UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAQUEL XAVIER DE SOUZA SAITO

**Integralidade na perspectiva da integração dos
serviços para a formação de redes de atenção: estudo
de caso em uma região de saúde do município de São
Paulo, Brasil**

São Paulo
2010

RAQUEL XAVIER DE SOUZA SAITO

**Integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a
formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de
saúde do município de São Paulo, Brasil**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação
da Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para a obtenção do Título de Dr^a em
Ciências.

Área de Concentração: Cuidado à Saúde
Orientadora: Dr^a Elizabeth Fujimori

São Paulo
2010

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Saito, Raquel Xavier de Souza

Integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de saúde do município de São Paulo, Brasil / Raquel Xavier de Souza Saito. -- São Paulo, 2010.
119 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Elizabeth Fujimori

1. Assistência Integral à Saúde; 2 Regionalização; 3 Gestão em Saúde; 4 Enfermagem Saúde Pública; 5 Sistema Único de Saúde.

I. Título.

Nome: Raquel Xavier de Souza Saito

Título: Integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de saúde do município de São Paulo, Brasil.

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Dr^a em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Por tudo aquilo que não posso explicar, mas vejo e sinto, ao meu Deus que está sempre ao meu lado.

No processo de seleção para o doutorado constou uma dinâmica na qual se disponibilizou diversos materiais tais como tintas, papéis, brinquedos, tecidos, etc. para que os candidatos representassem o que seria o processo de doutoramento em suas vidas. Naquele momento pensei no quanto envolveria pessoas e no quanto elas seriam importantes e, fiz uma trança com fitas de tecido. Na apresentação desse trabalho expliquei que de modo geral esse seria um momento específico e difícil em que muitas pessoas estariam envolvidas. Tinha clareza de que essa não seria uma conquista só minha.

Nesse momento em que finalizo essa etapa relembro aquele processo de seleção e valido aquele pensamento, esse foi

efetivamente um momento específico e difícil que dependeu da colaboração de muitas pessoas.

À querida professora e orientadora Dr^a Elizabeth Fujimori pela presença, acompanhamento e dedicação
"Muito Obrigada".

A todos os professores de todos os níveis de formação que contribuíram para o alcance dessa etapa de formação.

Amigos

Aos "tantos" amigos de trabalho que colaboraram e compreenderam as exigências desse processo de formação.

Aos Supervisores Técnicos de Saúde da Coordenadoria de Saúde Leste que sem exceção mostraram-se interessados em colaborar e em sinalizar possibilidades para que a integralidade da atenção se efetive.

Saito RXS. Integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes de atenção: estudo de caso em uma região de saúde do município de São Paulo, Brasil,[tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Introdução: A concretização da integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes de atenção depende da efetivação dos processos de descentralização e regionalização. Efetivar esses processos em municípios de grande porte é um grande desafio em razão da coexistência de uma gama diversificada de problemas e necessidades sociais e de saúde. Com base nessas afirmações, elaborou-se este estudo que teve como **Objetivo:** Analisar, na perspectiva dos gestores de Sistemas Locais de Saúde de uma região do município de São Paulo, a integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção e os mecanismos de cooperação instituídos e praticados. **Método:** Delineado como estudo de caso, realizaram-se entrevistas com informantes-chaves de uma região de saúde do município de São Paulo. As entrevistas foram submetidas à análise temática de conteúdo que consistiu em descobrir os núcleos de sentido relacionados às categorias descentralização, regionalização, mecanismos de integração e cooperação. **Resultados:** Segundo os gestores, a integralidade da atenção, na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes não se concretiza na região deste estudo. O processo de descentralização não possibilitou constituir SILOS com capacidade e estrutura de recursos humanos e de serviços que assegure o acesso da população adscrita à rede de serviços da atenção primária. A regionalização no município ainda requer aperfeiçoamento da estrutura da rede de serviços com capacidade para atender demandas dos diferentes níveis de atenção. Das inconformidades evidenciadas pelos gestores, destacam-se inexistência propriamente dita da rede de serviços nos diferentes níveis; hegemonia do modelo assistencial focado em especialidades e procedimentos médicos; recursos humanos em número insuficiente e em desvio de função, situação que compromete a eficiência dos processos de trabalho em razão do despreparo desses profissionais para atividades que exigem qualificação específica; e dificuldades operacionais dos sistemas de informação. Quanto aos mecanismos de integração e cooperação os gestores destacaram a necessidade de que lhes seja conferida maior autonomia de gestão e financeira, infra-estrutura de recursos e serviços e que, tanto as políticas, quanto os critérios definidos para a organização do sistema de saúde do município sejam definidos com base em um conceito ampliado de saúde. **Considerações finais:** Verifica-se que embora as diretrizes operacionais da descentralização e regionalização estejam descritas no plano legal do sistema municipal de saúde, na prática, pressupostos básicos dessas diretrizes não têm constituído referência para esses processos. Assim, os critérios de descentralização e regionalização não possibilitaram estruturar uma rede de serviços com capacidade para assegurar acesso da população adscrita aos diferentes níveis do sistema de saúde e, portanto integralidade da atenção. Considerando a inexistência de processos formais de mecanismos de integração e cooperação, há inconformidades nos mecanismos de integração dos serviços para a formação de redes de atenção e distanciamento da integralidade.

Palavras Chaves: Assistência Integral à Saúde; Regionalização; Gestão em Saúde; Enfermagem Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

Saito RXS. Comprehensiveness from the perspective of integration of services for the formation of care networks: a case study in a health district of São Paulo, Brazil. [Thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2010.

