

# **NOVOS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: o complexo regional da saúde no estado de São Paulo/Brasil <sup>1</sup>**

**MARIANA VERCESI DE ALBUQUERQUE**

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

**FABÍOLA LANA IOZZI**

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

## **A CATEGORIA DE REGIÃO**

Nota-se que a atual ênfase dada à categoria de região e à prática de regionalização na estratégia de planejamento do governo federal, estadual e municipal, tem como pano de fundo duas grandes preocupações: 1. Avanços na descentralização política; 2. Enfrentamento da complexidade das desigualdades na formação sócio-espacial brasileira.

Nesse contexto, uma importante reflexão a ser feita é: de que maneira a retomada da questão regional, proporciona melhorias na descentralização e na democratização, além de maior sensibilidade política e analítica diante das desigualdades do território brasileiro?

Para responder essa questão, parte-se da afirmação feita por Ribeiro (2004a) de que a escolha de uma categoria de análise e de seu conceito é uma escolha de visão de mundo e de uma determinada prática intelectual e política. “A função dos conceitos não é sempre a mesma, na medida em que se alteram a totalidade refletida e os sentidos da ação social.” (RIBEIRO, 2004a: 47). De acordo com a autora, a categoria de análise e seu conceito revelam a sensibilidade analítica e política com o mundo, num dado período histórico.

A categoria de região sofreu mudanças em seu conteúdo ao longo da história das ciências, tentando acompanhar as transformações da realidade mundial. Inicialmente atrelado a um conjunto contíguo de lugares com características particularizantes e identitárias (homogeneidade), sobretudo de origem natural, o conceito de região, com o advento das relações globalitárias entre os lugares, passa a incorporar um sentido mais relacional (diversidade, desigualdade e complementariedade).

A região foi associada genericamente à noção de diferenciação de áreas, inicialmente formadas pela longevidade e localidade dos eventos que as conformariam, inclusive gerando suas paisagens distintas. No entanto, em tempos atuais, nos alerta Corrêa (1997) que: fazer, desfazer e refazer as diferenças espaciais tornou-se uma das

---

<sup>1</sup> Este tema foi desenvolvido em: VIANA, Ana Luiza d'Ávila, IBAÑEZ, Nelson, ELIAS, Paulo E. M., LIMA, Luciana D. de, ALBUQUERQUE, Mariana V. de, IOZZI, Fabíola L. “Novas perspectivas para a regionalização da saúde”. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008; e na pesquisa: CEALAG. “O Pacto pela Saúde e a gestão regional em São Paulo: fatores intervenientes e reorientação da política da Secretaria de Estado da saúde de São Paulo”. Relatório Preliminar da Pesquisa. CEALAG: São Paulo-SP, set. 2008. O objetivo aqui é aprofundar alguns pontos abordados no artigo de Viana *et al* (2008) supra citado.

características da economia global. Diferentes são os usos, fluxos e redes que unificam os lugares e que os particularizam e desparticularizam. A região, então, se destaca pelo dinamismo e não pela estabilidade histórica e localmente cristalizada de outrora, e passa a ser fruto muito mais de uma *solidariedade organizacional*<sup>2</sup> entre os lugares, como propõem Santos (1994, 1996), do que de uma escala geométrica de análise. Assim, a região não seria mais definida fundamentalmente por limites ou escalas cartográficas (SANTOS, 1994).

Essa nova condição de existência da região envolveria, portanto, enormes quantidades e complexidades de *conexões geográficas* (SOUZA, 1995), originadas das relações produtivas, mas igualmente sociais, políticas, culturais entre os lugares. Nesse sentido, como afirma Souza (1995), a região passa a ser um recorte mais complexo da dinâmica territorial e menos passível de delimitações e instrumentalização, dado que ela se torna uma expressão da divisão territorial do trabalho globalmente unificada, mas, diversamente realizada nos lugares.

A periodização do conceito de região, feita por Corrêa (1991, 1997), revela que, o aumento da complexidade do mundo, desde meados da década de 1960 e início da de 70, com a chegada de novos vetores de modernização e com o surgimento de novas possibilidades de usos do território, fez com que a comunidade científica propusesse diversos conceitos para a categoria de região.

