

Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS

For a political analysis of the impasses in regionalization of the SUS

Por un análisis político de los impasses de la regionalización del SUS

Carmen Fontes Teixeira ¹

doi: 10.1590/0102-311X00077019

O artigo elaborado por Ana Luiza d'Ávila Viana & Fabíola Lana Iozzi aborda um tema extremamente relevante na atual conjuntura política em saúde, trazendo contribuições ao debate conceitual e à análise histórica do processo de regionalização do SUS. Da leitura depreende-se o esforço de síntese da problemática da territorialidade no contexto da crise do capitalismo globalizado e da adoção de políticas econômicas neoliberais pela maioria dos países ocidentais, inclusive o Brasil, processos que incidem sobre a situação de saúde e geram mudanças no modelo assistencial, na gestão e na regulação dos sistemas de saúde. Nesse cenário, segundo as autoras, *“as diretrizes da descentralização e da regionalização mantiveram sua força na agenda de mudanças de diferentes países, apesar de variações nos níveis de profundidade e de aderência, de significados variados e graus heterogêneos de autonomia local na gestão dos serviços e ações de saúde”* (p. 2).

Por conta disso, o artigo traz uma atualização teórica sobre o tema, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da complexidade de que se reveste o processo de reconfiguração territorial no contexto da globalização, que *“não deve ser apreendida como um processo binário – tal como o ‘global-nacional’ ou o ‘global-local’ –, mas, reconhecida como um fenômeno multiescalar, multitemporal e multicausal”* (p. 3). Destaca, assim, o surgimento de novas configurações territoriais, definidas pela combinação de critérios econômicos, políticos, administrativos e socioculturais, a exemplo da formação de blocos supranacionais de países e novas divisões de territórios nacionais em regiões, que passam a desempenhar um *“papel de principal agente executivo do desenvolvimento econômico local”* (p. 4), ocupando *“posição central na relação Estado/mercado e com uma atuação estratégica para o favorecimento da ação das empresas privadas”* (p. 4).

Com base nesse referencial, as autoras tratam de regatar os estudos sobre o processo de regionalização do sistema de saúde brasileiro, buscando identificar as dificuldades enfrentadas e suas potencialidades, considerando que a *“equidade territorial”* é *“o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS”* (p. 6). Assim, identificam questões de grande impacto na implantação por região e redes, que contemplam, desde as diferenças estruturais existentes entre as macrorregiões brasileiras, até as dificuldades de ordem política e administrativa no funcionamento da complexa engenharia institucional construída ao longo dos 30 anos de implementação do SUS.

Considerando-se a natureza e diversidade desses problemas, que podem ser vistos como obstáculos ou como desafios a serem superados, pensamos que os principais *“nós críticos”* decorrem da

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Correspondência

C. F. Teixeira
Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
Rua Basílio da Gama s/n, Salvador, BA 40110-040, Brasil.
carmen@ufba.br



disputa entre projetos políticos distintos com relação ao SUS. É fato que existem grandes diferenças estruturais entre as macrorregiões brasileiras, diferenças estas relacionadas com os distintos perfis demográficos, especificidades na situação epidemiológica, desigualdade de condições socioeconômicas, insuficiência (vazios assistenciais) e má distribuição dos recursos físicos, financeiros e humanos, ou seja, um conjunto de fatores que incide sobre a acessibilidade da população aos serviços de saúde, e demandam adequações na organização e oferta de ações e serviços, adequações estas que pressupõem investimentos em infraestrutura e na contratação e capacitação de pessoal, evidentemente de acordo com o modelo de atenção que se pretende implantar e consolidar. Nesse sentido, ao se defender um projeto político que toma como referência o chamado “SUS constitucional”, a expansão e organização de redes integradas de serviços de saúde ganham um significado referido em busca de universalidade e integralidade da atenção, como aliás vem sendo proposto e defendido por vários atores e instâncias de representação política dos gestores do SUS.