ABSTRACT

Introduction: achieving integration in the perspective of services integration for the care network depends on the decentralization and regionalization processes. Making these processes effective in big cities is a huge challenge because a diverse range of problems and social and health needs usually coexists in their territories. Based on these statements, a study was conducted which had as its **Objective:** to analyze, from the perspective of Local Health System managers in a region of São Paulo, the integration of health services for the care network and cooperation mechanisms both in place and being practiced. **Method:** Designed as a case study, interviews were conducted with key informants from a health district of São Paulo. The interviews were subjected to thematic content analysis to discover the units of meaning related to the categories of decentralization, regionalization, integration and cooperation mechanisms. **Results:** According to managers, the perspective of integration of services for the formation of care networks do not concretize in this study region. The decentralization process has not allowed the creation of SILOS with the capacity and human resources structure and services to ensure access of the population assigned to the network of primary care services. Regionalization in the district still requires improvement of the structure of the service network with capacity to meet demands of different levels of care. Among the unconformities evidenced by the managers, we highlight the lack of proper service network at different levels; hegemony of care model focused on apéciality and medical procedures; insufficient human resources and function deviation; a situation that undermines the efficiency of work processes due to the unpreparedness of these professionals for activities that require specific expertise; and operational difficulties of the systems information. As for the mechanisms of integration and cooperation managers stressed the necessity that they be given greater management autonomy, financial, infrastructure resources and services, and that both policies as the criteria for the organization of the municipal health system are defined based on an expanded concept of health. **Final considerations:** It appears that although the operational guidelines of decentralization and regionalization are described in the legal system of the municipal health department, in practice, basic tenets of these guidelines have not made reference to these processes. The criteria for decentralization and regionalization did not allow to structure a service network with the capacity to ensure access of the population enrolled at different levels of health system and therefore comprehensive care. Considering the lack of formal mechanisms of integration and cooperation, there are mismatches in the mechanisms of integration of services for the formation of networking of attention and detachment of comprehensiveness.

Key Words: Comprehensive Health Care; Regional Health Planning; Health Management; Public Health Nursing; Single Health System.

LISTA DE FIGURAS.

Figura 1 -	Proposição dos territórios das subprefeituras no Município de São Paulo. São Paulo (SP), 2010.....	37
Figura 2 -	Recorte territorial de abrangência das 31 Coordenações de Saúde e das respectivas Subprefeituras. São Paulo (SP), 2010.....	44
Figura 3 -	Evolução trimestral das equipes de Saúde da Família implantadas no município de São Paulo, Brasil 2000-2008.....	45
Figura 4 -	Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde, São Paulo, 2009.....	46
Figura 5 -	Distribuição das 115 AMA e 15 AMA de Especialidades por Coordenadoria Regional de Saúde no município de São Paulo, 2010	48
Figura 6 -	Microrregiões/Territórios sob Contrato de Gestão com Organizações Sociais, São Paulo, 2010	49
Figura 7 -	Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. Destaque para a região de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.	61
Figura 8 -	Serviços de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, distribuídos quanto ao tipo e localização. São Paulo, 2010	63
Figura 9 -	Número de leitos hospitalares públicos e privados disponíveis por 1.000 habitantes.....	65

LISTA DE QUADROS.

Quadro 1 -	Síntese das deliberações legais e operacionais da descentralização e regionalização definidas no arcabouço das Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica de Saúde 8080, NOB/91/93/96, NOAS/2001 e Pacto de Gestão.....	24
Quadro 2 -	Síntese dos processos de descentralização e regionalização no município de São Paulo nas diferentes gestões. São Paulo, SP, 2010.....	34
Quadro 3 -	Classificação, localização e população estimada por módulo de atendimento do Plano de Atenção à Saúde, São Paulo (SP), 2010.....	39
Quadro 4 –	Subprefeituras, Supervisões Técnicas de Saúde e Distritos Administrativos da Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo (São Paulo, 2009).	60
Quadro 5 -	Número de Estabelecimentos/Serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde por Supervisão Técnica de Saúde. Dezembro, 2009.	66
Quadro 6 -	Perfil profissional e trajetória pública dos gestores entrevistados. São Paulo (SP), 2009.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

AE	- Ambulatório de Especialidades
AE SM	- Ambulatório de Especialidades de Saúde Mental
AGPP	- Agente de Apoio.
AIS	- Ações Integradas de Saúde.
AMA	- Ambulatórios de Assistência Médica.
AMA E	- Ambulatórios de Assistência Médica Especializada.
ARS	- Administrações Regionais de Saúde.
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.
CAPS	- Centros de Atendimento Psicossocial
CAPS ad	- Centro de Atendimento Psicossocial álcool e drogas.
CAPS ADULT	- Centro de Atendimento Psicossocial Adulto
CAPS INF/ADOL.	- Centro de Atend. Psic. Infantil/Adolescente
CDI	- Centro de Diagnóstico por Imagem
CECCO	- Centro de Convivência e Cooperativa.
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	- Comissão de Ética em Pesquisa.
CR	- Centrais de Regulação
CR DST/AIDS	- Centro de Referência em DST/AIDS
CR PLANTAS	- Centro de Ref. de Plantas Medic. Práticas Naturais em Saúde
CR ST	- Centro de Referência Saúde do Trabalhador
CREN	- Centro de Recuperação e Educação Nutricional
CTA	- Centro de Testagem e aconselhamento em DST/AIDS.
DS	- Distritos de Saúde.
EC	- Emenda Constitucional.
FAAP	- Fundação Armando Álvares Penteado.
FFM	- Fundação Faculdade de Medicina.
GPSM	- Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.
HM	- Hospital Municipal
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano.
INAMPS	- Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social.
LAB	- Laboratório
LOS	- Lei Orgânica de Saúde.
MS	- Ministério da Saúde.
NEPI	- Núcleo de Epidemiologia.
NIR	- Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	- Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde.
NOB	- Normas Operacionais Básicas.
OS	- Organização Social.
PA	- Pronto Atendimento.
PAB	- Piso da Atenção Básica.
PACS	- Programa de Agentes Comunitários.
PAM	- Posto de Atendimento Médico.
PAS	- Plano de atendimento à Saúde.
PDI	- Plano Diretor de Investimentos.