A partir da década de 1970, no âmbito da incorporação de novos paradigmas à geografia, o conceito de região reaparece no interior de uma geografia crítica fundamentada no materialismo histórico e dialético, como também na geografia humanista e cultural. Adicionalmente, o conceito de região desperta o interesse de não-geógrafos, daqueles que, de alguma forma se interessam pela dimensão espacial da sociedade. Novos conceitos de região foram produzidos por geógrafos e não-geógrafos, ampliando ainda mais o pluralismo conceitual. (CORRÊA, 1997:187).

A preocupação central de tal produção é sempre a de reafirmar o valor desta categoria por meio de conceitos que dêem conta de acompanhar essa realidade mundial cada vez mais complexa. Ao mesmo tempo, como enfatizam Corrêa (1991), Silveira (2003), Santos (2000), Souza (1976) e Ribeiro (2004a), é preciso atentar e distinguir as ideologias, as intencionalidades, as teorias e a crítica social que embasam os conceitos de região, no atual período histórico.

Para Silveira (2003), é necessário preencher a categoria de região com as variáveis-chave que dinamizam o território, para dar nexos entre o conceito e a realidade vigente. Só assim é possível dar voz a essa categoria.

Hoje, mais do que em épocas anteriores, existe a necessidade de entender o significado do período em cada região, as transformações, o uso atual do território, para que as regiões possam ser, de um lado, interlocutoras mas, de outro lado e sobretudo,

---

<sup>2</sup> Como explica Milton Santos (1994), a região se fundamenta numa proximidade organizacional. Essa solidariedade organizacional está baseada nas coerências funcionais entre pontos do território, não necessariamente contíguos, que se relacionam a partir da teleação e dos fluxos comandados, muitas vezes, de locais distantes àquele. Já o lugar se fundamenta na proximidade espacial, dada por uma solidariedade orgânica, marcada pela co-presença de diversos usos na contiguidade espacial.

produtoras de condições aptas para o trabalho e a vida da população nos lugares. (SILVEIRA, 2003:415).

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

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

Nesse sentido, busca-se a compreensão não puramente do território, herança de conceitos da modernidade, utilizada por homens da ciência política, por juristas, antropólogos, mas sim do *território usado*<sup>3</sup> (Santos, 1994; 1996; 1999), híbrido de materialidade e ações, entre trabalho morto e trabalho vivo, entre forma e conteúdo, entre o meio construído e o movimento da sociedade. O território usado é, portanto, conteúdo e não simples continente, onde se pode recuperar um enfoque totalizador<sup>4</sup>, imbuído do comprometimento com um saber que dê conta da realidade concreta. Desse modo, ao nosso olhar, este conceito se mostra como importante fundamento para outra perspectiva sobre regionalização.

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

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

A regionalização como fato:

Independe da ação hegemônica<sup>5</sup> do presente. (...) depende da reconstrução histórica dos múltiplos processos que movimentaram e limitaram a ação hegemônica. Desta maneira, a *regionalização como fato* encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos da disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e uso) do território. (RIBEIRO, 2004a:194-195).

---

<sup>3</sup> “O que interessa discutir é, então, o território usado, sinônimo de espaço geográfico. E essa categoria, território usado, aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território” (SANTOS & SILVEIRA, 2001, p.20).

<sup>4</sup> Segundo Karel Kosik (1963), “a totalidade não significa todos os fatos. Totalidade significa realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classe de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido”. (KOSIK, 1963, p. 43).

<sup>5</sup> “Convém esclarecer, ainda, que entendemos por ação hegemônica aquela conduzida pelas forças econômicas e políticas que dominam o território brasileiro, expressivas da aliança entre agentes externos e condutora de numerosas e difusas ações subalternas ou subalternizadas.” (RIBEIRO, 2004b:194).

