mar de prosperidade em que se tornou o Estado de São Paulo com a cafeicultura e, posteriormente, com a indústria no século XIX." (BRAGA, 1999, p. 6)

Nas análises de BRAGA (1999), BRANDÃO e MACEDO (2007) as explicações para esta estagnação da região do Vale do Ribeira são encontradas através da história das relações entre o desenvolvimento do Estado de São Paulo e a agricultura cafeeira. O café foi um produto de destaque nas exportações paulistas de 1870 até 1930 aproximadamente, e teve importância na ocupação do território, na acumulação do capital e no desenvolvimento desigual das regiões paulistas.

Em 1850 o complexo rural dominante no Estado de São Paulo era o cafeeiro concentrado no Vale do Paraíba. Além do café, havia ainda um complexo canavieiro, o chamado "Quadrilátero do Açúcar" (Sorocaba, Piracicaba, Mogi Guaçu e Jundiaí) que logo entrou em decadência. E marginalmente, um complexo rizicultor no Vale do Ribeira que vinha se expandindo. Todos estes mantidos por mão-de-obra escrava.

Com a proibição do tráfico de escravos em 1850, há uma crise no complexo rural escravista, afetando-o de maneira diferente.

No Vale do Paraíba, a cafeicultura dos tradicionais latifúndios escravistas, que em 1854 respondia por 78% da produção do Estado, foi dissolvida, fazendo com que a região entrasse em um longo processo de estagnação. (BRAGA, 1999)

A cafeicultura, no entanto, manteve sua hegemonia avançando para o oeste do Estado, a conhecida "Marcha do Café", formando, a partir de 1870, um novo sistema denominado por CANO (1988) como complexo cafeeiro paulista, que não era monocultor nem latifundiário, e constituiu-se em novas relações de produção, num novo regime de trabalho denominado "colonato" formado pela incorporação de famílias de imigrantes. (BRAGA, 1999)

Acompanhando a expansão da cafeicultura pelo oeste paulista, ocorreu também a da malha ferroviária, cuja eficiência foi fundamental para a expansão do complexo cafeeiro, e trouxeram como consequência não somente a expansão produtiva para as regiões que faziam parte desta malha, como a Mogiana e a Paulista, mas também a fixação de mão-de-obra e de núcleos urbanos ao longo de seu percurso. (CANO, 1988)

Ao mesmo tempo, segundo BRAGA (1999), as condições favoráveis ao desenvolvimento do complexo cafeeiro paulista, não aconteceu com a agricultura produtora de alimentos, e desta forma é possível explicar a crise da rizicultura do Vale do Ribeira, escravista e geograficamente distante da Zona Cafeeira.

O autor aponta que como a expansão da malha ferroviária paulista acompanhou a marcha do café rumo a oeste, principalmente porque a origem do capital ferroviário era majoritariamente privado e oriundo da própria cafeicultura, o Vale do Ribeira, região não cafeicultora, ficou excluída desse processo, sendo que somente em 1912, chegou à região, e até Juquiá, o primeiro ramal ferroviário.

A região do Vale do Ribeira, contava com um relativo sistema de navegação fluvial, que foi base do transporte regional até o início do século XX, e, portanto, era por onde escoava a produção de arroz, o que em tese, não necessariamente representaria um entrave a sua economia, caso a região tivesse uma produção economicamente compensadora.

O que ocorreu na região, no entanto, comprometendo seriamente seu sistema hidroviário foi o assoreamento do porto de Iguape impedindo o acesso de navios de grande porte, e assim o arroz produzido na região que já encontrava dificuldade em competir com as demais regiões produtoras, teve sua colocação no mercado mais dificultada.

A conclusão é que sem estradas e ferrovias por terra, e com a navegação comprometida, a região foi se isolando cada vez mais do resto do Estado.

Além disso, a outra questão colocada por BRAGA (1999) para explicar a estagnação do complexo rizicultor do Vale do Ribeira e de seu isolamento do resto do Estado, é a da mão-de-obra livre do imigrante, que favoreceu o desenvolvimento do café, mas que na região as experiências foram fracassadas, apesar da criação e instalação dos primeiros núcleos oficiais de colonização no Estado terem sido em Pariqüera Açu (1861) e Cananéia (1862).

Mesmo com iniciativas dos próprios imigrantes para se fixarem na região do Vale do Ribeira, como aconteceu com ingleses, irlandeses, alemães, poloneses, russos, norte-americanos, "a maior dificuldade para fixação dos colonos na região foi, realmente, a dificuldade de implantação de uma lavoura comercial, que, na época, só poderia ser o café, que traria consigo todos os benefícios levados ao planalto." (BRAGA, 1999, p. 19)

A cafeicultura foi uma atividade importante nos primeiros núcleos coloniais no final do século XIX, na região do Vale do Ribeira, principalmente em Pariqüera Açu, que foi realizada por colonos e pequenos agricultores, no entanto, era inexpressiva em termos globais, não se caracterizando, em um complexo cafeeiro sob a égide de um capital mercantil, como nas áreas do planalto. (BRAGA, 1999)

Ainda, segundo Braga a baixa produção de café na região deveu-se basicamente porque as terras do Vale do Ribeira são pouco adequadas para seu cultivo, o que é também expresso pela Secretaria da Agricultura em 1977, quando foi realizado o zoneamento agrícola, com diagnóstico que a região, em quase sua totalidade não possui aptidão ecológica para a cafeicultura.

A conclusão deste autor, diante destas considerações, compartilhada também por BRANDÃO e MACEDO (2007), é que o Vale do Ribeira ficou alijado da economia do café, não por um “imperialismo” das regiões cafeeiras, mas devido a uma conjugação de fatores históricos / geográficos que devem ser analisados dentro de um processo mais amplo que foi a crise do complexo rural escravista, no bojo do processo capitalista de modernização das relações de produção no Brasil.

A partir da década de 1930, com os cultivos do chá e banana, impulsionados pelos imigrantes japoneses, desenvolve-se a região, sendo reincorporada ao mercado capitalista. Esse processo foi, no entanto, tardio, pois a região já tinha perdido a oportunidade histórica de integrar-se ao ritmo de acumulação capitalista, que nesse momento iniciava uma nova fase, a industrialização. (CANO, 2007)

"A região do Vale do Ribeira, assim, fica à margem da economia do café e também fica alijada do processo de industrialização, permanecendo como região estagnada e à margem da economia paulista que se desenvolvia e interiorizava." (BRANDÃO e MACEDO, 2007, p.72)

Nas considerações de Braga (1999) a imigração japonesa causou um impacto considerável na dinâmica da região devido, principalmente, ao fato que esta colonização foi totalmente diferente das anteriores, pois surgiu com o apoio do governo paulista, que firmou contrato com a Companhia Japonesa de Imigração e através de sua filial a K.K.K.K. (Kaigai, Kogyo Kabushiki, Kaisha) foi responsável direta pela colonização.

A K.K.K.K. procurou orientar a colonização de forma integral, trazendo agrônomos do Japão, fazendo a distribuição e a divisão dos lotes de forma racional, proporcionando assistência médica e escola para os colonos, construindo estradas vicinais ligando as colônias aos portos fluviais de Registro e Sete Barras. Foi aberta também uma estrada ligando Registro a Juquiá.

É nessa época que Iguape perde sua primazia sobre a região, condição que se mantinha desde o século XVI, passando a ser Registro a nova “capital” do

Vale do Ribeira, pois os japoneses pouco se voltaram para o litoral, seus interesses ligavam-se ao planalto, onde estavam os melhores mercados. (BRAGA, 1999).

O apogeu da imigração japonesa na região foi em 1931, tendo cessado em 1937 com o advento da Segunda Guerra Mundial.

Na visão de Braga (1999) mesmo com a retomada da mercantilização da economia regional, através da banana e do chá,

“... o Vale do Ribeira não deixou sua condição de região pobre dentro de um estado rico. Essa condição de disparidade econômica despertou a partir de 1950 as atenções governamentais e em 1959 foram enviados os primeiros esforços governamentais sistemáticos com o intuito de diagnosticar e superar a estagnação social e econômica na região. Dez anos mais tarde foi criada a SUDELPA, autarquia estadual, criada em 1969, com o objetivo de promover o desenvolvimento do Vale do Ribeira e do restante do litoral paulista. Quase vinte anos depois a SUDELPA foi extinta sem lograr seu intento. As razões desse fracasso deve ser buscado nas próprias causas da estagnação regional.” (BRAGA, 1999, p. 6)

Entre os anos de 1985 a 1988, surge a questão ambiental no Vale do Ribeira, que motivou a criação de várias unidades de conservação, considerando a grande mobilização popular pela proteção da Juréia inicialmente, e pela ação do Estado durante o Governo Franco Montoro, e do movimento ambientalista. (COELHO et al., 2006)

As unidades de conservação correspondem a 35% do território do Vale do Ribeira paulista, e possuem diferentes graus de restrição ao estabelecimento das populações e às atividades econômicas; assim se por um lado promovem a preservação de muitas áreas, induzem a parcela da população rural à clandestinidade, considerando que suas atividades agrícolas e extrativistas tradicionais não foram regularizadas tanto por questões fundiárias quanto por questões ambientais. (COELHO et al., 2006 )

A questão fundiária no Vale do Ribeira remete ao início do século XX, e segundo informações do Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP), 36% das terras do Vale do Ribeira tinham sua situação definida em nome de particulares, 15% eram tituladas por autoridades públicas para assuntos fundiários, 9% eram terras devolutas e 40% não eram discriminadas, encontrando-se com ação em andamento ou sem ação iniciada. (ROMÃO et al., 2006)

O percentual de terras com situação dominial indefinida representa 35% da pendência total do Estado de São Paulo, o que faz da região a área mais

importante para regularização, e faz do conflito em torno da propriedade fundiária um dos principais problemas do Vale, que tem ainda em seu território comunidades indígenas e remanescentes de quilombos.

Esta situação vem se agravando desde a metade do século XX, pois a partir da construção da BR 116, que data desta época, há uma valorização das terras e um incentivo a ação de grileiros. (COELHO et al., 2006)

Os interesses do governo estadual e federal por esta região, passam a contemplar projetos de desenvolvimento econômico e social, principalmente no final da década de 1980, com tentativas de conciliar conservação ambiental e geração de renda a partir do desenvolvimento sustentável, idéia compartilhada por muitos grupos da região, mas com propostas distintas de acordo com os interesses de cada um deles. (COELHO et al., 2006)

Assim, instituições públicas, como a Fundação Florestal, vinculada a Secretaria do Meio Ambiente, buscam implementar projetos de apoio a comunidades tradicionais, principalmente aquelas que estão em áreas de conservação ambiental, como os remanescentes de quilombos.

A Fundação ITESP além de ser responsável pelos estudos que subsidiam os processos de regularização fundiária, atende também as demandas sócio-econômicas e culturais das comunidades quilombolas.

Há também outras iniciativas dos governos federal e estadual, visando o desenvolvimento sócio-econômico do Vale do Ribeira como a Agenda de Ecoturismo, o Comitê da Bacia Hidrográfica do Rio Ribeira do Iguape e Litoral Sul, o Fundo Estadual de Recursos Hídricos, entre outros.

Paralelamente na década de 1990, se intensifica na região a organização da sociedade civil que, num estudo não exaustivo realizado pelos mesmos autores, identificaram mais de 211 organizações atuantes na região, em sua maioria sindicatos e organismos afins, patronais ou de trabalhadores, organizações ambientais e associações por locais de moradia.

Os projetos de desenvolvimento para a região, tais como turismo, agropecuária, mineração, madeireiras, usinas hidrelétricas, entraram em conflito com a política ambiental e com restrições às atividades econômicas nas áreas de preservação. Um dos empreendimentos mais debatidos na região é a construção de barragens, seja como hidrelétrica destinada a fornecer energia, seja como reservatório para o abastecimento de água para a região metropolitana de São

Paulo. Como obras de controle de enchentes, as barragens provocam polêmica entre as populações locais e os ambientalistas.

Se por um lado o Rio Ribeira do Iguape, é ainda o único grande rio do Estado de São Paulo não represado; por outro lado, com a crescente urbanização é necessário equacionar o problema das enchentes, comuns na região. (HOGAN, 1993)

Evidencia-se dessa forma um conflito ou mesmo uma contradição, entre desenvolvimento e preservação na região do Vale do Ribeira.

Só recentemente, em 2003, a região passou a ter duas instituições de ensino ligadas à Secretaria de Ciência, Tecnologia, Desenvolvimento Econômico e Turismo que pertence ao Sistema Público Estadual de Ciência e Tecnologia, sendo uma de ensino superior na área de Agronomia com pesquisas direcionadas a temas como agricultura, conservação, biodiversidade e desenvolvimento sustentável (Unidade diferenciada da UNESP localizada em Registro); e uma escola técnica responsável por formar profissionais qualificados para a área de tecnologia (Escola Técnica CEETEPS localizada em Iguape). (PINTO, 2007)

## 6.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NA REGIÃO

No âmbito da região de Registro é inaugurado em 1950 o Hospital Estadual em Pariquãera Açu e foi classificado como hospital geral.

Algumas experiências inovadoras foram propostas para a região, a partir da década de 1970, considerando a dificuldade de acesso tanto para a população quanto para profissionais de saúde ao Hospital Estadual.