PDR	- Plano Diretor de Regionalização.
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	- Produto Interno Bruto.
PPI	- Programação Pactuada Integrada.
PSF	- Programa de Saúde da Família.
PSM	- Pronto Socorro Municipal
QUALIS	- Qualidade Integral da Saúde.
RH	- Recursos humanos.
RT	- Residência Terapêutica.
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção B
SAE	- Serviços de Atendimento Especializados em DST/AIDS.
SIGA	- Sistema Informatizado de Gestão de Agendas.
SILOS	- Sistemas Locais de Saúde.
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde.
SPDM	- Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina .
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.
SUS	- Sistema Único de Saúde.
TLP	- Tabela de Lotação de Pessoal.
UAD	- Unidade de Assistência Domiciliar
UBS	- Unidades Básicas de Saúde.
URSI	- Unidade de Referência Saúde do Idoso

APRESENTAÇÃO

O interesse em pesquisar a integralidade da atenção a partir da análise do sistema de referência e contra-referência no município de São Paulo surgiu em 2002 quando dei início ao mestrado na Universidade de São Paulo. Em 2004 apresentei a dissertação: Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade, os objetivos desse trabalho eram: a) identificar os momentos restritivos no atendimento e agendamento de referências externas, através da construção de fluxogramas destes processos; b) reconhecer as características das referências externas emitidas quanto a tipo, fontes de registro, prazos de agendamento, perfil dos usuários e das equipes profissionais; e c) discutir o princípio da integralidade sob a vertente da rede de serviços, correlacionando as condições de operacionalidade do acesso dos usuários às referências externas. A realização desse estudo possibilitou aproximação às regras da pesquisa e agregou conhecimentos sobre o conjunto de possibilidades atribuído à integralidade enquanto princípio constitucional para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, outro determinante desse interesse foi à vivência profissional de vinte e dois anos na área da saúde na região leste do município de São Paulo, em serviços públicos e privados o que possibilitou vivenciar os diferentes critérios de descentralização e regionalização adotados para a organização do sistema de saúde dessa região nas diferentes gestões do município no período de 1989 a 2009.

Durante esses anos em funções assistenciais, supervisão de equipe num hospital privado de nível terciário conveniado ao SUS, concomitantemente o mesmo tempo no serviço público de saúde na rede básica de atenção em função de gerência de Unidade de Saúde da Família e em ambulatórios de especialidades (sob gestão do município) e por último em atividades de ensino superior e coordenação de curso da área da saúde em faculdade privada de referência na formação de recursos humanos, para o setor da saúde, consubstanciaram possibilidades de poder destacar neste trabalho os efeitos dessas mudanças na concretização da integralidade da atenção.

Das inconformidades percebidas no âmbito hospitalar, chamava atenção que alguns pacientes retornavam com frequência considerável ao pronto socorro em decorrência da descontinuidade da atenção. A contra-referência desses pacientes aos outros níveis do sistema de saúde no momento da alta hospitalar não assegurava o

acesso e a continuidade do tratamento. No outro extremo, Atenção Básica, percebia que os usuários também não dispunham de referências para a continuidade de seus tratamentos e acompanhamentos nos níveis secundário e terciário. Situação que comprometia o estado geral desses usuários fazendo com que o acesso a esses serviços ocorresse em face de complicações e agravamentos em seus estados gerais. Na educação a constatação do grande desafio de formar profissionais com competências para atuar sob enfoque da clínica ampliada e dos princípios e diretrizes do SUS. O conjunto dessas observações assim como o processo de formação no mestrado fez com que o interesse por analisar a integralidade da atenção à saúde se mantivesse. Porém nessa nova etapa, amplia-se a perspectiva ao buscar analisar a integralidade na perspectiva da integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção. Para isso, considerou-se que as bases operacionais da descentralização e da regionalização sinalizam processos nesse sentido devendo, portanto se constituir referência para os gestores.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Descentralização e regionalização.....	20
1.2	Descentralização e regionalização no contexto do SUS.....	23
1.3	Descentralização e regionalização no município de São Paulo.....	32
1.4	A gestão do sistema de saúde municipal no período de 1989 a 1992	36
1.5	A gestão do sistema de saúde municipal no período de 1993 a 1996	38
1.6	A gestão do sistema de saúde municipal no período de 1997 a 2000	41
1.7	A gestão do sistema de saúde municipal no período de 2001 a 2004	42
1.8	A gestão do sistema de saúde municipal no período de 2005 a 2006	45
1.9	A gestão do sistema de saúde municipal no período de 2006 a 2012	47
2	BASE TEÓRICA E CONCEITUAL.....	51
2.1	Diretriz da descentralização	51
2.2	Diretriz da regionalização	52
2.3	Integralidade da atenção à saúde	53
3	OBJETIVOS.....	58
3.1	Objetivo geral.....	58
3.2	Objetivos específicos.....	58
4	MÉTODO	59
4.1	Tipo de estudo	59
4.2	Local de estudo.....	59
4.3	Sujeitos da pesquisa	67
4.4	Coleta de dados	67
4.5	Análise dos dados.....	68
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
5.1	Descentralização e a capacidade da rede de serviços da atenção primária	71
5.2	Regionalização e a capacidade da rede de serviços em todos os níveis de atenção	75
5.3	Mecanismos de integração e cooperação	83
	REFERÊNCIAS.....	102
	ANEXOS	115
	Anexo 1	115
	Anexo 2	117
	Anexo 3	120

1 INTRODUÇÃO

A integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil 1990a).