Já a regionalização como ferramenta refere-se a sua instrumentalidade vinculada a essa ação hegemônica da atual conjuntura. Não raro, então, a região assim concebida pressupõe objetividade/fim/instrumentalidade, articulando-se com ideologias e recursos político-administrativos (idem, 2004a). A região, nesse sentido, aparece menos como um fato e mais como uma classificação de áreas e locais. A multiplicidade de elementos que caracterizam a existência da região como fato cede lugar a um conjunto de variáveis estabelecidas, segundo a finalidade a se alcançar, e acompanha a transformação da eficácia em meta política e a imposição do agir instrumental e estratégico (idem, 2004a:197).

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

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

Vainer (1996) também nos traz importantes reflexões para pensar o processo de regionalização no planejamento público, nos alertando para a relevância de identificar os agentes que definem os recortes regionais, isto é, identificar quem fala pela região: “quem se propõe a dizer: a região quer, a região luta por, a região reivindica, a região necessita de?”, além da importância de identificar que recortes estão em confronto<sup>6</sup>. (VAINER, 1996: 20). O autor afirma que, se nenhum sujeito histórico político assume a região como recorte relevante nas suas estratégias políticas, econômicas, simbólicas, uma regionalização proposta pode nunca existir, pode ser um projeto de região não instaurado socialmente, concretamente, historicamente (idem, 1996: 20).

Dessa maneira, é importante compreender quais os projetos territoriais propostos pelos atuais governos para poder, entre outras coisas, relacioná-los com os anseios e pressupostos das políticas públicas que enfocam a questão regional como principal estratégia para avanços na descentralização política e no enfrentamento das desigualdades territoriais.

## **NOVOS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

No âmbito do governo federal, sobre a concepção e a condução de políticas de caráter regional, identifica-se que a orientação da política de desenvolvimento regional no Governo Lula (2003-2010) apresentou inflexões importantes em relação às políticas conduzidas anteriormente, ao menos nas últimas três décadas. No Governo Fernando Henrique Cardoso, a política teria privilegiado os “Eixos de Integração Nacional” que tinham como objetivo ligar algumas regiões do Brasil ao comércio internacional por meio

---

<sup>6</sup> “É, enfim, romper com o fetichismo que toma a região como inscrita, por si, no território” (VAINER, 1996, p.20)

dos corredores de exportação, se constituindo mais como uma política de logística para a integração competitiva do Brasil no mundo, de uma forma fragmentada. No Governo Lula, se teria procurado retomar uma lógica mais integradora de política de desenvolvimento do território nacional, considerando ainda a grande desigualdade não apenas macro como microrregional.

O atual governo federal retomou a questão regional como estratégia para avançar na descentralização política, na democratização e na diminuição das desigualdades territoriais do país. Documentos elaborados por ministérios federais<sup>7</sup>, durante o primeiro mandato, evidenciam que a questão regional ganhou força, inclusive, com o objetivo de se obter uma maior sensibilidade analítica e política frente ao território brasileiro.

A questão regional encontrou grande repercussão no Ministério da Saúde, que discutiu um novo plano de regionalização da saúde<sup>8</sup> para o Brasil, em 2004, e não apenas aderiu à proposta do *Plano Amazônia Sustentável* e criou o *Plano de Saúde Amazônia – PSAL* (BRASIL, 2003, 2005) –, como também avançou na discussão sobre a regionalização do Sistema Único de Saúde ao lançar o *Pacto pela Saúde* (BRASIL, 2006).

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

Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para: 1) Constituição Federal de 1988; 2) Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142 de 1990; 3) Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; 4) Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002); e 5) Pacto pela Saúde de 2006.

Apesar de a regionalização estar prevista na Constituição Federal de 1988 e nas leis e portarias supracitadas, como mecanismo de descentralização, integralidade e de hierarquização da saúde, é apenas com a instituição da NOAS, em 2001, que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema.

