

Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário

Regionalization of health systems as a response to territorial inequalities: a necessary debate

Regionalización de los sistemas de salud como respuesta a las desigualdades territoriales: un debate necesario

Marilia Cristina Prado Louvison ¹

doi: 10.1590/0102-311X00116019

Analisar as desigualdades tendo como base os impasses e dilemas do processo de regionalização, como propõem Ana Luiza d'Ávila Viana & Fabiola Lana Iozzi, reveste-se de especial importância. A aposta na radicalidade democrática do SUS coloca no processo de descentralização uma responsabilidade que esbarra na escala e nos fluxos territoriais que garantam acesso a todos. A oferta tecnológica ainda é muito concentrada em municípios-polo e a centralidade no cidadão e no território está muito distante de um movimento equilibrado entre oferta e demanda. As discrepâncias regionais desafiam as políticas públicas e as adversidades territoriais combinam importantes vulnerabilidades com menor desenvolvimento ¹. Cabe considerar que nesse processo, sempre inacabado, o Brasil enfrenta um retrocesso no campo das políticas públicas sociais, com forte desfinanciamento, que afetou diretamente as possibilidades de responder às necessidades das diferentes populações e territórios de todo o país. As desigualdades regionais se apresentam em mosaicos territoriais onde é indispensável a identificação tanto das inclusões desiguais como das exclusões abissais, fortemente agravadas pelas políticas de austeridade.

Este é um ponto importante discutido pelas autoras: a equidade territorial como o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS. O processo de regionalização da saúde no Brasil é constituído de iniciativas pontuais, relacionadas à implantação de serviços específicos e não de um planejamento territorial regional voltado para a construção de redes e de sistemas de atenção integrados, como se observa em outros países ². Se por um lado, algumas experiências recentes no Brasil enfrentaram o problema estrutural da ampliação da oferta descentralizada, por outro, correram o risco do desmonte das marcas de governo, não fortalecidas como políticas de estado. Somam-se a isso os incentivos específicos para a ampliação de ofertas definidos nas chamadas redes temáticas que colocou os atores em diálogo e em processo de planejamento, mas não enfrentou estruturas importantes e não produziu necessariamente efeitos contínuos e permanentes no realinhamento dos sistemas regionais de saúde.

As relações intergovernamentais variam em função das relações de poder das autoridades governamentais e negociações produzidas. As definições de responsabilidade no SUS enfrentam superposições e vazios assistenciais muitas vezes intransponíveis, dada a distribuição e a diversidade dos municípios brasileiros. O processo de judicialização explicita essa dificuldade quando responsabiliza ao mesmo tempo vários níveis de governo para que respondam às demandas e necessidades dos cidadãos. As Comissões Intergestoras Regionais (CIR), por outro lado, perdem potência e possibilidades

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

M. C. P. Louvison
Faculdade de Saúde Pública,
Universidade de São Paulo,
Av. Dr. Arnaldo 715, sala 10,
São Paulo, SP 05406-150,
Brasil.
mariliapl@gmail.br



ao não trazer o conjunto de atores políticos e suas intencionalidades para a roda de pactuações, que pode se transformar, ora em instrumento burocratizado, ora em processos pouco sustentáveis.

O SUS é tripartite e isto é a base de sua sustentação como um sistema de proteção social para todos os brasileiros. No entanto, o processo de descentralização não se efetivará com incentivos federais isolados sem avançar para uma alocação mais equitativa dos recursos para estados e municípios. Estados e municípios não são atores passivos apesar de se encontrarem em um desenho federativo que dá pouca margem com relação aos tributos e a definição de políticas para os governos locais que, no entanto, permitem uma produção cotidiana e inovadora de políticas públicas, independentemente de seus sistemas serem federais³. As narrativas construídas com gestores municipais trazem sempre a solidariedade e as redes de gestão como potências possíveis⁴. Nesse processo, é fundamental reconhecer a fragilidade do papel do ente estadual, com forte indução regional, mas que não se coloca historicamente no papel de coordenar o processo de governança regional, considerando as macrofunções de planejamento, regulação e avaliação das redes e regiões⁵.