Entretanto, no cenário restritivo configurado a partir da crise econômica de 2008, agudizado pelas medidas mais recentes de contenção do gasto público (*Emenda Constitucional nº 95*), esse projeto (SUS constitucional) vem sendo suplantado, cada vez mais, pelo projeto mercantilista, que se expressa, no âmbito do SUS, pela expansão da contratualização e do empresariamento da gestão de unidades complexas (Organizações Sociais – OS, Parcerias Público Privadas – PPP etc.), tendência, inclusive, apontada pelas autoras como um dos impasses enfrentados pela política de regionalização, na medida em que a transferência de responsabilidade de gestão de unidades de saúde estatais para estas novas modalidades de gestão dificulta a integração dos serviços. Posto isso, creio que valeria a pena se refletir um pouco mais sobre os efeitos desse processo sobre as relações que se estabelecem entre a “rede básica” (predominantemente estatal, sob gestão pública) e os serviços de média e alta complexidades (predominantemente privados ou sob modalidades “alternativas” de gestão pública) que, a meu ver, vão além da inviabilização do processo de organização de redes assentadas em uma base territorial definida, com ênfase na atenção primária à saúde, fortalecendo, ao contrário, uma forma de organização subordinada à assistência especializada e hospitalocêntrica.

O que está em jogo, portanto, são dois modelos de organização da produção de serviços no âmbito do SUS, vinculados a dois projetos políticos distintos, um que defende o SUS “constitucional” e privilegia estratégias que garantam a universalidade e integralidade da atenção a toda a população e, por isto, defende a proposta de regionalização e organização de redes integradas de saúde, e outro, mercantilista, subordinado ao mercado, ou melhor ao complexo industrial da saúde, que articula, sob dominância financeira ¹, a produção de insumos e a produção de serviços de saúde, espaço onde se realiza a lucratividade das empresas (multinacionais e nacionais) do setor e instituições financeiras que ofertam planos de saúde.

O principal impasse, portanto, é político e se expressa nas tensões e conflitos que reverberam nas instâncias de articulação interfederativa do SUS (Comissões Intergestores Tripartite – CIT, Comissões Intergestores Bipartite – CIB) e nos demais espaços institucionais do Estado (Ministério da Saúde, Congresso Nacional, Conselho Nacional de Saúde etc.) onde se apresenta a diversidade de concepções e interesses dos gestores do sistema e dos representantes das entidades corporativas, empresariais, associações e movimentos sociais do campo da saúde. Concordo, portanto, com as autoras, quando apontam que um dos impasses do processo de regionalização decorre da “ausência de base política sólida capaz de fomentar a criação de uma agenda que promova o reformismo radical da organização e gestão do SUS, ou capaz de pautar coletivamente o poder público/governos no sentido de alterar a natureza das reformas hoje em curso e alargar de forma mais democrática a participação social no interior da política de saúde” (p. 8). De fato, o cenário político atual no Brasil não parece favorável a esse movimento, sendo particularmente preocupante as intenções que vêm se configurando desde o “golpe do capital na saúde” ², agravadas no momento atual em função da composição e *modus operandi* do governo federal. A resistência ao “desmonte” do SUS, em flagrante colisão com os princípios e diretrizes instituídos na *Constituição Federal* de 1988, ganha fôlego, entretanto, com o movimento de construção da 16ª Conferência Nacional de Saúde, cujo lema “a 8ª + 8”, resgata o espírito que animou a luta pela Reforma Sanitária Brasileira, há mais de 30 anos. Cabe, portanto, inserir neste debate a contribuição preciosa do trabalho das pesquisadoras Viana & Iozzi.

Informação adicional

ORCID: Carmen Fontes Teixeira (0000-0002-8080-9146).

-
1. Sestelo JAF. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2027-33.
 2. Teixeira CF, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42(n.spe 2):11-21.

Recebido em 08/Mai/2019
Aprovado em 08/Mai/2019