A definição de “região de saúde” aparece pela primeira vez na NOAS (Cap.1):

---

<sup>7</sup> Política Nacional de Desenvolvimento Regional, 2003 (Ministério da Integração Nacional); Plano Amazônia Sustentável, 2003 (Ministério da Integração Nacional e Ministério do Meio Ambiente); Plano de Regionalização da BR-163, 2003 (Casa Civil); Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, 2005 (Ministério da Integração Nacional); Proposta de recriação da Superintendência da Amazônia Legal (SUDAM), da Superintendência do Centro-Oeste (SUDECO) e da Superintendência do Nordeste (SUDENE) (Ministério da Integração Nacional, *Política Nacional de Desenvolvimento Regional*, 2003). Plano de Saúde Amazônia, 2003, 2005 (Ministério da Saúde); Proposta de Regionalização do SUS, 2004 (Ministério da Saúde); Pacto pela Saúde, 2006 (MS).

<sup>8</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. A Regionalização da Saúde (Versão preliminar para discussão interna). Brasília: jun. 2004. Neste documento, a regionalização do Sistema Único de Saúde é considerada a estratégia prioritária para se conseguir avanços em direção à descentralização da gestão da saúde e, assim, à diminuição das desigualdades regionais de universalização da saúde.

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 Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais<sup>9</sup>.

Apesar do mérito de introduzir uma definição de região de saúde e importantes instrumentos para o planejamento regional, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a NOAS recebeu algumas críticas, ao longo dos últimos anos, no sentido de que: 1. Os módulos assistenciais tinham uma definição muito rígida, estritamente técnica e normativa, o que dificultava a criação de regiões de saúde mais coerentes com a realidade dos lugares (BRASIL, 2004; ALMEIDA, 2005) e com a própria noção de região com conteúdos provenientes de diferentes escalas geográficas<sup>10</sup> (GUIMARÃES, 2005); 2. A organização assistencial pela regionalização tinha como foco principal a média e alta complexidade em detrimento de uma visão também voltada para a Atenção Básica; 3. A NOAS tem como essência “o primado da eficácia como conceito tomado da economia, mais uma vez mantendo-se a tônica econômico-financeira sob a lógica da descentralização da saúde” (ELIAS *et al*, 2001:17); 4. As regiões criadas foram concebidas apenas como uma categoria de territorialização, sem expressão política, dificultando a descentralização da pactuação política e da efetivação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (FLEURY & OUVRENEY, 2007).

Se, por um lado, nesse primeiro momento a regionalização foi proposta tecnicamente pelo Ministério da Saúde, como uma norma que define, *à priori*, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema. Por outro lado, a regionalização normativa inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Ao mesmo tempo, tornou evidente que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, pois os pactos pela saúde são travados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde. Essa contradição gerada pela regionalização normativa, por não se vincular aos diversos conteúdos locais e regionais do território usado, tornou insustentável o processo de regionalização da saúde, levando o Ministério da Saúde a questionar as propostas instituídas pela NOAS (BRASIL, 2004).

---

<sup>9</sup> Dentro da proposta de constituição das regiões de saúde, a NOAS definiu ainda os conceitos de *Módulo Assistencial*, de *Município-sede do módulo assistencial* (GPM ou GPAB-A), de *Município-pólo* (GPM ou GPAB-A) e *Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde*.

<sup>10</sup> Por conta dos processos globalizados, as regiões abrigam conteúdos e eventos de diferentes dimensões escalares, isto é, que são de natureza internacional, nacional, regional e local. Como afirma Guimarães (2005), o sistema de saúde tem que lidar com essas múltiplas escalas geográficas dos acontecimentos, principalmente, no processo de regionalização do Sistema Único de Saúde. O autor faz uma crítica à regionalização da NOAS por não permitir essa visão das múltiplas escalas dos acontecimentos.

Guimarães (2005) ao elaborar uma discussão sobre a regionalização na saúde faz uma crítica a NOAS e conclui que:

A história recente da descentralização da saúde já demonstrou que a NOAS não é suficiente para incentivar mecanismos de co-gestão regional do SUS. Como um meio e, ao mesmo tempo, um resultado da produção social da democracia brasileira, qualquer proposta de regionalização da saúde no Brasil deverá contribuir para o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos (GUIMARÃES, 2005, p. 1024).