Dentre elas destaca-se o convênio celebrado entre a Secretaria de Estado e a USP com o objetivo de levar alunos para o hospital, no entanto, não houve adesão dos alunos e o convênio foi desfeito.

Paralelamente, a SUDELPA, criada em 1969, começa a atuar na região com vistas ao seu desenvolvimento numa iniciativa do governo estadual. Na área da saúde, foi elaborada proposta para que a Santa Casa de São Paulo organizasse estágios de residência médica no Hospital de Pariquãera Açu. O convênio foi celebrado e se manteve até 1990.

A proposta de trabalho dos agentes comunitários rurais marca a década de 1980, através do Programa dos Postos de Atendimento Rural, integrante do

Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural.

Este projeto, iniciado em 1981, ficou conhecido como Projeto DEVALE e contou com recursos provenientes do Estado, do Ministério da Saúde e do INAMPS. (SILVA, 2001)

A área de abrangência do Projeto, na região de Registro, se estendeu em 8 dos 16 municípios e contava com agentes de saúde que atuavam em postos de saúde rurais e na comunidade. (SILVA, 2001)

Esta experiência contribuiu para a adesão dos municípios da região ao PSF e PACS anos mais tarde, em 1995.

Na primeira reforma administrativa da SES, de 1967 que criou as Divisões Regionais de Saúde, a região do Vale do Ribeira não foi incluída. Somente em 1973, têm-se a primeira experiência de regionalização com o Decreto nº 2.329, de 29 de junho, que criou a Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira, com sede no município de Registro, diretamente subordinado ao Gabinete do Secretário, sendo previsto em sua estrutura, além dos setores técnicos e administrativos, o Hospital Regional do Vale do Ribeira em Pariquera Açu.

A área jurisdicional do DEVALE, conforme artigo 2º do Decreto de sua criação constitui-se de duas sub-regiões compostas por municípios agrupados da seguinte forma:

- sub-região de Apiaí – Apiaí, Iporanga e Ribeira.

- sub-região de Registro – Barra do Turvo, Cananéia, Eldorado, Iguape, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro e Sete Barras.

A cada uma das sub-regiões criadas, correspondem respectivamente os Distritos Sanitários de Apiaí e Registro e, os Centros de Saúde existentes em cada um dos municípios passaram para a administração desta Divisão de Saúde.

Em 1975, através do Decreto nº 6.610 o DEVALE passa a se subordinar a Coordenadoria de Saúde da Comunidade, e o Hospital Regional ao Departamento de Hospitais Gerais e Especiais.

A reforma administrativa de 1986 que ocorreu na Secretaria de Saúde criou o ERSA 49 Registro, através do Decreto nº 25.608 de 30 de julho, compreendendo os seguintes municípios: Barra do Turvo, Cananéia, Eldorado, Iguape, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera Açu, Pedro de Toledo,



Registro e Sete Barras, e portanto a área de abrangência do ERSA .restringe -se a sub-região de Registro.

O Decreto nº 25.836 de 5 de setembro de 1986 transfere para o ERSA 49 Registro, os Centros de Saúde de todos os municípios de sua abrangência, o Ambulatório Local de Miracatu, o ambulatório de Saúde Mental de Registro, o Hospital Regional do Vale do Ribeira de Pariqüera Açu, a unidade hospitalar “Dr. Paulo de Almeida Gomes” de Iguape e a Unidade Hospitalar de Miracatu. Transfere ainda o setor administrativo do DEVALE e o Centro de Convivência Infantil; este decreto extingue o DEVALE e os distritos sanitários.

Na vigência da NOB/93, e já na fase pós-SUS, os municípios da região que se habilitaram em algum tipo de gestão foram: Cananéia, Itariri e Pedro de Toledo – gestão incipiente e Jiquiá em gestão parcial; e na NOB/96 todos os municípios se habilitaram na gestão plena da atenção básica, conseqüentemente os serviços de maior complexidade regional (ambulatório e hospital) ficaram na gestão estadual.

Com incentivo da SES, e considerando a experiência dos agentes de saúde na região, em 1995 se inicia a implantação da estratégia do PSF/PACS na região.

A partir de 2000, todos os municípios da região já haviam feito a opção pelo PSF/PACS, como modelo assistencial para a atenção básica.

Ao mesmo tempo a SES/SP, através do Projeto QUALIS, que priorizou municípios que haviam optado pelo Programa Saúde da Família, e que apresentavam baixo IDH e/ou áreas de assentamento e/ou populações quilombolas em seu território, iniciou repasse de recursos financeiros mensais, por meio de Termos Aditivos, com o objetivo de complementar os recursos recebidos da esfera federal.

Todos os municípios da região foram incluídos neste Projeto da Secretaria e passaram a receber o incentivo financeiro que prioritariamente deveria ser utilizado para complementar os salários dos profissionais das equipes.

O Projeto QUALIS teve início no ano de 2000 e continua até os dias atuais, sendo responsabilidade do DRS acompanhar e avaliar o trabalho destas equipes de saúde da família e agentes comunitários com o objetivo de cooperar na reversão do modelo assistencial da atenção nos municípios qualificando-o para o atendimento de saúde da população.

A reforma administrativa de 1995 que extinguiu os ERSA e constituiu a DIR, foi acrescentada à abrangência da DIR Registro o município de Iporanga.

Na reforma administrativa de 2006, o DRS Registro teve sua estrutura alterada, como os demais DRS, no entanto permaneceu com a mesma abrangência.

A oficina de trabalho realizada no DRS Registro durante o primeiro semestre de 2007, com os municípios de sua abrangência identificou uma região de saúde, que foi denominada Vale do Ribeira.

## **O CONSAÚDE**

A direção do ERSA 49 Registro em parceria com o presidente e membros do CODIVAR, em 1989 com o objetivo de melhorar as condições de saúde da região, definiram para o consórcio a responsabilidade de planejar as ações e gerenciar os recursos de saúde pública da região. ([www.consaude.com.br](http://www.consaude.com.br), acessado em 01/11/2007).

O CODIVAR, em 1991, assumiu o gerenciamento do Hospital Regional do Vale do Ribeira, o Ambulatório de Especialidades, e o laboratório do Instituto Adolfo Lutz.

Em 2001 foi criado o CONSAÚDE, como um desmembramento do CODIVAR, especificamente para gerenciar a saúde e melhor equacionar as questões administrativas relacionadas ao material, aos equipamentos e aos recursos humanos, buscando qualificar os serviços para um melhor atendimento da população. (FÓRUM REGIONAL DE SAÚDE DO VALE DO RIO RIBEIRA)

O SAMU é gerenciado pelo CONSAÚDE desde a sua criação, em 1998; tem por função prestar assistência nas estradas estaduais e municipais do Vale do Ribeira, realizando o atendimento pré-hospitalar em todos os municípios do DRS de Registro, e nos municípios de Juquitiba e São Lourenço da Serra contíguos à região.

O CONSAÚDE, além destes serviços administra desde 2003 o Hospital São João, hospital filantrópico, com sede em Registro; e também o CEFOR vinculado a Coordenadoria de Recursos Humanos da SES.

A área de abrangência do CONSAÚDE, além dos quinze municípios da área de abrangência da regional de Registro, tem como municípios consorciados: Apiaí, Barra do Chapéu, Itaoca, Itapirapuã Paulista, Ribeira e Tapiraí pertencentes

ao DRS de Sorocaba; Itanhaém, Mongaguá e Peruíbe pertencentes ao DRS da Baixada Santista; e Juquitiba e São Lourenço da Serra pertencentes ao Departamento Regional da Grande São Paulo, totalizando, portanto vinte e seis municípios consorciados.

Em 2006, a SES/SP e o CONSAÚDE celebram Convênio de Parceria que tem por objeto a operacionalização da gestão e execução pelo consórcio das atividades e serviços de saúde no Hospital Regional do Vale do Ribeira.

Em 2007 é celebrado outro Convênio de Parceria tendo por objeto a operacionalização da gestão e execução pelo consórcio das atividades e serviços de saúde no Hospital Regional de Itanhaém.

## 7 RESULTADOS

Nesta primeira parte, é analisada a composição territorial atual do DRS Registro, em relação aos demais DRS da SES nas dimensões demográfica, econômica, através de dois indicadores sócio-econômicos compostos – o IPRS e o IPVS bem como as condições de saúde, saneamento básico e recursos humanos, conforme os dados disponibilizados no Relatório Preliminar da Pesquisa – 4º Produto: Plano de Análise, Procedimentos Metodológicos e Apresentação dos Resultados do Estudo dos DRS da SES/SP. Na segunda parte, é analisada a entrevista com o dirigente regional de Registro.

Com isso será possível a discussão dos resultados do desempenho do DRS Registro considerando então a gestão regional face ao processo de descentralização do SUS.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO ATUAL DO DRS REGISTRO

A Secretaria de Estado da Saúde tem no território paulista dezessete Departamentos Regionais de Saúde, criados pelo Decreto nº 51.433 de 28/12/06, que são:

DRS 1 Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo

DRS 2 Departamento Regional de Saúde Araçatuba

DRS 3 Departamento Regional de Saúde Araraquara

DRS 4 Departamento Regional de Saúde Baixada Santista

DRS 5 Departamento Regional de Saúde Barretos

DRS 6 Departamento Regional de Saúde Bauru

DRS 7 Departamento Regional de Saúde Campinas

DRS 8 Departamento Regional de Saúde Franca

DRS 9 Departamento Regional de Saúde Marília

DRS 10 Departamento Regional de Saúde Piracicaba

DRS 11 Departamento Regional de Saúde Presidente Prudente

DRS 12 Departamento Regional de Saúde Registro

DRS 13 Departamento Regional de Saúde Ribeirão Preto

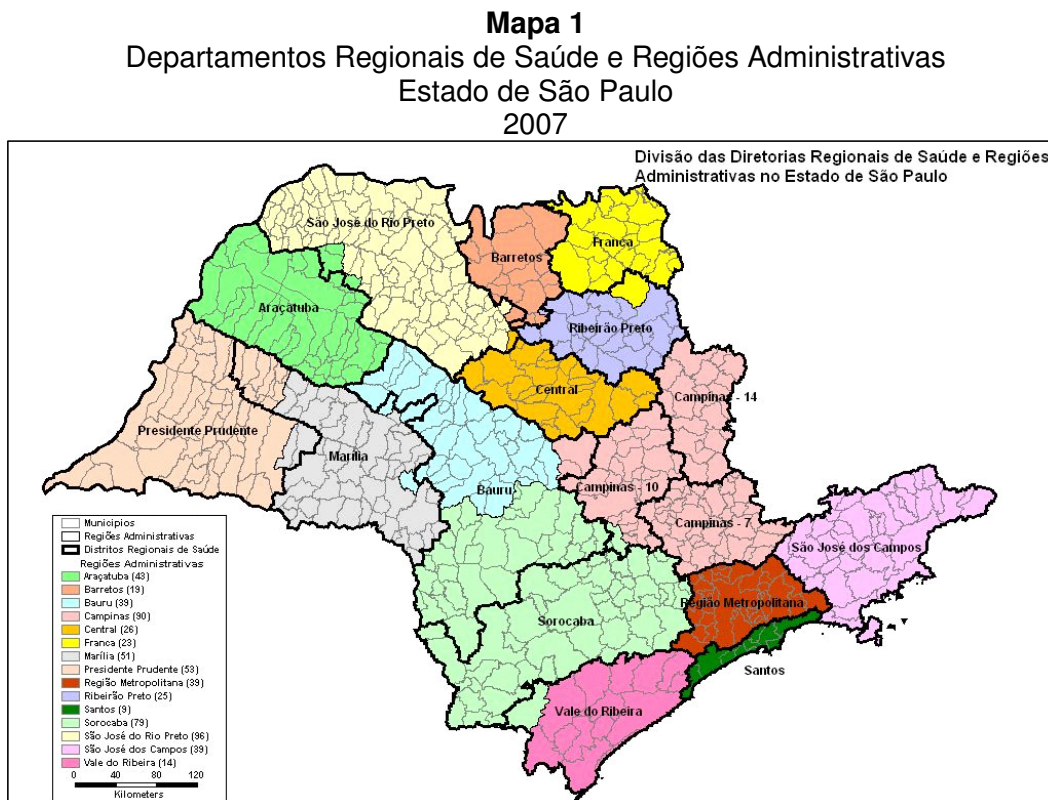
DRS 14 Departamento Regional de Saúde São João da Boa Vista

DRS 15 Departamento Regional de Saúde São José do Rio Preto

DRS 16 Departamento Regional de Saúde Sorocaba

DRS 17 Departamento Regional de Saúde Taubaté

O Mapa 1 apresenta a distribuição territorial dos Departamentos Regionais de Saúde.



**Fonte:** Estudos dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.

O Departamento de Saúde Registro, localizado a Sudeste do Estado de São Paulo, não teve sua estrutura modificada pelo Decreto de 2006, permanecendo em sua área de abrangência os quinze municípios que compunham a antiga DIR, que são: Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras. Na pactuação entre os municípios, através do CGR, definiu-se que esta seria uma única região de saúde.

### 1.1. Aspectos Demográficos

Em 2006, quase metade da população do Estado (47,8%) se concentrava no Departamento Regional da Grande São Paulo equivalendo a cerca de 19,4 milhões de habitantes. No outro extremo está o DRS Registro com população de 235 mil habitantes, o que corresponde a 0,7% da população do Estado.