Cecílio (2006) atribui à integralidade duas dimensões distintas. As dimensões apresentadas pelo autor não estão ancoradas na hierarquia do sistema e sim no compromisso da integralidade enquanto causa final. Numa das dimensões, “integralidade focalizada”, o autor classifica a integralidade como sendo o compromisso de cada profissional, equipe ou serviço de saúde (mesmo aqueles altamente especializados) de atender às necessidades do usuário nas diferentes perspectivas apresentadas (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde). Na outra, “integralidade ampliada”, o autor classifica a integralidade como sendo a articulação em rede, estratificada em rede institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas”.

A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra (Cecílio 2006 p. 122).

Parte-se do pressuposto de que os gestores têm papel fundamental na estruturação, organização e integração do sistema de saúde local. Assim, no campo da gestão, a integralidade se faz principalmente por meio da organização de uma rede, ou seja, a estruturação de um Sistema de Referência e Contra-Referência, que pressupõe movimento de mão dupla (ir e vir), que visa a continuidade da atenção nos diferentes níveis.

Para a organização de uma rede, a definição dos limites territoriais é defendida nas diretrizes organizativas do SUS (descentralização/regionalização e hierarquização), que orientam a definição dos territórios e regiões. A Programação Pactuada e Integrada (PPI), por sua vez, orienta os gestores no processo de

integração dos recursos tecnológicos e das capacidades instaladas nos territórios, com vistas à estruturação de uma rede de serviços que atenda aos usuários desses sistemas locais de forma integral (Brasil, 1996; Brasil, 2001a).

As características do município de São Paulo, no que se refere à complexidade da organização de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e sua responsabilidade em assegurar atenção integral à população adscrita impulsionaram a realização deste estudo que tem como objeto, a integralidade da atenção, na perspectiva da integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção e os mecanismos de cooperação instituídos e praticados numa região de saúde.

1.1 Descentralização e regionalização

O recorte territorial por regiões de saúde não é uma estratégia nova. Já em 1920 Bertrand Dawson, membro do Conselho Consultivo sobre Serviços Médicos da Grã-Bretanha, apresentou um relatório no qual defendeu a regionalização e a hierarquização do sistema de saúde como estratégia para racionalizar e qualificar a atenção à saúde. No que se referiu à hierarquização, Dawson propôs que o sistema de saúde fosse configurado em três níveis de assistência: a base deveria ser ocupada por Centros de Saúde Primários, equipados para serviços de medicina curativa e preventiva a ser realizado por médico generalista. Esse nível deveria atender a maior parcela da população. O nível médio seria configurado por Centros de Saúde Secundários, responsáveis por casos que demandassem tratamento especial e, o nível terciário por hospitais de ensino e escolas médicas que tratariam das doenças mais difíceis. No que se referiu à regionalização Dawson propôs a consolidação de sistemas integrados por meio dos quais se asseguraria o acesso da população ao conjunto de recursos e serviços disponíveis numa região. Dessa forma, seria possível corrigir diferenças e desigualdades no acesso aos serviços de saúde (Starfield, 2002, Oliveira, 2005).

As diretrizes defendidas por Dawson contrapunham-se ao modelo de atenção e à formação médica praticados à época, que segundo relatório de Abraham Flexner de 1910, se referia ao atendimento individual e especializado em nível hospitalar.

Apesar da recomendação de Dawson, tais diretrizes orientaram tanto a formação médica quanto a configuração dos sistemas de saúde de vários países ocidentais durante todo o século XX (Pagliosa; Da Ros, 2008).

Embora ainda se observe valorização demasiada da especialização médica, com consequente fragmentação do indivíduo e hegemonia do atendimento hospitalar, a hierarquização e regionalização do sistema de saúde proposta por Dawson passou a ser referência para vários países, dentre os quais o Brasil (Oliveira, 2005; Pagliosa; Da Ros, 2008).

Para configurar um sistema de saúde sob as bases das diretrizes propostas por Dawson, o Brasil lançou mão de diferentes estratégias. Dentre elas, destaca-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) de 1976; a Política de Ações Integradas de Saúde (AIS) de 1984; o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) de 1987; e o Sistema Único de Saúde (SUS) de 1988.

No PIASS, a regionalização se fundamentou pela lógica da desconcentração dos serviços, descentralização das decisões e hierarquização da rede. A operacionalização da regionalização se orientou pela divisão dos Estados em regionais de saúde (Centros Regionais ou Diretorias Regionais), estruturação de módulos básicos de assistência e integração dos três níveis de assistência para a formação de redes de atenção. Redes planejadas sob a lógica de complexidade crescente, dentro de um sistema de referência e de contra-referência, em cujo objetivo estava assegurar o acesso da população aos serviços mais especializados. Com esse modelo de regionalização, cabia a cada Estado coordenar vários módulos básicos. No que se referiu à hierarquização, a prioridade de expansão se deu na rede de atenção primária de saúde em municípios do interior dos estados da região nordeste do país (Pessoa, 2005).