As reflexões e críticas sobre a NOAS ajudaram a construir uma nova proposta de regionalização, que se efetivou com o Pacto pela Saúde<sup>11</sup> (BRASIL, 2006). A nova proposta está baseada no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das “regiões de saúde”<sup>12</sup>. Os avanços para a regionalização efetiva do SUS, segundo o Pacto, dependem: da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; do estabelecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR); e do estímulo a estados e municípios para potencializar seus trabalhos. Ainda de acordo com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006, p.09), “qualificar a regionalização demanda, porém, medidas que evitem sua redução a um conjunto de normas complexas que se sobreponham a um efetivo processo político”. Assim, o processo de regionalização do SUS passa a depender muito mais de uma estrutura de caráter político do que técnico (Viana *et al*, 2008; CEALAG, 2008).

Apesar de o Pacto iniciar uma nova perspectiva para a regionalização da saúde, Gadelha et al (2007) apontam que:

Deve-se considerar, contudo, que tanto na NOAS como no Pacto não há uma definição clara dos rumos a serem tomados para a construção de uma política regional, que subentende articulação com outros setores e um diagnóstico mais preciso da situação de saúde bem como da situação socioeconômica de uma realidade. Os instrumentos

---

<sup>11</sup> A Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 divulgou o Pacto pela Saúde 2006 e aprovou as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, que tem três componentes principais: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse último componente constata as iniquidades regionais do Brasil e afirma que “mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais” (Portaria nº. 399/GM).

<sup>12</sup> “São recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde. As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma ‘regionalização viva’” (BRASIL, 2006, p.23).

normativos propostos pela saúde para a construção da regionalização estão estritamente voltados à organização da assistência à saúde com uma baixa articulação com os demais setores do Estado. Ou seja, há um insulamento da proposta de regionalização da saúde. (Gadelha et al, 2007: 39).

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

### **O COMPLEXO REGIONAL DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Atualmente, o Brasil se caracteriza por uma grande concentração dos equipamentos e serviços de saúde nas grandes cidades e regiões mais ricas e modernizadas – denominadas como *espaços luminosos*, por Santos e Silveira (2001) –, o que dificulta a própria expansão e consolidação do SUS no território cujos serviços e recursos se concentram, justamente, nesses espaços luminosos (Almeida, 2005, Albuquerque, 2008 e Bicudo, 2006). Com isso, não há uma universalização de fato da saúde em todos os lugares.

O sistema de saúde no estado de São Paulo representa uma especificidade importante para a compreensão da necessidade de mudanças nesse novo processo de regionalização. Dado o alto grau de desenvolvimento econômico, sobretudo, nos municípios mais populosos, o estado concentra investimentos na área da saúde, como em ciência e tecnologia, e possui o maior mercado consumidor dos serviços suplementares e equipamentos de saúde do país. Por consequência, o Estado abriga o sistema de saúde mais complexo do Brasil, constituindo um sistema característico do *mix* público-privado<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Como apontam Santos *et. al.* (2008), pela própria história de sua construção, o sistema de saúde brasileiro constitui-se em um *sistema misto*, isto é, que mescla elementos da esfera pública e da privada, tanto na prestação como no financiamento dos serviços. “No que diz respeito ao caso brasileiro, o processo iniciado pelo movimento da reforma sanitária, que culminou com as teses defendidas e aprovadas na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, resultou, na Constituição Federal de 1988, na opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral. Entretanto, na realidade, já existia um setor privado robusto, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), como no que tange ao seguro privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde, que detêm nada menos que 45,9 milhões de clientes (março de 2007)”. (SANTOS *et. al.*, 2008: 1432). As autoras chamam atenção para a particularidade do sistema de saúde brasileiro: “fundado como sistema nacional de saúde [que se caracterizaria, na sua forma “pura”, pela prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos] que, entretanto, apresenta uma estrutura fortemente moldada na participação do setor público e do privado, herdada do modelo anterior” (SANTOS *et. al.*, 2008: 1432). de acordo com Gerschman e Santos (2006), a dependência da provisão privada de serviços de saúde e a proximidade nas arenas políticas, entre agentes públicos e privados do setor saúde marcaram toda a trajetória da saúde brasileira, desde a década de 1920 até a fase atual de consolidação do SUS.



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

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

As diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão, financiamento e regulação da saúde no âmbito regional, constituem o que estamos denominando de complexo regional da saúde<sup>14</sup>.