Registro é juntamente com a Baixada Santista, os DRS que têm em sua abrangência o menor número de municípios; sua média de população por município é de 20 mil habitantes, menor que a média do Estado que é de 30 mil habitantes.

É a região menos densamente povoada, com densidade de 22,2 hab/km<sup>2</sup>, o que mostra a dispersão da população pelo território, e menor que a média estadual que é de 163,1 hab/km<sup>2</sup>. (Tabela 1)

**Tabela 1** – População, Número de Municípios e Densidade Populacional segundo Departamento Regional de Saúde – DRS  
Estado de São Paulo  
2006

Departamento Regional de Saúde	População <sup>(1)</sup>	%	Nº de municípios	População média dos municípios <sup>(1)</sup>	Densidade (hab/ km <sup>2</sup> )
Grande São Paulo	19.356	47,8	39	496	2.436,6
Campinas	3.804	9,4	42	91	421,0
Taubaté	2.221	5,5	39	57	137,3
Sorocaba	2.168	5,4	45	48	91,6
Baixada Santista	1.654	4,1	9	184	688,3
Bauru	1.621	4,0	69	23	50,3
São José do Rio Preto	1.443	3,6	101	14	54,1
Piracicaba	1.425	3,5	28	51	158,4
Ribeirão Preto	1.215	3,0	25	49	120,4
Marília	1.080	2,7	62	17	51,6
Araraquara	931	2,3	25	37	85,2
São João da Boa Vista	789	1,9	20	39	97,4
Presidente Prudente	721	1,8	45	16	32,3
Araçatuba	694	1,7	40	17	39,2
Franca	652	1,6	22	30	68,8
Barretos	415	1,0	19	22	50,7
Registro	295	0,7	15	20	22,2
Estado de São Paulo	40.484	100,0	645	1.212	163,1

**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.

(1) Em mil pessoas.

A mudança da estrutura demográfica do Estado, marcada pela maior participação de pessoas com idade superior a 60 anos, também é verificada entre os DRS, através do índice de envelhecimento calculado em 2006. Nota-se que o Estado possui 40,5 pessoas de 60 anos e mais para cada 100 pessoas de menos de 15 anos. A regional de São José do Rio Preto é a que apresenta o maior índice de envelhecimento do Estado (64,1 idosos para cada 100 crianças) e Registro o menor (34,0 idosos para cada 100 crianças).

A população que se localiza em áreas rurais no Estado é de cerca de 2,6 milhões de pessoas. Os DRS com maiores percentuais de população rural são: Registro, Sorocaba, Presidente Prudente e São João da Boa Vista.

A partir das características demográficas os 17 DRS foram reunidos em 3 grupos de departamentos, estando o DRS Registro no Grupo 3 juntamente com Araçatuba, Araraquara, Barretos, Franca, São João da Boa Vista e Presidente Prudente, que são os mais distantes da capital, com populações menores que um milhão de habitantes e menores densidades populacionais, caracterizando Registro como o Departamento que possui a menor população e a menor densidade demográfica. Neste grupo os índices de envelhecimento estão acima da média estadual, exceto o de Registro que apresenta o menor índice do estado

### **1.2. Atividade Econômica**

O PIB<sup>1</sup> é definido sinteticamente como a medida do fluxo de bens e serviços finais produzidos em uma região. Os dados apresentados em 2004 mostram que as alterações em relação ao ano anterior foram muito pequenas o que denota certa estabilidade na distribuição espacial de produção de riqueza no Estado de São Paulo.

Os valores do PIB per capita foram utilizados como indicadores de riqueza econômica da região, e não como expressão direta das condições de vida da população.

O Departamento Regional da Grande São Paulo é o responsável por mais da metade da riqueza gerada no Estado, respondendo por 50,3% do PIB total, o DRS Registro tem a menor participação em relação ao PIB total do Estado, correspondendo a 0,3%, representando a área de menor desenvolvimento econômico.

Nos DRS Grande São Paulo, Campinas, Taubaté e Barretos, a concentração de riqueza é maior que a da população, nos demais inclusive Registro há uma maior concentração de população do que riqueza. O reflexo dessas concentrações de riqueza e população pode ser observado na análise do PIB per capita.

---

<sup>1</sup> Desde 2005, estão disponíveis informações sobre o Produto Interno Bruto – PIB dos municípios brasileiros referentes aos anos de 1999 a 2004, sendo que 2004 foi o último ano divulgado.

Assim, os DRS que apresentam o PIB per capita maior que a média do Estado são somente: Campinas, Barretos, Taubaté e Grande São Paulo. Já o Departamento Regional de Saúde de Registro apresenta o menor PIB per capita, que corresponde a aproximadamente 46% da média estadual.

A análise da atividade econômica regional, segundo a distribuição setorial do PIB expressa pelo VA na Agropecuária, Indústria, Serviços e Serviços de Administração Pública, mostra que a concentração industrial paulista concentra-se na Grande São Paulo, Campinas, Taubaté, Sorocaba, Baixada Santista e Piracicaba, que juntos respondem por cerca de 85% da produção estadual.

A produção agropecuária concentra-se nas regiões de São José do Rio Preto, Araraquara, Bauru, São João da Boa Vista, Marília, Sorocaba, Barretos e Piracicaba, que apresentam participações superiores à média estadual e respondem por 75,3% da produção agropecuária do Estado.

Em relação aos serviços a grande concentração está na Grande São Paulo, que responde a 60,6% do valor adicionado desse setor do total do Estado.

A porcentagem do VA dos serviços de administração pública no total do VA do DRS revela o grau de dependência dos municípios das regionais das transferências intergovernamentais e da presença relativamente pequena dos demais setores de atividade na economia local. É o caso de Registro em que 18,7% do valor adicionado gerado pelo conjunto dos municípios da região é decorrente dos serviços de administração pública, ou seja, uma parte importante da economia desses municípios depende da própria administração pública local como geradora de empregos. (Tabela 2)



**Tabela 2** – Participação Percentual do Valor Adicionado da Agropecuária, Indústria, Serviços e Administração Pública, segundo Departamento Regional de Saúde – DRS Estado de São Paulo 2004

Departamento Regional de Saúde	Indústria	Serviços <sup>(1)</sup>	Administração Pública	Agropecuária	(Em %)
					VA Total
Taubaté	65,9	24,7	8,2	1,2	100,0
Campinas	57,2	32,3	8,4	2,2	100,0
Baixada Santista	52,4	35,3	12,1	0,2	100,0
Sorocaba	50,6	26,7	10,8	11,9	100,0
Piracicaba	47,7	30,4	9,9	12,0	100,0
Araçatuba	47,3	23,3	10,3	19,1	100,0
Grande São Paulo	45,2	45,2	9,4	0,2	100,0
Presidente Prudente	39,3	28,7	12,9	19,1	100,0
Ribeirão Preto	36,7	39,7	11,8	11,8	100,0
Bauru	36,6	29,2	11,4	22,8	100,0
Franca	34,6	31,7	12,4	21,3	100,0
Barretos	33,5	24,2	7,2	35,1	100,0
Araraquara	32,5	26,1	9,1	32,3	100,0
São João da Boa Vista	32,1	25,8	9,8	32,3	100,0
São José do Rio Preto	29,7	30,8	11,1	28,4	100,0
Registro	28,1	27,1	18,7	26,1	100,0
Marília	27,6	30,8	12,6	29,0	100,0
<b>Total</b>	<b>46,3</b>	<b>37,5</b>	<b>9,7</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.

(1) Exclui os serviços de administração pública.

No território do DRS de Registro encontram-se diversas áreas de preservação ambiental, com impacto para o desenvolvimento econômico, o qual, em alguns municípios, fica circunscrito às demais áreas não restritas pela legislação ambiental.

A região responde pela maior parte da produção da cultura de banana em todo o Estado, vocação já apresentada desde o primeiro quartel do século XX, quando da imigração japonesa.

### 1.3. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS

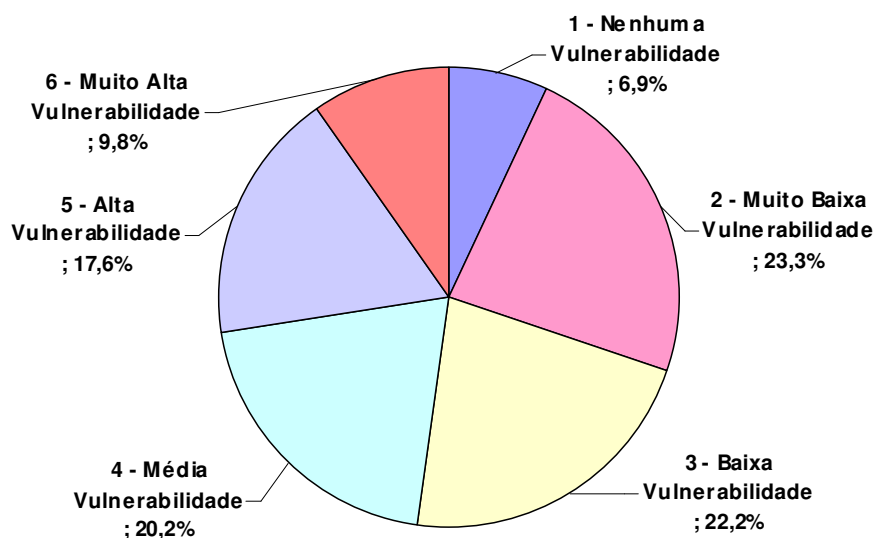
O IPVS permite uma visão mais detalhada das condições de vida do município e da região, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza.

No “Estudo dos Departamentos Regionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo” foi construída uma tipologia de situações de vulnerabilidade social, agregando, aos indicadores de renda, outros, referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar, que permitiu identificar setores censitários distintos

segundo seis graus de vulnerabilidade de sua população residente: dos sem nenhuma vulnerabilidade social (grupo 1) aos com vulnerabilidade muito alta (grupo 6). A distribuição da população residente em um determinado município segundo seus setores censitários classificados de acordo com a tipologia IPVS reflete a heterogeneidade das condições sócio-econômicas ali existentes.

Em 2000, cerca de 2,5 milhões de pessoas (6,9%) no Estado residiam em áreas consideradas de nenhuma vulnerabilidade à pobreza enquanto que 8,6%, correspondendo a 3,6 milhões de pessoas moravam em áreas classificadas de muito alta vulnerabilidade social. Áreas de baixa ou muita baixa vulnerabilidade social concentravam aproximadamente 17 milhões de pessoas no Estado. (Gráfico 1)

**Gráfico 1** – Distribuição da população segundo os grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social  
Estado de São Paulo  
2000



**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.

A análise por região demonstrou que as áreas menos vulneráveis à pobreza (nenhuma, muito baixa e baixa vulnerabilidade) localizavam-se, em sua quase totalidade, nas zonas urbanas dos municípios, sendo que as áreas classificadas como de nenhuma vulnerabilidade estavam localizadas quase que exclusivamente em municípios com mais de 100 mil habitantes, indicando a grande concentração de riqueza gerada no Estado nos grandes municípios. Por

outro lado, aproximadamente 92% de toda a população da zona rural em (2,2 milhões de pessoas) residia em áreas consideradas de média, alta ou muita alta vulnerabilidade.

Já as áreas de vulnerabilidade muito alta, ou seja, setores censitários em que seus moradores apresentam as piores condições de vida quando comparados com o restante da população, igualmente predominam nos municípios de grande porte, cerca de 56% deste tipo de área localizava-se na regional da Grande São Paulo.

A partir da distribuição da população nos grupos do IPVS segundo os Departamentos Regionais de Saúde (Tabela 3) foram gerados 5 grupos homogêneos, onde o DRS Registro encontra-se sozinho no Grupo 2 e tem as seguintes características: relativamente homogênea em relação às condições sócio econômicas de sua população, com grande concentração de famílias com baixos níveis de renda quando comparadas as residentes nas demais regiões do Estado, sendo que menos de um terço de sua população (27,7%) reside em áreas com característica de classe média.

**Tabela 3 - População Total segundo IPVS e DRS  
Estado de São Paulo  
2000**

Diretoria Regional de Saúde	Índice Paulista de Vulnerabilidade -						Total
	1 - Nenhuma Vulnerabilidade	2 - Muito Vulnerabilidade	3 - Baixa Vulnerabilidade	4 - Média Vulnerabilidade	5 - Alta Vulnerabilidade	6 - Muito Alta Vulnerabilidade	
	e	e	e	e			
Grande São Paulo	9,7	22,2	24,5	27,6	4,4	11,5	100,0
Campinas	7,1	25,2	27,1	18,2	14,8	7,5	100,0
Taubaté	6,4	21,7	29,4	17,3	18,6	6,6	100,0
Baixada Santista	4,2	35,4	18,4	12,3	14,9	14,9	100,0
Ribeirão Preto	7,9	25,5	19,3	14,1	23,0	10,3	100,0
Piracicaba	4,0	29,7	21,8	14,5	20,3	9,6	100,0
Araraquara	2,9	28,0	19,7	11,9	29,7	7,7	100,0
Sorocaba	2,3	18,9	22,8	18,6	26,8	10,8	100,0
Franca	1,4	19,2	21,0	15,1	34,9	8,4	100,0
Bauru	3,6	25,2	13,1	10,0	37,9	10,4	100,0
São João da Boa Vista	1,5	27,1	15,7	6,2	44,4	5,0	100,0
São José do Rio Preto	3,3	21,4	13,2	6,1	52,5	3,5	100,0
Marília	2,1	22,0	12,3	7,6	50,6	5,3	100,0
Presidente Prudente	1,9	18,2	11,5	7,7	54,6	6,1	100,0
Araçatuba	1,6	23,7	10,9	9,3	50,7	3,8	100,0
Barretos	0,8	21,6	9,7	10,8	51,7	5,5	100,0
Registro	0,0	11,0	16,7	5,4	52,2	14,7	100,0
<b>Total</b>	<b>6,9</b>	<b>23,3</b>	<b>22,2</b>	<b>20,2</b>	<b>17,6</b>	<b>9,8</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.