Na sequência, as AIS foram concebidas como eixo estratégico da reforma sanitária e da reformulação do sistema nacional de saúde (Santos, 1986). No conjunto de normas e medidas declaradas para operacionalizar as AIS, ficou definido entre outras, a responsabilidade do poder público em relação ao controle dos sistemas de saúde, elaboração e estruturação de programas de atenção à saúde da população e

controle das doenças prevalentes. A regionalização e a hierarquização se constituíram diretrizes dessas ações e visavam entre outras, a valorização das atividades da atenção básica, utilização prioritária e plena da capacidade instalada da rede e integralidade da assistência (Paim, 1986). A regionalização foi planejada com base nos princípios dos Distritos Sanitários, definidos geograficamente segundo capacidade operacional instalada, unidades de atenção básica, ambulatorial e hospitalar.

Para Santos (1986), a regionalização proposta nas AIS se efetivou mais numa perspectiva político administrativa, com baixo impacto sobre a rede de serviços de saúde pública, com ênfase na implementação de programas e controle das doenças prevalentes. Já para Paim (1986), as AIS representaram uma travessia para o SUDS e subsidiaram as proposições para uma nova política de saúde, ou seja, um sistema unificado de saúde, federalizado e democrático.

Da mesma forma que as AIS, o SUDS foi idealizado em conformidade com as bases da reforma sanitária e tinha por princípios e diretrizes a universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados, configuração e criação de colegiados de instituições gestoras para o desenvolvimento de uma política de recursos humanos e descentralização e regionalização dos serviços de saúde, a partir da criação e implementação dos Distritos de Saúde (Paim, 1986).

Em outubro de 1988, a Constituição Federativa do Brasil determinou no art. 198, que as ações e serviços de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada por meio da qual se consolidaria o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse artigo criou o SUS sob as mesmas bases ideológicas propostas no SUDS, com ênfase na universalidade do acesso, equidade na disponibilização e consumo dos serviços, integralidade da assistência e participação da comunidade. Descentralização, regionalização e hierarquização constituíram as diretrizes para o planejamento e organização desse sistema (Brasil, 1988).

1.2 Descentralização e regionalização no contexto do SUS

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; a Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8080 de 1990; as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996; a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001; e o Pacto de Gestão de 2006 evidenciam um conjunto de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalização do SUS nos âmbitos municipal, estadual e federal com destaque para a descentralização e regionalização (Quadro 1).

Os primeiros movimentos de implantação do SUS concentraram-se em efetivar a descentralização por meio da municipalização dos serviços e da gestão (Brasil, 2006a). Os pressupostos operacionais da regionalização foram paulatinamente colocados, e as NOB destacaram aspectos relevantes da regionalização reconhecendo-a como atributo necessário à concretização do princípio da integralidade no SUS.

Quadro 1- Síntese das deliberações legais e operacionais da descentralização e regionalização definidas no arcabouço das Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica de Saúde 8080, NOB/91/93/96, NOAS/2001 e Pacto de Gestão.

Constituição Federal, LOS, NOB/NOAS	Descentralização	Regionalização
Constituição Federal (Brasil, 1988)	Descentralização com ênfase na municipalização.	Art. 198 “ <i>As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constitui o SUS, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.</i> ”
Lei 8080 (Brasil, 1990c)	Reafirma a municipalização, a direção municipal do SUS deve participar do planejamento programação e organização, em articulação com sua direção estadual.	Art. 7 reafirma o art. 198.
NOB/91 (Brasil, 1991)	Pouca ênfase na municipalização	Regionaliza recursos com base em indicadores epidemiológicos relacionados ao consumo de serviços (cotas de AIH e UCA)
NOB/93 (Brasil, 1993)	Expressa a relevância dos municípios em aderir ao SUS e se consorciarem ou estabelecer relações de caráter cooperativo.	Regionalização como articulação e mobilização municipal que leva em consideração características geográficas, fluxo de demandas, perfil epidemiológico, oferta de serviços.
NOB/96 (Brasil, 1996)	Ênfase na municipalização e no fortalecimento da Atenção Primária de Saúde. Cria o Piso de Atenção básica Fixo e Variável, estimula a adoção do Programa Saúde da Família como estratégia prioritária de fortalecimento da Atenção Básica	Define instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas (Programação Pactuada e Integrada - PPI) que deve ocorrer de modo ascendente e com base municipal.
NOAS/2001 (Brasil, 2001a)	Ênfase no papel dos municípios em relação à PPI	Define estratégias de planejamento para a configuração de redes regionais de saúde com o objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde. Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões expressas no Plano Diretor de Regionalização - PDR.
Pacto de Gestão/2006 (Brasil, 2006a)	Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores.	Reafirma os principais instrumentos da regionalização (PDR, Plano Diretor de Investimentos - PDI e PPI) Objetivo: garantir acesso, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal (Brasil, 2006a)

Fonte: (Brasil, 2006a)

Na NOB/91, constituída por um conjunto de Portarias (15, 16, 17, 18, 19 e 20), a descentralização e regionalização, aparecem tanto no sentido de organização, quanto de critério para o repasse financeiro. Essa NOB definiu, com base na Portaria

19, tetos e cotas para a Autorização de Internação Hospitalar para cada Estado. Entre os critérios definidores dos repasses financeiros, encontra-se o perfil demográfico e epidemiológico da região, a população a ser coberta e as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (Brasil, 1991). Além desses, destacou o fortalecimento da municipalidade, partindo da premissa de que quando o município define suas próprias necessidades de saúde e os meios para satisfazê-las, maximizam-se os recursos existentes e se alcança maior eficiência e eficácia na atenção à saúde de sua população (Brasil, 1992; Assis et al, 2009). A Portaria 20 apresenta critérios para a aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial, valor que multiplicado pela população, determina o valor máximo (teto) de cada Estado para a implementação das ações ambulatoriais (Brasil, 1991). Essa NOB modificou o critério de repasse financeiro praticado no antigo Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a qual se dava por produtividade, para um critério de base regional e populacional.