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

**Quadro 1 - Complexo Regional da Saúde. Estado de São Paulo – 2007.**

Instâncias e Instituições	Forma de atuação	Caracterização
Comissões Intergestoras Bipartite – CIB	Espaço de articulação e pactuação entre os entes, que objetiva orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais da descentralização da saúde.	Integrada por representantes do governo estadual e municipal.
Colegiado de Gestão Regional – CGR	Espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.	Constituído por gestores municipais de saúde do conjunto de municípios da região de saúde, que o colegiado representa, e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).
Departamentos Regionais de Saúde – DRS da SES-SP	Divisão administrativa regional. São responsáveis pelas atividades das SES no âmbito regional e por promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.	Constituídos por gestores e técnicos estaduais, representados pelos chefes dos departamentos.

<sup>14</sup> VIANA et al (2008) e CEALAG (2008) trazem uma caracterização mais aprofundada sobre o complexo regional de saúde no Estado de São Paulo.

Coordenadoria Regional de Saúde da SES-SP	Responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional, pela compatibilização dos planos, programas e projetos dos DRS em razão das políticas e diretrizes estaduais e dos recursos disponíveis.	Constituída por gestores e técnicos estaduais de saúde, representada pelo Coordenador.
Consórcios de Saúde	Entes federativos se conformam em consórcios para solucionar demandas específicas ou problemas que não podem ser resolvidos de forma isolada por cada município. A gestão associada, além do planejamento, regulação e fiscalização, também pode ser ajustada para prestação de serviços públicos. Há três tipos de consórcios: 1- Administrativo de direito privado; 2- Público de direito privado; e 3- Público de direito público (Lei n.11.107 de 06/04/05).	Podem ser constituídos por municípios, por Estado e municípios, por Estados e por Estado, municípios e União (no caso de os municípios ou Estados estarem localizados na área de fronteira internacional).
Unimed (representando as cooperativas médicas)	É um complexo empresarial, formado por: Cooperativas de Trabalho Médico (Unimeds); Cooperativas de Usuários (Usimeds); Cooperativas de Crédito (Unicreds); Fundação Unimed; e Universidade Unimed Virtual; - Empresas: Central Nacional Unimed; Unimed Seguradora; Unimed Tecnologia; Unimed Administração e Serviços; Transporte Aeromédico; Unimed Participações; e Unimed Corretora.	O Sistema Unimed é a maior cooperativa médica do Brasil (1). Atualmente, tem 30% de participação no mercado nacional de planos de saúde, atendendo 14,5 milhões de clientes. São 376 cooperativas com abrangência em 74,9% do território nacional (4.125 municípios). Conta com 103 mil médicos cooperados. Especificamente no Estado de São Paulo, há 17 Unimeds, com 3.627.447 clientes e 15.085 cooperados.
Santa Casa (representando a assistência filantrópica)	Instituições filantrópicas e particulares, de origem	O Estado de São Paulo concentra o maior número

	portuguesa, que atuam oferecendo serviços médico-hospitalares a pacientes carentes e do SUS. A assistência prestada é totalmente gratuita.	de hospitais filantrópicos no Brasil. São 374 hospitais de um total de 1.414. Em São Paulo, é nítida a maior participação relativa dos leitos filantrópicos nos municípios com menos de 100 mil habitantes, equivalendo a mais de 70% dos leitos. Quase 90% dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes apresentam hospitais filantrópicos que possuem contratos com planos privados.
Universidades e Hospitais Universitários	As universidades e seus hospitais de ensino e pesquisa conformam a principal estrutura de formação de profissionais da saúde no país. O Estado de São Paulo é privilegiado pela concentração dessas instituições em relação aos outros estados do Brasil. Os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, são atores importantes na conformação dos complexos regionais da saúde, por atuarem de maneira ampla no sistema de saúde. Eles participam de todas as instâncias e instituições referidas acima e, muitas vezes, trabalham simultaneamente para o setor público e o privado.	O Estado de São Paulo possui 31 escolas médicas, sendo 21 privadas e 10 públicas, que oferecem 3.226 vagas no primeiro ano. O estado abriga 18% do total de escolas médicas existentes no país. Em relação aos Hospitais Universitários, o estado possui 14 no total, sendo 5 deles privados.