#### 1.4. Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS

Parte da realidade sócio-econômica dos DRS pode ser observada pela sua distribuição nos três indicadores sociais do IPRS<sup>2</sup> de 2004 – riqueza, longevidade e escolaridade.

No indicador agregado de riqueza, em 2004, o DRS Baixada Santista destaca-se como o mais bem posicionado, no outro extremo está o DRS Registro.

Em relação ao indicador de longevidade, o departamento de Ribeirão Preto situou-se em primeiro lugar em 2004, seguido de São José do Rio Preto. Registro está na mesma posição que Sorocaba e São João da Boa Vista, sendo que a Baixada Santista está em último lugar.

Entre os componentes do indicador de longevidade<sup>3</sup> observou-se que: (Tabela 4)

- O DRS da Baixada Santista registrou as maiores taxas de mortalidade infantil e de mortalidade de pessoas entre 15 e 39 anos;
- A maior taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos) foi observada em Registro (20,4) e a média do Estado, em 2004, foi de 15,2;
- A maior taxa de mortalidade das pessoas com mais de 60 anos (por mil habitantes) foi observada no DRS Sorocaba.

---

<sup>2</sup> O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) é um sistema de indicadores sócio-econômicos referidos a cada município do Estado de São Paulo, destinado a subsidiar a formulação e a avaliação de políticas públicas na esfera municipal. Com o IPRS, a Fundação SEADE procurou criar um indicador que, preservando as três dimensões componentes do IDH-renda, escolaridade e longevidade – tivesse como base: variáveis aptas a captar mudanças nas condições de vida dos municípios em curto espaço de tempo; registros administrativos, que satisfazem as condições de periodicidade e cobertura, necessárias para a atualização do indicador para os anos entre os censos demográficos e para todos os municípios do Estado; uma tipologia de municípios que permitisse identificar, simultaneamente, a situação de cada um nas dimensões renda, escolaridade e longevidade. Esse tipo de indicador, apesar de não ser passível de ordenação possibilita um maior detalhamento das condições de vida existentes no município.

<sup>3</sup> Para o cálculo do indicador de longevidade utilizam-se os dados referentes ao período 2003 a 2005.

**Tabela 4** - Indicador de Longevidade e seus Componentes segundo Departamentos Regionais de Saúde  
Estado de São Paulo  
2003-2005

Departamento Regional de Saúde	Longevidade	Ranking	Taxa de mortalidade infantil (em 1.000 nascidos vivos)	Taxa de mortalidade perinatal (em 1.000 nascidos)	Taxa de mortalidade entre 15 e 39 anos (em 1.000 pessoas)	Taxa de mortalidade das pessoas com 60 anos e mais (em 1.000 pessoas)
Ribeirão Preto	75	1	11,0	12,7	1,45	37,1
São José do Rio Preto	74	2	12,6	13,0	1,28	38,1
Araraquara	73	3	11,4	14,4	1,35	38,1
Campinas	72	4	12,5	14,3	1,58	37,8
Barretos	71	5	11,7	15,7	1,44	40,6
Araçatuba	71	6	16,5	15,1	1,52	36,2
Piracicaba	71	7	12,5	15,8	1,58	38,6
Marília	71	8	14,0	15,8	1,36	38,8
Bauru	71	9	13,3	15,2	1,43	40,2
Presidente Prudente	71	10	14,8	16,2	1,39	37,3
Franca	70	11	14,1	16,7	1,44	38,2
Grande São Paulo	70	12	14,2	14,6	1,86	38,5
São João da Boa Vista	68	13	15,3	19,0	1,40	41,0
Registro	68	14	14,3	20,4	1,66	36,9
Sorocaba	68	15	16,2	16,4	1,63	41,9
Taubaté	67	16	15,2	17,9	1,76	39,6
Baixada Santista	64	17	19,1	19,9	1,89	39,8
<b>Estado de São Paulo</b>	<b>70</b>		<b>14,2</b>	<b>15,2</b>	<b>1,7</b>	<b>38,7</b>

**Fonte:** Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Consórcio Medicina USP.

No indicador longevidade as regionais puderam ser agrupada em 3 grupos, sendo que o DRS Registro encontra-se no grupo 3 com os valores mais baixos juntamente com Taubaté, Sorocaba, Baixada Santista e São João da Boa Vista.

No tocante à escolaridade, a regional de Araçatuba encontra-se em primeiro lugar no ranking das regionais de saúde, e na última posição encontra-se Registro.

### 1.5. Condições de Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Mortalidade por Tuberculose)

Entre outubro de 2005 a novembro de 2006, 3.252 e 774 mulheres foram a óbito no Estado de São Paulo em decorrência de câncer de mama e de colo do útero, respectivamente. Entre esses óbitos, mais da metade foram de residentes da Região Metropolitana de São Paulo.

No DRS Registro os óbitos por câncer de mama representaram 1,5 das mortes de mulheres mais de 15 anos de idade, abaixo da média do Estado que foi 3,4; a mortalidade de câncer de colo de útero (0,7%) também esteve abaixo da média estadual (0,8%).

Em relação à ocorrência da maternidade precoce, em 2005, 7,6% dos nascidos vivos do Estado possuíam mães com menos de 18 anos. Registro se encontra acima da média do Estado com percentual de 8,1%.

A taxa de mortalidade infantil, em 2005, no Estado de São Paulo foi de 13,4 óbitos por mil nascidos vivos, o DRS Registro registrou 11,9 óbitos por mil nascidos vivos, portanto, inferior a média estadual.

No Estado, a taxa de mortalidade por tuberculose, em 2005, foi de 2,2 óbitos a cada 100 mil habitantes, Registro ficou abaixo desta média com taxa de 1,7 óbitos a cada 100 mil habitantes.

Diante destes resultados que dependem de ações que estruturam os serviços de Atenção Básica, observamos que o DRS de Registro não têm os piores indicadores, mantendo-se próximo a média estadual, com destaque para a mortalidade infantil que está abaixo da média, e que historicamente sempre apresentou valores elevados para esse indicador.

### **1.6. Saneamento Básico**

No Estado de São Paulo, segundo os dados do Censo Demográfico 2000, as porcentagens de acesso aos serviços de abastecimento de água e coleta de lixo da população residente em área urbana são bastante elevadas, respectivamente 97,4% e 98,9% dos domicílios tinham acesso à rede pública. Já no caso dos serviços de esgotamento sanitário, a porcentagem de acesso da população residente em áreas urbanas não é tão elevada: cerca de 14% dos domicílios ainda não estavam ligados a rede pública de esgoto ou possuíam fossa séptica.

Em termos regionais no DRS Registro tem-se a menor taxa de acesso ao serviço de lixo (95,4%) da população, o mesmo acontecendo com o acesso a rede água e esgoto.

### **1.7. Recursos Humanos**

No ano de 2004, de acordo com os dados do conselho regional de exercício profissional, o departamento regional de saúde com o menor número de médicos que declararam residir em algum município da região foi Registro (0,71),

com menos de um médico por 1.000 habitantes. Situação explicada tanto pela dinâmica econômica desta região quanto pelo fato de nesse local não existir centros formadores de mão de obra especializada na área da saúde, a não ser para o nível médio com cursos técnicos de enfermagem.

Em síntese a caracterização atual do território do DRS Registro reflete seu desenvolvimento histórico, permanecendo estagnada e a margem da economia paulista.

Aprofundando o estudo do território a partir da seleção das variáveis: fluxo de internações, proporção de médicos com vínculos SUS, e o percentual de beneficiários de planos de saúde, e de acordo com os resultados da tipologia do “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde”, o DRS Registro pertence ao grupo G4 A juntamente com os DRS Marília, São João da Boa Vista, Araçatuba e Presidente Prudente e se caracteriza por apresentar maior fluxo de evasão de internações, pela forte presença do SUS e relativa pequena presença de população usuária de planos de saúde.

Então, na área da saúde, a região se caracteriza pela falta de serviços de maior complexidade e por uma população dependente dos serviços públicos.

## 7.2 CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO DRS

As entrevistas com os dirigentes regionais tiveram dois tipos de tratamento em função das características mais quantitativas nas questões fechadas ou mais qualitativas de categorização das questões abertas. O plano de análise proposto no “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde” identificou a partir dos blocos 7 categorias de análise, e de acordo com nossos objetivos selecionamos - Coordenação Regional, Relações da Regional, Conhecimento da situação território e Planejamento Regional.

As entrevistas neste Departamento foram realizadas com seu dirigente regional que por estar nesta função há dois meses delegou a um funcionário de carreira do departamento, o Bloco referente ao Planejamento Regional.

**Perfil do dirigente do DRS Registro:** nativo, médico com especialização em saúde pública, e atividade profissional vinculada à região por mais de 20 anos como Profissional Liberal, e como funcionário do hospital local onde foi Diretor Clínico; Vereador por dois mandatos; licenciado do cargo de Vice-Prefeito, para ocupar o de dirigente do DRS. Sua indicação deveu-se a critério Técnico-Político.

Análise da entrevista com o Dirigente Regional é apresentada a seguir.

## **1.8. Coordenação**

### **1.8.1. Coordenação Geral**

#### **Objetivos:**

- Verificar as funções que a regional vem exercendo para desempenhar seu papel na realidade atual.
- Verificar o conhecimento e a natureza dos obstáculos percebidos pelas regionais no exercício das funções de coordenação.
- Verificar os tipos de assistência e cooperação com os municípios.
- Caracterizar as articulações entre os DRS e municípios, prestadores, universidades e ONG.
- Identificar os tipos de ações executadas pelos DRS.
- Identificar os Indicadores utilizados para monitoramento de situações de saúde.
- Conhecer as atividades utilizadas para auditoria de gestão.
- Conhecer o grau de conhecimento do território e critérios para regionalização e coordenação da saúde.
- Identificar as percepções das equipes das regionais sobre as ações cuja intervenção dos DRS foi facilitadora.

Dentre as funções que o DRS vem exercendo para desempenhar seu papel como instância regional, no momento atual (satisfatório ou não satisfatório):

- i. As de Coordenação de Atenção Básica e de Avaliação são satisfatórias;
- ii. Na função Planejamento, não é avaliado o desempenho considerando que o obstáculo é a falta de dirigentes de confiança;
- iii. Na Formulação de Política é insatisfatório o desempenho, porque esta atende somente as demandas pontuais; a discussão maior é realizada no CONSAÚDE;
- iv. Na função Coordenação é insatisfatório, pois o trabalho das áreas internas do DRS é realizado de forma separada, não havendo conjunto nem integração entre elas;
- v. Na Articulação Intermunicipal, a relação é autoritária da regional para com os Municípios, portanto insatisfatória; os Municípios são extremamente dependentes da Regional devido a pouca qualificação dos secretários e técnicos municipais e a falta de infra-estrutura;



- vi. Na Coordenação da Média e Alta Complexidade, o DRS é ausente; esta função é exercida pelo CONSAÚDE; na função Vigilância à Saúde é insatisfatório, pois falta continuidade nas ações, e o trabalho normalmente não é concluído, e
- vii. No Desenvolvimento de RH, apesar dos técnicos do departamento assessorar os técnicos dos municípios, falta pessoal e capacitação para o DRS, portanto insatisfatório.

Relativamente aos principais obstáculos percebidos no exercício das funções de coordenação em relação às instâncias instituições: municipais, prestadores ou entidades civis, Ministério Público, Ministério da Saúde e Assembléia Legislativa:

- i. apesar de não existir obstáculos na articulação do DRS com os municípios, esta relação se dá de forma autoritária devido à dependência deles (municípios) com o departamento regional;
- ii. com o prestador há obstáculos na relação com o DRS, porque 70% dos recursos da regional estão alocados no consórcio, e o departamento não participa das prioridades estabelecidas para a compra de serviços, esta negociação é feita diretamente entre o nível central e a gerência do consórcio, e
- iii. com as demais instâncias não há obstáculos.

Os tipos de assistência e cooperação com os municípios em relação ao DRS (nas funções de coordenação, planejamento, articulação, desenvolvimento de RH), frente às áreas de promoção à saúde, vigilância à saúde, assistência à saúde:

- i. o DRS, frente às funções apresentadas, realiza somente ações de promoção à saúde nos municípios.