Por fim, aponto aqui a questão central do artigo em debate, que é o processo de mercantilização e a lógica do capital que constituem atualmente as reformas de estado, com frágeis processos regulatórios. Isso, além de não enfrentar as desigualdades aqui apontadas, muito pelo contrário, as reforça construindo acesso, qualidade, fluxos assistenciais e incorporação de tecnologias de maneira desigual. Num processo de distribuição e expansão de organizações com lógica de mercado e não da necessidade, em um país de poderes de utilização que traduzem iniquidades e exclusão, a frágil organização de processos de regulação impede a organização de redes integradas e a efetivação do papel dos sistemas de saúde para responder às necessidades dos cidadãos.

O debate sobre o contexto do neoliberalismo e as transformações na administração gerencial nos indica necessidades de mudanças na natureza da gestão, nas suas distintas escalas em todo o mundo. A premissa de que a lógica de mercado poderia diminuir os gastos públicos aumentando a eficiência não tem sido verificada em estudos que indicam os potenciais efeitos negativos desses processos, produzindo tanto uma mercantilização explícita nos processos de terceirização como uma mercantilização implícita, incorporando princípios do setor privado no setor público, em processos de empresariamento⁶. A experiência do Município e do Estado de São Paulo na contratação de Organizações Sociais (OS) para a gestão de serviços de saúde, incluindo unidades de atenção primária, tem indicado um efeito reducionista na produção do cuidado em redes, fortemente induzido por metas produtivistas dos contratos de gestão. Os processos de contratualização exigem, como apontado pelas autoras, capacitação de gestores e reguladores que avancem na lógica do sistema para além da clássica lógica dos prestadores de serviço que, por melhor que sejam, dificilmente produzirão integralidade.

No mundo das transformações não se pode deixar ainda de considerar que opera nos territórios uma revolução da longevidade, o que faz das condições crônicas um importante desafio para a organização dos sistemas de saúde. Há uma necessária transformação dos modos de produção de cuidado, com redes integradas socio sanitárias que efetivamente coloquem a atenção primária na centralidade da organização dos serviços de saúde, com prevenção quaternária que regule a incorporação tecnológica e evite riscos desnecessários frente aos excessos de intervenção.

Uma regulação deficitária pode reforçar as desigualdades no acesso, com relação à superposição de instrumentos, fragmentação da informação e falta de recursos especializados. A maior parte dos países atua em processos regulatórios de qualidade e segurança da assistência, e o SUS ainda apresenta processos incipientes de regulação do acesso com foco apenas na gestão da escassez e das filas. Uma regulação produtora do cuidado nas regiões de saúde exige, de alguma forma, o encontro com as necessidades e o território, utilizando o planejamento, as informações e os protocolos como tecnologias leves, e desenhando mapas de cuidado que considerem projetos singulares de gestão local, alinhados às macroestratégias.

O artigo em debate nos brinda com uma reflexão aprofundada dos principais impasses e caminhos das desigualdades e regionalização. Como apontado, sistemas de saúde que não planejam e não buscam melhor acomodar as lógicas “de baixo para cima e de cima para baixo” abrem mão de acionar a potência da diversidade do primeiro com a coordenação diretiva do segundo, exercendo seu papel estratégico da escala nacional que reconhece a abordagem multi e transescalar. É importante sempre considerar que reduzir desigualdades, ampliar o conceito de saúde e cuidar de seu povo, foi e continua sendo a aposta de um sistema universal de saúde no Brasil.

Informação adicional

ORCID: Marilia Cristina Prado Louvison (0000-0003-1630-3463).

1. Santos JAF. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2018; 27:556-72.
2. Albuquerque MV, Viana ALd'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate* 2015; 39(n.spe):28-38.
3. Souza CM. Federalismo e políticas públicas nacionais: diversidade ou uniformidade? In: Menicucci T, Gontijo JGL, organizadores. *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 313-54.
4. Louvison MCP. A voz dos gestores. In: Pereira AL, Pereira Filho FNB, Monti JFC, Silveira LT, Louvison MCP, Pereira MTC, et al, organizadores. *Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo: Pyxis Editorial; 2015. p. 36-41.
5. Mendes A, Louvison M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde Soc* 2015; 24:393-402.
6. Ferreira MRJ, Mendes A. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2159-70.

Recebido em 19/Jun/2019
Aprovado em 27/Jun/2019