Do ponto de vista político, administrativo e financeiro, as bases operacionais da NOB/91 orientaram a transposição de um modelo centralizado para um modelo de gestão descentralizado, no qual os gestores municipais e estaduais passaram a desempenhar papel fundamental. Os novos processos para a organização dos serviços e da gestão focaram critérios de territorialização, vínculo com a população e integralidade da atenção, que contribuiu para a ampliação do acesso, em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS. Entretanto, a ruptura com o modelo anterior de financiamento ocasionou perda da função articuladora e negociadora do Estado, que à época do SUDS responsabilizava-se pelos convênios necessários à descentralização das unidades assistenciais do INAMPS. Assim, sem o Estado, os sistemas municipais de saúde ficaram isolados, ou seja, sem a necessária articulação e integração estadual e regional para a efetivação dos fluxos de referência (Levcovitz; et al, 2001).

Com o título “A Ousadia de Cumprir e fazer cumprir a Lei”, a NOB/93 denunciou a inércia e a incipiência do processo de descentralização/municipalização e as posturas contrárias do Governo Federal e de muitos dos governos estaduais e municipais em relação à implementação do SUS (Brasil, 1993). Apesar do reconhecimento da regionalização como necessária para qualificar a descentralização

municipal, a ênfase dessa NOB se manteve em estimular a adesão dos municípios ao SUS. Alinhada aos critérios de repasses financeiros definidos na LOS 8142/90, essa NOB deliberou, entre outras, sobre condições de gestão para os municípios e estado, que puderam, a partir de suas disposições, se habilitarem à condição de gestão parcial ou incipiente do sistema de saúde e semiplena (Brasil, 1990b). Os aspectos operacionais dessa NOB em relação à regionalização destacaram a necessidade dos municípios se consorciarem para efetivar alianças de cooperação e pactuação dos recursos com o objetivo de compor sistemas de referência e contra-referência. Para Barreto Jr e Pereira (2004), a utilização compartilhada dos serviços entre os municípios se deu na perspectiva de promover economia em escala e estimular as oportunidades de especialização municipal. Levcovitz et al (2001) destacam que a definição das condições de gestão parcial ou incipiente e semiplena e a implementação de mecanismos de transferência fundo a fundo (do fundo federal para os fundos municipal e estadual) foram as principais inovações dessa NOB/93. Apesar de manter os critérios de tetos e cotas de Autorização para Internação Hospitalar e de Unidade de Cobertura Ambulatorial e pagamento pós-procedimentos, os municípios que se habilitaram à condição de gestão semiplena tiveram autonomia para a execução dos recursos federais, o que não ocorreu para aqueles com gestão parcial ou incipiente ou que não haviam formalizado a adesão ao SUS.

A NOB/96 manteve ênfase na estruturação e no fortalecimento do sistema municipal de saúde por meio da descentralização, porém avançou em aspectos relacionados ao processo de regionalização ao redefinir as responsabilidades do Estado, Distrito Federal e União. Também avançou ao definir novas condições para a habilitação dos municípios e estados, que no caso de municípios, poderia habilitar-se às condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, enquanto os estados, em Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual (Brasil, 1996).

Entre as responsabilidades determinadas aos municípios habilitados à Gestão Plena da Atenção Básica, a NOB/96 destacou que a PPI devia ser realizada pelo colegiado de gestores da Secretaria Estadual de Saúde e das demais Secretarias Municipais de Saúde. O objetivo da PPI foi assegurar tanto a referência interna quanto a externa ao município. Para os municípios habilitados à Gestão Plena do

Sistema Municipal, toda a programação, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar, devia ser feita por esse colegiado. No texto dessa NOB, há destaque de que a PPI depende, entre outras, de uma relação solidária entre os gestores, devendo ser fundamentada em diagnósticos dos perfis das demandas e necessidades de saúde. Das responsabilidades atribuídas aos gestores estaduais, destacou-se a posição de facilitador na promoção da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo o SUS Estadual (Brasil, 1996).

É possível afirmar que as deliberações da NOB/96 sinalizaram os primeiros movimentos para o fortalecimento da Atenção Primária e para a hierarquização do sistema de saúde (Viana et al, 2002). Embora as NOB/91 e NOB/93 tivessem normatizado critérios de regionalização, dentre os quais definiu tetos e cotas para os repasses financeiros, esses se mantiveram centrados em aspectos biológicos e na existência da doença. Ao criar o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, a NOB/96 avançou ao dispor sobre novos critérios de financiamento, por meio dos quais objetivou estimular os municípios a voltarem sua atenção à Atenção Primária. O PAB fixo é um valor per capita que variou na época de sua criação de R\$ 10,00 a R\$ 18,00, repassado anualmente aos municípios para a realização de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde na atenção básica. Já o PAB variável deliberou sobre um conjunto de incentivos específicos para a atenção básica, relacionado à implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) criado em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994. Além desses, previu um conjunto de recursos destinado às ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Bueno e Merhy (1997) criticaram esses novos critérios de repasse financeiro do PAB variável, por considerarem haver prejuízos na integralidade da atenção à saúde, ao se condicionar os municípios à adoção de programas como o PSF, que significa subjugar os cidadãos e dar liberdade para que o setor privado cresça pela ausência do setor público.

|

Marques e Mendes (2002) discordam dessas críticas ao afirmar que:

A ênfase do MS em incentivar o PSF como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, funcionando como principal porta de entrada do SUS soma-se ao reconhecimento de diversos agentes públicos, no período mais recente, que sua adoção fortalece a integralidade da atenção à saúde Marques, Mendes (2002 p.167).