Articulação (cooperativa, indiferente, conflituosa ou inexistente) entre o DRS e instâncias/instituições (municípios, prestadores, universidades e ONG), em relação às atividades de Atenção Básica, Atenção em Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde e Desenvolvimento de RH:

- i. na Atenção Básica, a articulação do DRS é cooperativa com os municípios;
- ii. a articulação é conflituosa com os prestadores na Atenção em Média e Alta complexidade;

iii. não existe articulação com universidades e ONG.

Quanto às Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, atualmente o DRS não executa ações de saúde.

As Ações de Saúde nas atividades de assistência não são executadas pelo DRS, essas são executadas pelo CONSAÚDE.

Os instrumentos/indicadores de monitoramento das atividades em geral utilizados no DRS são: (i) os sistemas de informação oficial; (ii) comitês de acompanhamento (mortalidade materna e infantil); (iii) auditoria; e, (iv) supervisão.

O DRS utiliza como instrumento para auditoria das equipes de PSF que recebem incentivos do Projeto QUALIS e dos serviços hospitalares, visitas regulares aos municípios.

Na pactuação entre os municípios através do CGR foi conformada uma única região de saúde na área de abrangência do DRS Registro e o critério utilizado foi a identidade que existe entre eles. Não identifica pontos fortes ou fracos na nova regionalização porque o processo é muito recente.

O departamento não realizou atividades intersetoriais nos últimos seis meses.

Ocorre uma facilitação por ação do DRS no fortalecimento da Atenção Básica dos municípios.

O DRS Registro exerce função de coordenação para a região somente na Atenção Básica, não foram mencionadas as atividades realizadas pela equipe do departamento. As demais atividades (Urgências, Internações, Especialidades, SADT) são realizadas pelo CONSAÚDE. Não há na região atividades de Saúde Mental e quanto à Saúde do Trabalhador, as atividades são ainda incipientes e não estão vinculadas ao DRS.

Em síntese, a Coordenação Geral do DRS Registro se direciona para ações de Atenção Básica, enquanto as ações de média e alta complexidade são da responsabilidade do CONSAÚDE, e de acordo com a afirmação do dirigente há uma relação conflituosa dentro do território regional, isto é, entre as duas instâncias responsáveis pela saúde da população.

Ainda, a relação do DRS com os municípios nos parece verticalizada e impositiva, aproveitando-se da falta de estrutura e qualificação das equipes e dos secretários municipais de saúde.

Ao mesmo tempo, a regional utiliza alguns instrumentos de gestão como Sistemas de Informação, auditorias, e supervisões.

### **1.8.2. Coordenação da Assistência à Saúde**

#### **Objetivo:**

- Verificar a compreensão das equipes do DRS dos papéis na coordenação da assistência a saúde.

O DRS Registro só coordena a Atenção Básica regional, sendo que a coordenação da Assistência à Saúde é de responsabilidade do CONSAÚDE, conforme já explicitado no item Coordenação Geral, não há Saúde Mental na região e a Saúde do Trabalhador é coordenada pelo CEREST e ainda está em fase de implantação.

### **1.8.3. Coordenação da Atenção Básica**

#### **Objetivos:**

- Verificar a interferência/auxílio do DRS na expansão da AB.
- Verificar o envolvimento do DRS com práticas alternativas.
- Conhecer a avaliação do DRS sobre as ações provenientes dos níveis de gestão da saúde, Federal e Estadual.
- Caracterizar a atuação das equipes das regionais conheciam na AB.
- Identificar as principais dificuldades para AB.
- Identificar a participação das regionais na definição de estratégias para implantação do PSF/PACS.

O departamento auxilia na expansão da Atenção Básica da região e as estratégias utilizadas são (i) capacitação e (ii) discussão do modelo de atenção com ênfase para o Programa Saúde da Família.

As ações do DRS na Atenção Básica tem sido (i) a capacitação e treinamento, (ii) supervisão, (iii) coordenação e (iv) avaliação.

Não foram avaliadas as propostas das ações vindas dos níveis de gestão Federal e Estadual para o desempenho da Atenção Básica.

Nos mecanismos de monitoramento e avaliação utilizados em relação à Atenção Básica, o DRS avalia (i) a situação de saúde da população, (ii) a produção das equipes, e (iii) o modelo adotado pela região que é o PACS/PSF.

Os instrumentos/indicadores de monitoramento das atividades em Atenção Básica utilizados no DRS são (i) os sistemas de informação oficial, (ii) comitês de acompanhamento (mortalidade materna e infantil); (iii) auditoria (iv) e supervisão.

O departamento não realizou atividades relacionadas à incorporação de práticas alternativas nos últimos seis meses.

As maiores dificuldades para o desenvolvimento de ações de Atenção Básica são (i) os profissionais pouco qualificados e insuficientes (ii) além da dificuldade de fixar médicos na região, o que acarreta alta rotatividade destes nas equipes (iii) ausência de protocolos e normas (iv) inexistência de sistema de referência e contra-referência.

A participação do DRS na definição de estratégias para implantação do PACS/PSF se dá através (i) da realização de vistas aos municípios, (ii) auxílio na implantação das equipes e (iii) repasse de incentivos financeiros para custeio das equipes através do Projeto QUALIS.

O DRS Registro exerce função de coordenação para a região, somente na Atenção Básica, não foram mencionadas as atividades realizadas pela equipe do departamento. As demais atividades (Urgências, Internações, Especialidades, SADT) são realizadas pelo CONSAÚDE. Não há na região atividades de Saúde Mental, e quanto à Saúde do Trabalhador as atividades são ainda incipientes e não estão vinculadas ao DRS.

Em síntese é possível afirmar que a coordenação da Atenção Básica é realizada pelo DRS. O departamento tem participação na definição do PSF/PACS como estratégia regional inclusive com investimento financeiro para custeio das equipes.

#### **1.8.4. Coordenação da Regulação, Referência e Contra-Referência**

##### **Objetivos:**

- Conhecer as atividades desenvolvidas.
- Identificar dificuldades com média e alta complexidade e internações.
- Identificar sobre as estruturas de regulação.

A atividade relacionada com as iniciativas de referência e contra-referência no último semestre do DRS, é a central de vagas, que é um serviço da regional, responsável pelo agendamento de consultas e exames nas referências.

As principais dificuldades para o acesso às ações de média complexidade ambulatorial (i) ausência de protocolos/normalização na Atenção Básica, e, (ii) poucas referências em algumas especialidades frente à necessidade da região.

As principais dificuldades para o acesso às ações de alta complexidade apontadas foram (i) falta de referência para alguns procedimentos, como por exemplo, cirurgias de coluna e prótese de quadril, e, (ii) poucas vagas para tratamento em oncologia que é realizado em Santos.

Para as internações, as dificuldades são (i) a falta de leitos na região para cirurgias eletivas e, (ii) precisaria ser ampliado o número de leitos de média e alta complexidade do Hospital São João localizado em Registro.

O órgão regional de regulação é a central de agendamento de consultas, que tem por responsável um profissional de nível universitário não médico, e o agendamento de consultas ambulatoriais, exames e internações. Este serviço está sendo avaliado internamente e não há sistema informatizado para sua operação.

Na região há um comitê de regulação composto por representantes dos municípios e do DRS com o objetivo de diminuir o absenteísmo.

As urgências/emergências são reguladas e estão vinculadas ao HRVR, através do SAMU que é financiado pela SES.

É possível perceber melhor a relação de conflito que o dirigente afirma existir entre o departamento e o consórcio (HRVR e Hospital São João): entre outros motivos porque não está no DRS a regulação dos leitos dos hospitais administrados pelo consórcio bem como a regulação da urgência/emergência; nas reuniões do comitê de regulação não é mencionada a participação de representantes do CONSAÚDE; restando a regional como gestora estadual a marcação de consultas e exames através da central de agendamento de vagas.

#### **1.8.5. Coordenação da Assistência Farmacêutica**

##### **Objetivos:**

- Verificar a pertinência e/ou suficiência dos programas relacionados ao fornecimento de medicamentos.
- Conhecer os profissionais que atuam na assistência farmacêutica.
- Identificar as dificuldades operacionais na condução da assistência farmacêutica.
- Caracterizar os processos judiciais.
- Avaliar o sistema FARMANET.

Os profissionais que trabalham na área de Assistência Farmacêutica da regional são dois farmacêuticos, além de um psicólogo e dois agentes administrativos.

O DRS tem espaço físico para armazenar os medicamentos, mas não tem para a dispensa, que é realizada no HRVR.

Não há dificuldades operacionais para conduzir esta área; e não há plano de Assistência Farmacêutica Regional. As questões relacionadas ao FARMANET e a forma de avaliação desta área não foram respondidas.

As modalidades de assistência farmacêutica presentes no DRS, em relação à pertinência/suficiência são (i) o Dose Certa e (ii) o Dose Certa em Saúde Mental que têm suficiência e pertinência e, (iii) o programa de diabetes estadual é pertinente mas insuficiente.

#### **1.8.6. Coordenação de Recursos Humanos**

##### **Objetivos:**

- Identificar as atividades de desenvolvimento de Recursos Humanos e estratégias de treinamento e capacitação.
- Caracterizar a participação do DRS nos pólos de capacitação.

Em relação ao desenvolvimento de RH, há (i) CEFOR em Pariqüera Açu e está vinculado ao CONSAÚDE, e (ii) Pólo de Educação Permanente, vinculado a UNESP Botucatu.

O Pólo de Educação Permanente é inoperante e os principais problemas de capacitação e treinamento estão diretamente relacionados à falta de organização do mesmo.

O que se nota é o CONSAÚDE também responsável pela capacitação dos profissionais da região.

#### **1.9. Relações da Regional**

##### **1.9.1. Com o Nível Central da SES**

##### **Objetivos:**

- Identificar a continuidade das ações de gestão.
- Caracterizar a parceria com o nível central.
- Identificar os principais obstáculos e principais demandas para o nível central.

Não foi identificada função ou papel do departamento na gestão estadual; não há formulação de política regional considerando que o DRS atende somente às demandas pontuais.

Os principais obstáculos à atuação do DRS em relação ao nível central da SES concentram-se nas áreas administrativa e financeira, sendo identificados como principais obstáculos (i) o enfraquecimento do Coordenador da CRS, (ii) a

falta de articulação da CRS com as demais Coordenadorias, pois os contratos elaborados pela CGCSS para o CONSAÚDE, já vêm elaborados para o DRS e o departamento não participou da contratação de serviços e nem das metas pactuadas do contrato de gestão do HRVR.

As prioridades definidas pela regional são consideradas, parcialmente, pelo nível central da SES, apenas na Atenção Básica, e isto se dá através do auxílio das coordenações técnicas.

As principais demandas do DRS para o nível central relacionam-se a solicitação de recursos para investimentos nos municípios e capacitações para as equipes municipais.

Não há participação do DRS Registro no estabelecimento de prioridades regionais com expressão orçamentária, pois o recurso é definido pelo nível central e compõe o teto regional, não havendo possibilidade de interferência.

Até aqui nos parece que o nível central da SES estabelece sua relação com este Departamento de Saúde através da CRS em direção à Atenção Básica e com o consórcio através da CGCSS em direção à média e a alta complexidade, isto talvez possa explicar a dificuldade do dirigente em identificar a função ou papel do Departamento na gestão estadual.

Por outro lado, é possível afirmar que o dirigente gostaria de ser o coordenador da gestão regional, no entanto o nível central delega somente algumas funções para o departamento e nisto o apóia e orienta, mesmo que de forma verticalizada, através das coordenações técnicas.

### **1.9.2. Com Atores Externos**

#### **Objetivos:**

- Identificar a composição.
- Caracterizar as motivações da regional e as relações (se conflituosas ou cooperativas).

Nas áreas de intervenção do DRS (Administrativa, Técnica, Financeira, Política e Jurídica) são identificados problemas de desempenho em relação às instâncias/instituições (municipal, prestador ou entidade civil, Ministério Público, Ministério da Saúde, nível central da SES, Assembléia/Câmara, nível regional), a saber:

- i. com os municípios são identificados problemas de desempenho em todas as áreas (administrativa, técnica, financeira, política e jurídica)

devido à falta de qualificação dos secretários municipais e equipe técnica;

- ii. com os prestadores identifica problemas políticos;
- iii. com o Ministério Público o problema se dá porque não existe na estrutura regional e nos municípios área jurídica para responder as ações judiciais que são demandadas por eles
- iv. no nível central da SES identifica problemas na estrutura (Coordenadorias desarticuladas) e enfraquecimento do Coordenador da CRS e
- v. não identifica obstáculos na Assembléia/Câmara.

Articulação (cooperativa, indiferente, conflituosa ou inexistente) entre o DRS e instâncias/instituições (municípios, prestadores, universidades e ONG), em relação às atividades de Atenção Básica, Atenção em Média e Alta Complexidade, Vigilância à Saúde e Desenvolvimento de RH:

- i. na Atenção Básica, a articulação do DRS é cooperativa com os municípios;
- ii. a articulação é conflituosa com os prestadores na Atenção em Média e Alta complexidade;
- iii. não existe articulação com universidades e ONG.

A relação da regional com os atores para a gestão do Sistema de Saúde (cooperativo, conflituoso, indiferente ou inexistente) são:

- i. cooperativo com os Conselhos Municipais de Saúde e Câmara de Vereadores
- ii. conflituoso com os prestadores de serviços privados e consórcios e
- iii. não há resposta com os demais atores mencionados.