**Elaboração:** CEALAG, 2008.

**Fonte dos dados:** Sobre os consórcios: Stucchi (2006, p.133-147). Sobre as escolas médicas: <http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>. Acesso em 12/03/08. (1) Dados obtidos no site: [www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=34393&cd\\_secao=46159](http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393&cd_secao=46159). Acesso em: 21/06/07.

A nova regionalização da saúde recentemente construída no Estado de São Paulo não pode deixar de considerar a existência das forças e dos interesses envolvidos no complexo regional da saúde. Nesse sentido, é preciso repensar a própria

representatividade do *mix* público-privado nas instâncias de caráter público, como as CIBs, a CIR, o Conselho Estadual de Saúde e os próprios Colegiados de Gestão Regional.

É importante atentar para o fato de que, hoje se presencia, cada vez mais, uma *regulação híbrida do território* (ANTAS JÚNIOR, 2001), isto é, uma governabilidade que não é mais exclusividade do Estado, mas sim, exercida também por uma variedade de agentes. Desse modo, as políticas de saúde devem levar em conta a distinta natureza dos agentes do complexo regional da saúde e suas lógicas de atuação e pactuação no território.

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

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

Desse modo, as políticas regionais de saúde precisam buscar um enfoque totalizador, isto é, considerar o espaço banal, a fim de autorizar uma intervenção<sup>15</sup> regional que interesse à maior parte da população.

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

A demarcação das fronteiras entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesses privados e seus representantes, pode contribuir para aproximar o país real do país formal (BAHIA, 2006: 447).

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

Nesse sentido, uma proposta de descentralização política e de enfrentamento das desigualdades sócio-espaciais, que preze pela regionalização da saúde como fato e não como ferramenta, deve incorporar, entre outras coisas, as forças e os interesses envolvidos no complexo regional da saúde.

---

<sup>15</sup> “A idéia de intervenção supõe um interesse político, entendido como interpretação histórica mais ampla, que implica um ideal de futuro como espaço de resolução de problemas supostamente arraigados nas sociedades” (BERNARDES et al., 2000, p. 11).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

O processo de planejamento deve levar em conta o território como um todo e não se fragmentar em projetos setoriais, ou ainda, os projetos setoriais devem estar atrelados a um projeto nacional, afinal nenhum desafio relativo a temas como educação, violência, distribuição de renda, saúde, entre tantos outros, encontrarão soluções em políticas e planejamentos fragmentados.

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

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

Apesar da existência de toda essa complexidade de lógicas e relações regionais da saúde no território, não há ainda uma instância de debate sobre o projeto nacional de universalização da saúde que agregue esses atores e instituições envolvidos. O setor privado discute sua atuação regional por empresa, por tipo de atividade e por tipo de mercado. E o setor público discute apenas ele próprio, desconsiderando as lógicas regionais do setor privado e suas implicações para a regionalização da saúde. O atual processo de regionalização deveria procurar incluir, por exemplo, a concepção da regulação híbrida do território, levando em consideração que atualmente não é só o Estado, mas uma diversidade de agentes que regulam e organizam o território nacional, incluindo, o sistema de saúde.