As NOB dispuseram um conjunto de recomendações que trataram eminentemente da divisão das responsabilidades e relações entre gestores para a configuração de sistemas de saúde municipais e estaduais e de critérios de financiamento. Suas deliberações e disposições buscaram fazer com que os municípios assumissem a posição de gestores de SILOS, gerenciando diretamente os recursos para o subsistema da atenção básica. Por meio da PPI, essas NOB sinalizaram a possibilidade da assistência nos níveis de maior complexidade. A PPI, como instrumento formal de pactuação dos recursos para a garantia de assistência integral nos municípios, induziu a criação de conselhos de secretários municipais e estaduais de saúde, colegiados que constituíram espaços legitimados para negociação, pactuação e discussão das dificuldades, prioridades e estratégias para a organização do sistema de saúde (Levcovitz et al, 2001).

Viana et al (2002) destacam que as NOBs editadas nos anos 90 formam um conjunto contínuo, em 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* (p.141). Sinalizam ainda que, além dos critérios e processos para que se processe a descentralização e regionalização configuraram outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde nos quais se possibilita a emergência e o fortalecimento de novos atores.

Com base em Viana et al (2002), é possível afirmar que o conjunto de NOB favoreceu um movimento de descentralização gradativo e crescente. Em dezembro de 1998, 83% dos municípios estavam habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e 8% em Gestão Plena do Sistema Municipal. Em dezembro de 2000, 99% dos municípios estavam habilitados em alguma condição de gestão, sendo 9% em Gestão Plena do Sistema Municipal. Nos Estados, o processo de habilitação foi mais

lento, em dezembro de 2000, apenas quatro Estados estavam habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e quatro, em Gestão Avançada.

Apesar de a regionalização constar da série de documentos institucionais do governo federal desde a criação do PIASS, essa diretriz tem sua importância destacada na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001).

Na NOAS/2001, a regionalização ganhou importância na normatização do SUS, sendo colocada como dispositivo efetivo para qualificar a descentralização e assegurar a integralidade da atenção. Dos instrumentos para o planejamento e organização das regiões de saúde, receberam ênfase o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimento (PDI). A base operacional do PDR está em constituir módulos assistenciais resolutivos que contemplem a divisão do território estadual em regiões e microrregiões de saúde, formadas por um ou mais municípios, de modo que, nessas regiões se assegure acesso a ações e serviços do nível primário e secundário. Definida a região, esse plano de desenvolvimento, deve se fundamentar no diagnóstico dos principais problemas de saúde, nos perfis sanitário, epidemiológico, geográfico, social, de oferta de serviços e de acessibilidade. Além disso, o PDR deve sistematizar um fluxo de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal. Configurado o PDR, o PDI, definido na perspectiva de curto e longo prazo, deve conter as propostas de investimentos e os recursos financeiros necessários para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual, ou seja, efetivar o PDR na prática (Brasil, 2006a).

O avanço da NOAS em relação ao conjunto das NOB foi a ênfase na relação entre a regionalização e a integralidade da atenção.

Segundo Souza (2001), a NOAS/2001 resultou de um amplo e franco processo de construção de um consenso mínimo sobre os desafios e as correspondentes estratégias de enfrentamento a serem adotadas pelos gestores para a concretização do SUS. Em função de seu objetivo 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, a NOAS deposita na regionalização, a condição de macroestratégia, cuja lógica se baseia no planejamento integrado com vistas a

construir sistemas funcionais de saúde. A base operacional para a concretização desses sistemas é a formação de redes articuladas e delimitadas a territórios de abrangência com população adscrita. Nessas redes, mecanismos de comunicação e fluxos de encaminhamentos (referência e contra-referência) devem ser organizados de modo que o acesso dos usuários às ações e serviços em diferentes níveis de atenção esteja assegurado.

Assis et al (2009) apontam fragilidades em relação ao arcabouço normativo das NOB e da NOAS. De acordo com esses autores, as deliberações contidas nesses documentos não foram capazes de estabelecer parâmetros e critérios para realocar ou trazer novos recursos. Essas incapacidades inviabilizaram a criação de uma rede de serviços que assegurassem compensação entre municípios para a prestação de serviços. Já Marques e Mendes (2003) destacam que a NOAS mantém as mesmas políticas de repasses financeiros, por meio das quais se busca viabilizar estratégias e a configuração do sistema de saúde.

No Pacto pela Saúde de 2006, a regionalização novamente foi destacada como eixo estruturante do SUS, num de seus eixos, o Pacto de Gestão.

Também nesse documento, a ênfase dada à regionalização centra-se na importância da estruturação do sistema de saúde, na organização dos serviços e na regulação do acesso. Caracteriza-se como instrumento de gestão que se pauta na equidade e na integralidade da atenção (Brasil, 2006a). Segundo pressupostos da NOAS e do Pacto, a regionalização deve ser incorporada como um movimento dinâmico e flexível que segue em direção oposta aos métodos fechados, rígidos em suas formas de aplicação. Seus objetivos são: garantia de acesso; resolubilidade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e/ou contingente populacional transcendam a escala local/municipal; e garantia da integralidade na atenção à saúde, referenciada por um conceito ampliado de cuidado à saúde e assegurada por um processo de (re) ordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 2006a).