Em síntese pode-se perceber no território regional, as relações de cooperação e conflito existente entre os diversos atores, com destaque para o conflito entre DRS e consórcio.



### **1.9.3. Com Atividades Intersectoriais**

#### **Objetivos:**

- Identificar os tipos de ações e a finalidade, consistência e continuidade.
- Caracterizar a formulação de políticas de promoção saúde.

Frente aos problemas sociais existentes na região, as iniciativas do DRS no sentido de ter realizado articulações ou ter desenvolvido atividades em conjunto com outros setores ou secretarias, são mencionados como problemas sociais regionais (i) as situações de violência com relação à mulher, criança e adolescente, neste caso o DRS tem articulação com o Ministério Público e OAB regional, (ii) na questão do lixo hospitalar, o trabalho é realizado juntamente com a CETESB.

As atividades relacionadas à promoção (atividades intersectoriais) não foram desenvolvidas no último semestre.

Diante do exposto podemos afirmar que no DRS Registro as relações intersectoriais são ainda incipientes.

### **1.10. Conhecimento de Situação/Território**

#### **Objetivos:**

- Caracterizar a importância destes conhecimentos para o trabalho do DRS.
- Identificar o grau de conhecimento do território/situação.
- Caracterizar a participação popular.
- Identificar se existe diferenciação por sub-regiões ou subgrupos de risco.

No planejamento são identificados sub-regiões ou subgrupos populacionais no território regional.

No DRS Registro não há critério ou estratégia de priorização por sub-regiões ou subgrupos populacionais em relação à (i) cooperação/assistência aos municípios, (ii) às ações em assistência e, (iii) às atividades de desenvolvimento de RH.

Assim, nos parece que apesar de reconhecer e identificar no território regional sub-regiões ou subgrupos não há priorização de ações de saúde para eles, devemos considerar que as ações de assistência não estão vinculadas ao departamento.

Em relação à participação popular e o controle social o departamento apóia tecnicamente os municípios na constituição dos Conselhos Municipais de Saúde, e os técnicos da regional participam das reuniões de todos eles; também,

colaboram na organização das Conferências Municipais de Saúde e a Ouvidoria acolhe parte das demandas regionais e está diretamente subordinada ao gabinete do dirigente, mas não foram esclarecidas quais são as principais demandas dessas instâncias para o DRS.

Quanto à origem das principais demandas para o DRS, é identificada a CIR, os Deputados Estaduais da Região, os Secretários Municipais de Saúde isoladamente e Vereadores.

Em relação à frequência (sempre, às vezes, quase nunca, nunca) com que o DRS toma conhecimento dos problemas na prática em saúde quanto (i) sempre nos casos da qualidade da assistência; (ii) às vezes toma conhecimento no acesso à assistência hospitalar, à assistência ambulatorial, no fornecimento de medicamentos e nas ações de vigilância em saúde.

Parece-nos que o DRS apóia a participação popular e o controle social, comparecendo às reuniões dos conselhos municipais e colaborando na realização das conferências de saúde; em relação ao acesso da população aos serviços de saúde seu conhecimento é parcial.

Identifica a imprensa como mecanismo utilizado para a notificação dos problemas da sua região.

No território regional 90% da população são “SUS dependente”, sendo, portanto inexpressiva a assistência médica suplementar na região.

Em relação aos gastos percentuais considerando o gasto total em saúde na região, 10% concentra-se na Atenção Básica e 70% na média e alta complexidade.

Para os gastos com Atenção Básica os critérios estão estabelecidos conforme o Projeto QUALIS, onde os recursos financeiros são de acordo com o número de equipes de saúde da família existente nos municípios, sendo a definição do montante de recursos por equipe, definido pelo nível central da SES. Os recursos do consórcio não estão locados no DRS.

A estimativa de cobertura populacional da região na assistência é: 80% Atenção Básica; 85% urgências; 70% internações; 60% especialidades; 90% SADT; na região não há Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador ainda é incipiente.

Em síntese, nos parece que apesar do diretor estar há dois meses ocupando este cargo, tem algum conhecimento sobre a situação/território;

devemos considerar seu papel anterior como político e diretor clínico de um hospital, além de ser nativo favorecem a apropriação da situação regional; há também um conhecimento do território disseminado entre os técnicos, que estão sempre presentes nos municípios para reuniões dos conselhos municipais ou através das visitas técnicas que realizam.

### **1.11. Planejamento Regional**

#### **Objetivos:**

- Identificar a existência de planejamento e os atores participantes.
- Caracterizar os processos de participação.
- Caracterizar o grau de coordenação do DRS.
- Identificar a percepção de interferência do planejamento na política regional.
- Identificar o grau de reconhecimento do nível central da SES

O processo de planejamento regional no DRS Registro está direcionado para Atenção Básica, e já existia antes de 2007.

Apesar de considerar que há uma identidade entre os municípios e por isso na pactuação através do CGR se constituiu uma única Região de Saúde, identifica no planejamento ou programação de atividades sub-regiões ou subgrupos populacionais, não especificando quais são eles.

O papel do DRS no planejamento regional era o de atender demandas urgentes, ou seja, “apagar incêndios”, sendo que cabia ao Diretor de Planejamento a coordenação deste processo.

Como atores centrais do planejamento regional foram identificados (i) o corpo técnico do DRS, (ii) técnicos do nível central da SES, (iii) gestores e técnicos municipais e (iv) o consórcio (CONSAÚDE) - o consórcio tem poder político e financeiro.

Os instrumentos de indução utilizados para este planejamento são as visitas de supervisão que fazem aos municípios, onde são realizadas orientações pertinentes ao modelo do PSF, e que melhoraram algumas ações realizadas na Atenção Básica na região, como por exemplo, a cobertura de papanicolau.

Não existe política regional, plano regional e há, portanto, até aqui coerência nas respostas do entrevistado, considerando que o processo de planejamento regional está direcionado apenas para a Atenção Básica, isto é, em uma área específica, onde seu coordenador tem uma função imediatista, não se colocando como coordenador do processo; estes fatos levam-nos a pensar que

este processo é incipiente e fragilizado, o que pode estar determinando a dificuldade em se elaborar um plano regional, mesmo com a participação de diversos atores da gestão do SUS neste planejamento.

O nível central da SES respeita as prioridades do Departamento na Atenção Básica, considerando que todos os municípios da região recebem incentivos financeiros para o PSF através do Projeto QUALIS. No entanto, com relação à média e à alta complexidade, é o CONSAÚDE que recebe o apoio e os recursos financeiros.

O planejamento interferia nas decisões da gestão municipal, porque (i) os municípios são pequenos, (ii) não têm estrutura física e (iii) não têm secretários municipais qualificados para trabalhar na área da saúde, aceitando desse modo a interferência da regional em suas atividades, chegando inclusive o DRS executar algumas tarefas por eles, como exemplo, é citado a alimentação dos Sistemas de Informação municipais.

O nível central da SES auxiliava no estabelecimento das prioridades regionais através das coordenações técnicas, mas é ponderado que as reuniões que são realizadas na SES com todos os DRS juntos não são produtivas, pois muitas vezes as pautas das reuniões não contemplam os problemas regionais.

Parece-nos aqui que o DRS reproduz na gestão municipal a mesma verticalidade que existe no nível central da SES para com os DRS.

As demandas regionais são originadas nas reuniões de CIR, pelos secretários municipais de forma isolada, bem como pelas Câmaras Municipais através dos vereadores.

A população "SUS dependente" da região corresponde a 90% da população, portanto praticamente toda a região depende do sistema público de saúde.

Em relação à PPI a referência é que o DRS utilizou para sua elaboração, a série histórica de produção e a capacidade instalada nos municípios, no entanto ela não foi implantada na região.

O planejamento orçamentário financeiro contemplava a Atenção Básica, através do Projeto QUALIS, e a assistência de média complexidade em menor escala; este recurso é definido pelo nível central, e representa 10% do total do orçamento da região. Assim, o que se nota é que enquanto no planejamento

regional muitos atores estão envolvidos no processo, na definição orçamentária existe uma centralidade na Secretaria.

O restante do recurso está vinculado às ações de média e alta complexidade que estão sob a responsabilidade do CONSAÚDE; o consórcio gerencia o HRVR, e o Hospital São João em Registro. Considera que este recurso deveria estar vinculado ao DRS, mas o nível central através da CGCSS e da CSS tem uma relação direta com os gerentes do Consórcio, sem a participação do DRS na contratação dos serviços, no estabelecimento das metas, na definição do investimento, e na transferência dos recursos.

O que parece possível afirmar é que a política de saúde regional está embasada em duas vertentes com o reconhecimento e apoio do nível central da SES: por um lado a Atenção Básica de responsabilidade do DRS sob a coordenação da CRS, e de outro lado às ações de média e alta complexidade, com recursos financeiros significativamente superiores direcionados ao CONSAÚDE e sob a coordenação da CGCSS e CSS; vemos ainda que a atuação regional ao mesmo tempo em que demonstra ser incipiente reproduz uma ação verticalizada e até certo ponto autoritária, em relação aos municípios. Não foi possível identificar como se estabelece a relação entre o consórcio e os municípios considerando que este não era o objetivo do Estudo dos DRS.

## 8 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão frente aos objetivos propostos pelo trabalho procura abordar três tópicos julgados centrais para entender o desempenho regional, a saber: as políticas públicas de maneira mais geral e sua inserção no espaço regional; a relação da gestão estadual e regional da saúde e por último o desempenho da gestão regional propriamente dito.

- **Políticas Públicas e a Regionalização**

Na avaliação feita até aqui, os dados encontrados caracterizam a região do DRS Registro com os piores indicadores sócio-econômicos do Estado de São Paulo, e demonstram a falta de serviços de maior complexidade para o atendimento da população, que é em sua maioria dependente de serviços públicos.

Assim, o *território usado* do DRS Registro se comparado com o do Estado de São Paulo é um “espaço opaco”, pois não tem densidade técnica, científica e informacional, não concentra investimentos, população e profissionais qualificados.

As raízes desta opacidade do *território usado* do Vale do Ribeira são encontradas em sua trajetória histórica.

Desde os primeiros ciclos de sua economia, como a mineração e rizicultura, nos séculos XVII e XVIII, não se conformaram pólos de desenvolvimento na região, apenas dois núcleos se constituíram: um em Cananéia e outro em Iguape, mas somente este último teve alguma importância econômica devido à acumulação realizada no período do ouro, e também por seu papel estratégico como entreposto comercial e portuário com o sul do país.

A região mesmo pioneira em algumas experiências de colonização estrangeira, envolvendo concessão de terras devolutas e isenção de impostos, ficou à margem da economia do café, que foi em direção ao oeste do Estado de São Paulo.

Na década de 1930, a cultura da banana e do chá, impulsionada pela imigração japonesa, reincorpora a região no mercado capitalista, no entanto nos dizeres de BRANDÃO e MACEDO (2007), esse processo foi tardio, pois a região já havia perdido a oportunidade de integrar-se ao ritmo de acumulação paulista, que nesse momento já entrava na fase de industrialização. É neste período que

Iguape perde sua primazia sobre a região, passando ser Registro o novo núcleo de desenvolvimento.

Assim, a região permanece estagnada social e economicamente, sem investimentos governamentais, e isolada do resto do Estado por quase três décadas.

Somente em 1969 é criada a SUDELPA pelo governo estadual que visava promover o desenvolvimento do Vale do Ribeira, vinte anos depois foi extinta sem conseguir atingir seus objetivos.

A partir do final da década de 1980, os governos estadual e federal passam a investir em projetos de desenvolvimento econômico e social no Vale do Ribeira, mas sem a perspectiva de um plano regional; concomitantemente, por concentrar os maiores remanescentes de Mata Atlântica do País, desperta a atenção nacional e internacional desencadeando uma crescente conscientização sobre a importância da conservação dos seus recursos naturais, fortalecendo o movimento pela proteção das florestas no Estado de São Paulo.

Devemos considerar que este movimento é o resultado da ação do Estado e do movimento ambientalista, e hoje 35% do seu território está sob a proteção de unidades de conservação. As comunidades tradicionais que residiam nestas áreas tiveram restritas suas atividades e práticas pela legislação ambiental.

As unidades de conservação têm diferentes graus de restrição ao estabelecimento da população e ao desenvolvimento econômico, e assim, se por um lado promovem a preservação de muitas áreas, por outro induzem parcela da população rural à clandestinidade.

Como resultado deste processo, a região tem hoje a presença de várias agências governamentais ambientais e de ONG que, de um lado buscam a preservação do território, e de outro têm projetos pontuais locais que visam o desenvolvimento da região, por exemplo, ecoturismo, agropecuária, usinas hidrelétricas, e que se encontram em permanente conflito.

A despeito destas iniciativas, conforme vimos nos indicadores estudados, para caracterizar a situação atual do território do DRS Registro, a região continua estagnada e à margem do processo de desenvolvimento econômico e urbanização, ocorridos no restante do Estado, permanecendo até hoje em um relativo isolamento.

Dessa forma, as políticas públicas para o Vale do Ribeira requerem um planejamento e projetos de desenvolvimento, considerando suas especificidades e singularidades; se faz necessário pensar políticas de corte regional, ainda inexistentes e/ou frágeis.