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

## BIBLIOGRAFIA CITADA

- ALBUQUERQUE, M. V. de. *Lugar e Saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas – SP*. In: SOUZA, Maria Adélia A. de. A Metrópole e o Futuro: refletindo sobre Campinas. Campinas-SP: Edições Territorial, 2008. p.527-550.
- ALMEIDA, E. P. de. *Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional*. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ANTAS JUNIOR, R. M. *Espaço geográfico: fonte material e não formal do direito*. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T. et. al. (org). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.407-450.
- BERNARDES, A. et al. *O papel ativo da Geografia: um manifesto*. In: ENCONTRO NACIONAL DE GEÓGRAFOS, 12., Florianópolis, SC, jun. 2000.
- BICUDO, Edison. *O circuito superior marginal: A produção de medicamentos e as racionalidades espaciais no território brasileiro*. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo. São Paulo, FFLCH/USP, 2006.
- BRASIL. Ministério da Integração Nacional e Ministério do Meio Ambiente. *Plano da Amazônia Sustentável*. V. 1 e 2. Brasília: MIN e MMA, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A Regionalização da Saúde* (Versão preliminar para discussão interna). Brasília: jun. 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal – Saúde Amazônia*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Brasília: 2006.
- CEALAG. “O Pacto pela Saúde e a gestão regional em São Paulo: fatores intervenientes e reorientação da política da Secretaria de Estado da saúde de São Paulo”. Relatório Preliminar da Pesquisa. CEALAG: São Paulo-SP, set. 2008.
- CORRÊA, R.L. *Região e organização espacial*. São Paulo: Editora Ática, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Trajetórias geográficas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.
- ELIAS, Paulo Eduardo, MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. “O financiamento e a política de saúde”. *Revista USP*, São Paulo, nº51, pp.16-27, set/nov., 2001.
- FLEURY, Sonia e OUVENEY, Assis M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- GADELHA, Carlos; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. *Nota Técnica Final do Estudo da Dimensão Territorial do PPA no Tema da Saúde*. Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2007. (Mimeografado, 132 p.).
- GERSCHMAN, Silvia e SANTOS, Maria A. B. dos. “O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS)*, Vol. 21, nº61, junho/2006, p-p.178-227.

- GUIMARÃES, R.B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*. 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. (1ª edição 1963). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002 (7ª edição).
- RIBEIRO, A.C.T. Lugares dos saberes: diálogos abertos. In: BRANDÃO, M.A. *Milton Santos e o Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004a. p. 39-50. (Coleção Pensamento Radical).
- \_\_\_\_\_. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R.; MOREIRA, R. (Org.). *Brasil, século XXI – por uma nova regionalização?: Agentes, processos e escalas*. São Paulo: Max Limonad, 2004b. p. 194-212.
- SANTOS, Isabela S., UGÁ, Maria A. D. e PORTO, Silvia M. “O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5):1431-1440, 2008.
- SANTOS, Milton. O Retorno do Território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A. e SILVEIRA, Maria Laura (Org) *Território: Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1994, p.15-20.
- \_\_\_\_\_. *A natureza do espaço: razão e emoção, técnica e tempo*. São Paulo: Hucitec, 1996a.
- \_\_\_\_\_. Por uma geografia cidadã: por uma epistemologia da existência. *Boletim Gaúcho de Geografia*, Porto Alegre, n. 21, 1996b.
- \_\_\_\_\_. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro. Ano XII, n.2, p.15-25, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Por uma outra globalização, do pensamento único à consciência universal*. 3. ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2000.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2001.
- SILVEIRA, M.L. A região e a invenção da viabilidade do território. In: SOUZA, M.A.A. de (Org.). *Território Brasileiro: usos e abusos*. Campinas: Territorial, 2003. p. 408-416.
- SOUZA, Maria Adélia A. de. Regionalização: o tema geográfico e político – o caso paulista. São Paulo, AGB, Boletim Paulista de Geografia, 1976, n°50.
- \_\_\_\_\_. A explosão do território: fálência da região? *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, Ano VII, n.1, abril 1993.
- \_\_\_\_\_. “Conexões Geográficas: um ensaio metodológico”. *Boletim Paulista de Geografia*, n.71, 1995.
- STUCCHI, M.L.R. Consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Planejamento de saúde: conhecimento & ações*. São Paulo: SES/CPS, 2006. p. 133-148.
- VAINER, C.B. Interdisciplinaridade e estudos regionais. In: MELO, J.G. *Região, cidade e poder*. Presidente Prudente: GASPER, 1996. p.11-32.
- VIANA, Ana Luiza d’Ávila, IBÁÑEZ, Nelson, ELIAS, Paulo E. M., LIMA, Luciana D. de, ALBUQUERQUE, Mariana V. de, IOZZI, Fabíola L. “Novas perspectivas para a regionalização da saúde”. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.