Um exemplo é a política de saúde que temos hoje na região. De acordo com a nossa investigação, percebemos que não há a apropriação da lógica regional para a política de saúde, isto é, uma política especialmente direcionada para o Vale do Ribeira, que considere as peculiaridades do *território usado* regional, identifica-se assim o primeiro limite do processo de descentralização, porque, conforme VIANA, et al. (2007, p. S121) “... a coerência entre a formulação da política, planejamento, financiamento e regulação em uma lógica regional é um aspecto fundamental para a consolidação de uma política desse tipo.”

- **A Secretaria de Estado da Saúde e a Regionalização**

Ao recuperarmos o histórico de gestão e descentralização das políticas da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, podemos dividir seus ciclos de reforma em dois períodos: a fase pré SUS e a pós SUS.

Na fase pré SUS, apesar das características da política de saúde ser as mesmas da esfera federal, privilegiando-se o atendimento hospitalar, e ainda sob a égide do INAMPS como grande articulador e coordenador, em 1967, com a reforma Leser, criou-se a partir dos departamentos regionais de saúde, uma proposta de descentralização e integração dos serviços locais, mesmo que restrito aos centros de saúde.

No entanto, a lógica deste período esteve condicionada à dicotomia entre o serviço ambulatorial regionalizado e o hospitalar organizado por especialidades, subordinando-se o primeiro à Coordenadoria de Saúde da Comunidade e o segundo vinculado à Coordenadoria de Saúde Hospitalar.

Esta característica reflete-se no Vale do Ribeira, com o Hospital Estadual subordinado à Coordenadoria de Saúde Hospitalar, enquanto o DEVALE esteve vinculado à Coordenadoria de Saúde da Comunidade, não existindo a integração dos serviços, mesmo que no início da criação do DEVALE, o Hospital estivesse a ela vinculada.



Ainda na fase pré SUS temos uma segunda reforma administrativa na SES com a criação dos ERSA; seus antecedentes são bastante significativos para a política estadual de saúde.

Na década de 1980, num contexto favorável em São Paulo para o desenvolvimento de políticas sociais, com a vitória de um governador de oposição, André Franco Montoro, que tinha por plataforma de governo a descentralização, a municipalização e a participação popular. Paralelamente, na esfera federal, iniciativas que tinham por objetivo a organização e a racionalização da política de saúde, considerando a crise do modelo previdenciário, resultam nas AIS e no SUDS, embriões da proposta de construção do SUS.

Os ERSA têm suas origens na política deste novo governo que criou os Escritórios Regionais de Governo, os quais tinham por objetivo formar instâncias descentralizadas de coordenação de ações de várias secretarias de estado, obedecendo às diversidades regionais existentes no território paulista.

A reorganização da SES fundamentou-se num modelo assistencial que teve por proposta a integração, a hierarquização e a regionalização da saúde. Este modelo tem no PMS, ainda em 1983, sua primeira concretização efetiva, com a criação dos módulos de saúde.

Com o PMS, a SES implantou uma nova lógica para a estruturação dos serviços na região metropolitana, criando inclusive uma Coordenadoria para este programa; os módulos de saúde apresentavam uma estrutura diferente, pois integravam em uma única gerência, hospital e ambulatório.

Foi a partir desta experiência que surgiu a proposta da criação dos ERSA em São Paulo, em 1986 que obedeceram então uma lógica territorial, e visavam em cada região específica à constituição de uma nova instância de coordenação da SES, com a integração de todos os serviços (centros de saúde, laboratórios e hospitais), e também das vigilâncias epidemiológica e sanitária, antes dispersas, foram integradas em dois centros, e coordenadas por um Conselho de Vigilância.

As atribuições dos ERSA não se restringem apenas à coordenação e gerência das unidades estaduais, mas em cada região, através da CRIS conduzem o processo de planejamento e coordenação do setor de saúde na região, inclusive a ação dos órgãos federais, municipais e privados.

A lógica dos ERSA é de sistema, considerando a integração de todos os serviços, a coordenação e o planejamento das ações de saúde na escala regional.

Portanto, o processo de regionalização e descentralização em São Paulo, com a criação dos módulos de saúde que embasaram a constituição dos ERSA, antecipou-se às mudanças propostas pelo SUS.

No Vale do Ribeira foi criado, através da reforma administrativa da SES, o ERSA Registro, transferindo o Hospital Regional e duas unidades hospitalares dos Municípios de Iguape e Miracatu, o Centro de Convivência Infantil, além dos Centros de Saúde de todos os municípios da abrangência do ERSA, o laboratório local de Miracatu e o ambulatório regional de saúde de Registro, configura-se assim a visão sistêmica preconizada pela SES.

No entanto, esta organização dos serviços de saúde no Vale do Ribeira não permaneceu por muito tempo, pois logo após a institucionalização do SUS, e já com o processo de municipalização em andamento, a Secretaria de Estado definiu que o gerenciamento dos recursos de saúde pública da região seria realizado pelo CODIVAR, que assumiu então o Hospital Regional, o ambulatório de especialidades e o laboratório do Instituto Adolfo Lutz.

Desse modo, a proposta de integração dos serviços e planejamento regional não se consolidou no Vale do Ribeira, dicotomizando as ações de promoção e prevenção à saúde, das ações de assistência, que passam a ser de responsabilidade de duas instâncias regionais, no mesmo território, por um lado o ERSA e de outro o Consórcio.

Na fase pós-SUS, a SES tem uma importante mudança do seu papel regional, considerando que este momento é marcado pela implantação do SUS, a emissão pela esfera federal das Normas Operacionais que visam regulamentar a descentralização para a esfera municipal. Ao mesmo tempo existe um movimento de centralização no nível federal, a proposta do PACS/PSF, como modelo orientador para a Atenção Básica, ao lado da instituição do Piso de Atenção Básica, num movimento de retomada política da atenção primária em saúde dirigida para o nível local.

Dessa forma, com base no intenso processo de municipalização que ocorreu no Estado, e considerando o novo papel que a Secretaria tem como

gestor estadual, de acordo com a legislação infraconstitucional, e a nova filosofia de redução do tamanho do Estado, extingue-se os 65 ERSA e criam-se 24 DIR.

Esta estrutura permanece até 2006, quando novamente há uma nova reforma administrativa na SES, com novo enxugamento, reduzindo as 24 DIR para 17 DRS.

Em que pesem estas mudanças, no Vale Ribeira a conformação do território regional permaneceu a mesma desde a época da criação do ERSA, com exceção de um município limítrofe à região de Sorocaba, que em alguns momentos esteve vinculado a essa regional.

A DIR Registro e hoje o DRS se responsabilizou pela Atenção Básica, induzindo os municípios a aderirem ao PACS/PSF que na fase pré-SUS já tinham uma experiência exitosa através do Programa dos Postos de Atendimento Rural, o que demonstra a permanência da estrutura de 1967 (reforma Leser), quando as unidades descentralizadas da SES passaram a se responsabilizar pelos centros de saúde; enquanto o Consórcio inovou sua organização e estrutura, com a criação do CONSAÚDE, que passou a tratar especificamente da área de saúde, gerenciando os serviços de caráter regional – ambulatório, laboratório e hospital.

A nova estrutura da DIR, quando analisada, demonstra uma preocupação em se pensar o novo papel estadual da gestão do SUS, voltado para o planejamento regional, a regulação do sistema e o apoio aos municípios; no entanto esta discussão só é retomada a partir da emissão da NOAS 01/02 pelo Ministério da Saúde; mesmo assim “a impossibilidade real de implementação de alguns instrumentos propostos [pela NOAS] PPI, PDR frustram grande parte do esforço na retomada de uma discussão sobre a gestão regional e conseqüentemente a gestão estadual”. (Consórcio Medicina USP, 2007, p. 5 e 6)

No momento atual, a gestão regional depende mais de um processo político do que técnico, de acordo com o proposto no Pacto pela Saúde.

Identificamos assim o segundo limite da gestão regional no processo de descentralização do SUS, considerando que a SES, somente na fase pré-SUS, através da experiência do PMS e dos ERSA (em seu momento inicial), teve uma visão sistêmica, com a coordenação e o planejamento das ações regionais, e com a integração dos serviços em uma única gerência. O PMS, não teve desdobramentos no Vale do Ribeira por ter sido implementado somente na região metropolitana de São Paulo.

Devemos considerar ainda que as mudanças que ocorreram na estrutura do nível central da SES, em 2005, vinculando os hospitais estaduais e os ambulatorios regionais a uma Coordenadoria específica – a CSS – e subordinando tecnicamente as vigilâncias epidemiológica e sanitária à CDD, e os DRS vinculados à CRS, demonstra a verticalidade da SES, confirmando o segundo limite da gestão regional.

Em 2006 houve uma nova reestruturação no nível central da Secretaria que se relacionou às Vigilâncias, onde se configurou um novo desenho territorial para elas através de Núcleos, e retirou a responsabilidade administrativa dos DRS nas ações de Vigilância à Saúde, afastando ainda mais a possibilidade de uma visão sistêmica da gestão regional.

No território do DRS Registro, é evidente a dicotomia entre as ações de Atenção Básica e as de média e alta complexidade, vinculadas a duas instâncias regionais que se relacionam com duas coordenadorias diferentes no nível central da SES.

A SES reconhece e fortalece esta fragmentação, considerando que os acordos, os contratos e o repasse de recursos financeiros são realizados diretamente entre o nível central e a gerência do Consórcio, sem o envolvimento do DRS.

- **Gestão Regional e as Relações entre os Atores**

A mudança dos contornos da política de saúde brasileira, com a emergência do SUS, é resultado do processo que ocorreu a partir da década de 1980, em uma conjuntura de crise econômica e num cenário político que acenava pela redemocratização do país.

O movimento pela descentralização passa a ser tema central neste contexto, e está relacionado à falência do modelo de proteção social dos países capitalistas, *Welfare State*, adquirindo contornos específicos na América Latina, pois neste continente foi a crise do Estado Desenvolvimentista que ocorreu no mesmo período do processo de democratização, e que refletiram mudanças na lógica centralizadora vigente, com alto grau de intervenção do Estado, agravada pela instituição dos governos autoritários.

No Brasil a descentralização na política de saúde, com mudança no papel e na modalidade de intervenção do Estado, culminou com novas atribuições para

as esferas de governo, isto é, para as instâncias estaduais e municipais, a partir da esfera federal.

Na Constituição Federal foram definidas as diretrizes da Política de Saúde e seu novo desenho, tendo por referência a formação de um sistema nacional, com atribuições para cada esfera de governo, visando à criação de uma rede de serviços regionalizada, integrada, descentralizada e hierarquizada por níveis de atendimento; concomitantemente, foi embasada por uma concepção de descentralização com enfoque municipalista, responsabilizando os municípios pelas ações de saúde, com plena autonomia para o desempenho de suas funções.

A complexidade deste modelo inclui múltiplas variáveis para a sua operacionalização, e depende das relações que se estabelecem entre os diversos atores que participam da Política, porque pressupõe a descentralização para os municípios das ações de saúde, ao mesmo tempo em que pretende conformar redes regionalizadas para o atendimento da população.

Prevê, também, a integração dos serviços, atendimento integral e hierarquizado, o que supõe a presença de novos atores e a necessidade de acordos, para que se mantenha a unicidade do sistema.

Assim, o SUS, tem em suas diretrizes, uma proposta descentralizadora, mas para que se organize o sistema, é necessária coordenação, exigindo um pacto federativo cooperativo.

No entanto, as relações intergovernamentais são marcadas por conflitos devido aos escassos recursos financeiros para área da saúde, a centralização excessiva na esfera federal, as instituições são fragmentadas, a capacidade reguladora ainda é frágil e há pouca tradição na participação da população.

Para que se operacionalizasse o sistema, a esfera federal utilizou instrumentos reguladores, as NOB, que definiram as atribuições, responsabilidades e formas de financiamento para os gestores municipais e estaduais.

As NOB, editadas na década de 1990, tiveram um enfoque direcionado à municipalização, acentuando-se a relação federal/municipal em detrimento de um papel mais efetivo das secretarias estaduais, e ainda a NOB/96, devido a sua moderada racionalidade sistêmica, não propiciou a construção de redes

hierarquizadas nos espaços regionais, dificultando o acesso aos serviços de maior complexidade pela população.

Concomitantemente, considerando a heterogeneidade dos municípios na oferta de serviços de maior complexidade em seu território, em algumas regiões foram formados consórcios de saúde como uma forma de suprir estas necessidades.

É somente na década de 2000, já num limite do processo de descentralização direcionada aos municípios, e frente à necessidade de se efetivar redes de atendimento, que a esfera federal enfatiza a regionalização, inicialmente através da NOAS/01/02, e mais recentemente no Pacto pela Saúde.

Podemos afirmar que o SUS continua em processo de implementação, e o que temos hoje, são modelos de saúde singulares, devido às diferenças sócio-econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e de distribuição de serviços e profissionais de saúde locais e regionais, considerando a extensa dimensão geográfica do Brasil.

“Esses modelos são identificados por características particulares...as formas anteriores de gestão e organização dos serviços, os arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional, o tipo de relacionamento entre as esferas de poder – executivo legislativo e judiciário, o grau de associacionismo e de capital social criado e desenvolvido, o perfil do financiamento e do gasto local em saúde....são a qualidade e a natureza desses perfis de atuação....que melhor respondem pelo desempenho da implantação de determinadas políticas setoriais”. (VIANA, et al., 2002b, p. 141)

Como vimos no estudo do DRS Registro, as relações que se estabelecem entre os atores no nível regional, DRS e Consórcio, aliada à forma de relacionamento do DRS com o nível central, a forma fragmentada como se estruturou o sistema de saúde na região, os motivos políticos que levaram a SES a repassar a gerência dos serviços regionais para o Consórcio, determinaram responsabilidades regionais distintas e um frágil desempenho do DRS Registro enquanto gestor regional.

O *território usado* do DRS Registro constitui-se num todo complexo, então é onde se estabelecem as relações entre os diversos atores, e entre eles e o lugar, a forma como está organizado e como recebe as influências externas.

Na escala de região, a luminosidade do *território usado* do Vale do Ribeira na área da saúde, é o Consórcio concentrando a maior densidade tecnológica e de recursos humanos, atraindo maior capital, contrapondo-se à opacidade do DRS Registro; no entanto esta característica é única e do momento atual, e de

acordo com SANTOS (2000) os componentes do espaço, apesar de serem os mesmos em todo mundo, formando um contínuo do tempo, eles variam quantitativa e qualitativamente, segundo o lugar, do mesmo modo que variam as combinações entre eles.

Portanto, está nas características específicas de cada região e na qualidade das relações que se estabelecem entre os diversos atores que participam da Política de Saúde, o terceiro limite da gestão regional face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo.

As possibilidades da gestão regional, face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo, surgem a partir do reconhecimento das questões centrais que limitam a gestão regional.

Assim deveriam ser propostas políticas de saúde regionais, possibilitando o planejamento, financiamento e regulação numa lógica regional, e inclusive articular-se com outras políticas setoriais existentes na região, o que representaria uma inovação para o SUS no Estado de São Paulo.

A SES deveria recuperar a visão sistêmica que se iniciou com o PMS, pois somente a partir de uma articulação entre todos os serviços de saúde existentes em uma região com vistas à organização de redes, é que se pode ampliar verdadeiramente o acesso da população às suas necessidades com economia de escala.

Como decorrência desta proposta a SES deveria também integrar as diversas estruturas do nível central, possibilitando ao gestor regional efetivamente a responsabilidade sanitária da abrangência do seu Departamento.

A outra possibilidade que identificamos neste estudo, é que no planejamento da Política Estadual, deveriam se considerar as singularidades de cada região, bem como as formas pretéritas de organização dos serviços regionais, as relações que se estabelecem e os interesses que envolvem os diversos atores a participarem do sistema de saúde regional.

E finalmente, como as propostas contidas no Pacto pela Saúde com a formação dos colegiados de gestão regional, requerem ações mais políticas, a co-gestão dos serviços representaria uma alternativa para potencializar os múltiplos acordos necessários ao fortalecimento do SUS no Estado de São Paulo.

Assim, foi possível identificar os limites e possibilidades da gestão regional, face ao processo de descentralização do SUS no Estado de São Paulo, através

do estudo de caso do DRS Registro, utilizando o modelo e os dados do “Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo”.

Apesar do estudo de caso se limitar à experiência da Região de Registro, identificando suas singularidades, esse conjunto de dados apresenta aspectos fundamentais, tanto para o uso da metodologia, como nos resultados e nas indicações para intervenção.

O primeiro aspecto a ser considerado está relacionado ao espaço regional, como instância social, numa perspectiva histórica, onde se efetivam as relações entre os diversos atores que participam da política, se estabelecem os acordos, se demonstram os interesses, onde vive a população usuária dos serviços de saúde e que dependem destas pactuações para o seu atendimento e cuidado em saúde. Assim, ao planejar Políticas Públicas de corte regional com este referencial, supera-se a caracterização do território com as variáveis clássicas, levando a propostas de intervenção próximas da realidade regional com maior impacto na implementação dessas políticas.

O segundo aspecto a ser ressaltado, refere-se à condução fragmentada com que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo implementa a Política de Saúde, considerando a falta de integração entre as diversas coordenadorias do nível central, o que acarreta dificuldades de articulação entre os diversos serviços existentes na região, inviabilizando a lógica de sistema.

O terceiro aspecto que destacamos relaciona-se à necessidade de integrar as políticas públicas existentes num mesmo território, além de se adotar enfoques mais abrangentes, como forma de se superar as desigualdades territoriais e sociais no Estado de São Paulo.



## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. A. Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista Sociol. Política**. Curitiba. v. 24, p. 41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L. A. Para além da Descentralização: Os Desafios da Coordenação Federativa do Brasil. In: Fleury, Sônia (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro, FGV, 2006. p. 77 – 126.

AFFONSO, R. Os municípios e os desafios da federação no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 10, n. 3, 1996.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a Federação? **Revista Sociol. Política**. Curitiba, v. 23, p. 29-40, 2005.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 40, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 18, n. 2, 2004.

AZEVEDO, S. Desigualdades Sociais e Reforma do Estado: Os Desafios da Gestão Metropolitana no Federalismo Brasileiro. In: Fleury, Sônia (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro, FGV, 2006. p. 127 -186.

BARATA, L. R. B. et al. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do SUS. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 13, n. 1, p. 15 -24, 2004.

BRAGA, R. Raízes da questão regional no Estado de São Paulo: considerações sobre o Vale do Ribeira. Geografia. Rio Claro, **AGETEO**. v. 24, n. 3, 1999.

BRANDÃO, C. A. e MACEDO, F. C. Demografia e Urbanização. In CANO et al.(Org.). **Economia Paulista. Dinâmica Sócio-econômica entre 1980 e 2005**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2007. p. 23 – 106.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 setembro 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 setembro1990.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dezembro 1990.

CANO, W.(coord.) (1988) O processo de interiorização da indústria paulista - 1920 a 1980. São Paulo, **Fundação SEADE/Coleção Economia Paulista**, 1988.

CANO, W. et al. (Org.). **Economia Paulista. Dinâmica Sócio-econômica entre 1980 e 2005**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2007.

COELHO, V. S. et al. Fóruns Participativos e Desenvolvimento Territorial no Vale do Ribeira, **NEPO**, Campinas, Unicamp, 2006.

CONSÓRCIO MEDICINA USP, IBAÑEZ, N. (Coord. Geral). **”Estudo dos Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo”**. São Paulo. Relatório Preliminar. 2007 (dig.).

COSTA, N. R. A. Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. **Brasil; Radiografia da Saúde**. Campinas, Unicamp, 2001.

DRAIBE, S. A. Política Social no período FHC e o Sistema de Proteção Social. **Tempo Social / USP**, São Paulo, 2003.

FLEURY, S. et al. Municipalização de Saúde e Poder Local no Brasil. **Revista de Administração Pública**. São Paulo, v. 31, n. 5, 1997.

FLEURY, S. Democracia, Descentralização e Desenvolvimento. In:-----, **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro, FGV, 2006. p. 23 – 76.

FÓRUM REGIONAL DE SAÚDE DO VALE DO RIBIEIRA, 2007, Registro. **Caderno Técnico**. Pariqueira Açú: CONSAÚDE.

GUEDES, J. S. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 17, n. 48, 2003.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. 1017-1025, 2005.

GUIMARÃES, L. e GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**. v. 16, n. 4, 2004.

HOGAN, D. J. Crescimento Populacional e Desenvolvimento Sustentável. Lua Nova, Revista de Cultura e Política. **CEDEC**. N. 31, p. 58 – 77, 1993.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 6, n. 2, p. 391 – 404, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e mudança nas organizações públicas de saúde. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, 1994.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p.269-291, 2001.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas no Brasil republicano. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MACHADO, C. V. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 20, n. 1, 2006.

MEDICI, A. C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. **Faculdade de Saúde Pública / USP**, São Paulo, 1994.

MENDES, A et al., Apuração do gasto público regional em saúde no Estado de São Paulo. **Instituto de Saúde**, São Paulo, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. Portaria 545, Aprova a Norma Operacional Básica SUS 01/93, Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. Portaria 1742, Aprova a Norma Operacional Básica SUS 01/96, Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 30 agosto 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. Portaria 95, Aprova a Norma Operacional da Assistência a Saúde 01/01, Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 26 jan. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. Portaria 373, Aprova a Norma Operacional da Assistência a Saúde 01/02, Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 27 fev. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Gabinete do Ministro. Portaria 399, Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto, Ministério da Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 22 fev. 2006.

PAIM, J. S. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

PINTO, G. C. R. Ciência e Tecnologia (C&T). In: CANO et al.(Org.). **Economia Paulista. Dinâmica Sócio-econômica entre 1980 e 2005**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2007. p. 531 - 571.

PIOLA, S. F. Perspectivas da Descentralização na Saúde Pública. Obsevatório da Cidadania, **Observatório da Cidadania**, São Paulo, p. 62-67, 2002.

RIBEIRO, J. M. e COSTA, N. R. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Os Consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, São Paulo, n. 22, p. 164 – 220, 2000.

ROMÃO, D. A. et al. Fortalecimento das Comunidades Rurais no Brasil: um estudo regional. **Revista Informações Econômicas**. São Paulo, v. 35, n. 2, 2005.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 50192, de 13 agosto 1968, Exposição de Motivos Gerais nº 32-E, item 3. Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde Pública, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 14 agosto 1968.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 2.329, de 29 agosto 1973, Cria a Divisão Especial de Saúde do Vale do Ribeira – DEVALE – na Secretaria de Estado de Saúde e dá outras providências. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 31 agosto 1973.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 6.610, de 14 agosto 1975, Altera subordinação de Unidades Administrativas. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 15 agosto 1975.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 22.970, de 16 fevereiro 1984. Criação dos Escritórios Regionais de Governo. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 17 fevereiro 1984.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 25.519, de 17 julho 1986. Criação dos Escritórios Regionais de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 18 julho 1986.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 26.774, de 18 fevereiro 1987. Reestruturação do nível central da Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 19 fevereiro 1987.

SÃO PAULO (Estado) Decreto nº 40.082, de 15 de maio 1995. Dá nova organização as atividades de coordenação regional de saúde, extingue as Coordenações de Regiões de Saúde, 3, 4 e 5 e dá providências correlatas. Secretaria de Estado de Saúde. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 16 maio 1995.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 49.343, de 24 janeiro 2005. Dispõe sobre as Coordenadorias da Secretaria de Saúde e dá providências correlatas. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, 25 janeiro 2005.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 51.307, de 27 novembro 2006. Transfere os Grupos de Vigilância Epidemiológica e Sanitária para CCD, e dá providências correlatas. Secretaria de Estado de Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 28 novembro 2006.

SÃO PAULO (Estado), Decreto nº 51.433, de 28 dezembro 2006. Reestruturação Administrativa, criação dos Departamentos Regionais de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde, **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 29 dezembro 2006.

SÃO PAULO (Estado), Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. **Secretaria da Saúde**, São Paulo, 300 p., 2008

SANTOS, M. Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos. São Paulo, **Editora Fundação Perseu Abramo**, 2000

SANTOS, M. O papel ativo da Geografia: um manifesto. **XII Encontro de Geógrafos**, Florianópolis, 2002.

SANTOS, M. O Espaço Dividido. São Paulo, **EDUSP**, 2004.

SANTOS, M. O retorno do território. **OSAL**. Debates. a.VI, n. 16, p. 251-261 2005. (texto publicado no livro Território, Globalização e Fragmentação. São Paulo, HUCITEC, 1994.

SANTOS, M e SILVEIRA, M. L. **Território e Sociedade**. Record, Rio de Janeiro, 2001.

SAUVER, G. B. G. A. A reforma administrativa federal nos anos 60 e seus desdobramentos em São Paulo. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, a. 3, n. 7, p. 60 -73, 1983.

SILVA, P. L. B. A política de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo. A. 3, n. 7, p. 4 -11, 1983.

SILVA, Z. P. O município e a descentralização em saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 81-87, 1996.

SOUZA, M. A. Regionalização: tema geográfico e político – o caso paulista. **Boletim Paulista de Geografia**. São Paulo, n. 50, p. 103 – 141, 1976.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 30, n. 2, p. 332 – 348, 2006.

STUCCHI, M. L. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo. In: Planejamento de Saúde: Conhecimento & Ações. **SES/CPS**, São Paulo, p. 133 – 148, 2006.

TANAKA, O. Y. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 26, n. 3, p. 185 - 194, 1992.

TREVISAN, L. N. e JUNQUEIRA L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893 – 902, 2007.

VIANA, A. L. d'A. **Sistema e Descentralização. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões**. 1994. 188 p. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade de Campinas, Instituto de Economia, Campinas.

VIANA, A. L. d'A. et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.493-507, 2002a.

VIANA, A. L. d'A. et al., Mudanças Significativas no Processo de Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.139-151, 2002b, Suplemento.

VIANA, A. L. d'A. et al., Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p.58-68, 2003.

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

WAGNER, G. Comentário: Reforma da Secretaria de Estado de São Paulo durante os anos 70 e o Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 34-36, 2006.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, Sônia (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil & Espanha**. Rio de Janeiro, FGV, 2006. p. 417 – 442.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**. Bookman, 2005.

YUNES, J. e BROMBERG, R. Situação da rede pública de assistência médica sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, n. 5, p. 221-236, 1971.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)