As diretrizes operacionais da regionalização destacadas desde a NOB/96 são reafirmadas no Pacto de Gestão de 2006. Os municípios devem se responsabilizar

pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde. No processo de configuração de redes de atenção, os seguintes aspectos são destacados em relação à regionalização: a garantia do acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; a equidade na alocação de recursos de modo a racionalizar gastos e otimizá-los e a integralidade da atenção (Brasil, 2006a).

Segundo Assis et al (2009), o Pacto de Gestão busca superar as limitações normativas das NOB e da NOAS por meio de negociações e de consensos. Com o Pacto, antigas formas de adesão à gestão são substituídas por um modelo baseado em compromissos e responsabilidades sanitárias. Cada ente federado define, com base em sua realidade e contexto, o que é e o que não é possível fazer e em quanto tempo poderá fazê-lo. Processo baseado na solidariedade, negociação, pactuação, capacidade de ação e complementaridade.

De acordo com os pressupostos do Pacto de Gestão, a qualificação da regionalização demanda acertos em processos que já haviam sido propostos em outros momentos da construção do SUS, de considerações sociais e culturais, assim como de ações de lideranças democráticas e colaborativas entre gestores, técnicos e da própria população (Brasil, 2006a).

Na perspectiva da integralidade da atenção, regionalizar significa assegurar acesso e o direito da população à saúde. Nesse sentido, Conill (2002) afirma que integrar de modo a criar redes regionalizadas de atenção, configuradas com base nos princípios da equidade na alocação dos recursos e da integralidade, em função de garantir acesso a ações e serviços de saúde, exige além de processos de pactuação dos recursos, definição de metas e de responsabilidades locais, regionais e estaduais e a modernização dos processos de gestão.

Para Mendes (2001a), o processo de construção das regiões e microrregiões deve assegurar a acessibilidade, e a organização dos serviços de saúde deve ser definida de acordo com singularidades microrregionais.

|

1.3 Descentralização e regionalização no município de São Paulo

No município de São Paulo, a adesão ao SUS ocorreu apenas em 2001. Isto já passou doze anos de sua promulgação. A partir desse momento, uma série de estratégias e mecanismos foi adotada para viabilizar e estruturar um sistema de saúde que fosse universal, equânime e integral (São Paulo, 2001b).

A complexidade que permeia a organização de um sistema de saúde no município de São Paulo é inquestionável, considerando sua grandeza. São Paulo é a maior cidade do país, com mais de 11 milhões de habitantes, área geográfica de 1.509km² e densidade demográfica de 7.216 hab/km². Detém o maior nível de riqueza do país, quando se faz uma análise estatística orientada pela média, porém há desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais significativas espalhadas no território da cidade, que no dizer de Silva (2004a) se faz de várias cidades, onde convivem lado a lado extremos de riqueza e pobreza, ou seja, de um lado pessoas consideradas possuidoras de muitos recursos e de outro, pessoas sem o mínimo necessário para a manutenção da subsistência (Sposati, 2005).

Frente a esse perfil, a estratégia de descentralização e regionalização da gestão tem se constituído em desafio para a organização do sistema de saúde no município de São Paulo.

Entre as dificuldades relacionadas ao processo para a municipalização, destaca-se o repasse de todas as unidades do nível primário de atenção, que estavam sob a gestão do Estado, para a gestão do município, com vistas a atender os pressupostos da descentralização e configurar a gestão da Atenção Básica. Outro grande desafio foi redefinir as responsabilidades do município e do estado, no sentido de concretizar uma rede regionalizada e hierarquizada que assegurasse a integralidade da atenção, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Esse processo exigiu negociações e pactuações desses dois níveis de governo (Patarra, 1996, Junqueira, 2002).

A divisão por Supervisões Técnicas de Saúde configurou os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) que deveriam organizar uma rede de atenção para uma população adscrita, com capacidade para atender demandas da atenção primária e parte da secundária. Nesses SILOS, um Supervisor Técnico de Saúde atuaria com base nas metas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e conforme os programas prioritários do Ministério da Saúde determinados na NOAS (Brasil, 2001a).

No que se refere aos interesses político administrativos, considerando que prefeitos e secretários municipais de saúde possuem autonomia, cada gestor adota formas particulares para organizar os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) de acordo com concepções e interesses próprios. Em virtude disso, no período compreendido entre 1989 a 2009 a descentralização do sistema de saúde foi feita com base em diferentes critérios.

Para compreender melhor esse processo, apresenta-se no Quadro 2, uma síntese dos documentos e critérios de descentralização e regionalização do sistema de saúde no município de São Paulo.

Quadro 2 - Síntese dos processos de descentralização e regionalização no município de São Paulo nas diferentes gestões. São Paulo, SP, 2010.

Gestão	Descentralização da administração do município de São Paulo	Regionalização do sistema municipal de saúde Nível II - Regional	Descentralização do sistema municipal de saúde Nível I - Local
1989 a 1992	Projeto de Lei nº 45 (1989) propõe dividir o município em 13 Subprefeituras (Figura 1) (Keinert, 1993). Lei Orgânica Municipal (1990) Art. 143 - [...] § 1º - determina que os processos de planejamento, assim como a definição de objetivos devem ser determinados em função das realidades locais (São Paulo, 1990).	Lei Orgânica Municipal (1990) Art. 7- VII - acesso universal e igual à saúde Art. 147 – Estabelece que a divisão da cidade fosse feita em 10 Administrações Regionais de Saúde.	Lei Orgânica Municipal (1990) Art. 143 - O Município organizará sua administração e exercerá suas atividades com base num processo de planejamento, de caráter permanente, descentralizado e participativo, como instrumento de democratização da gestão da cidade, de estruturação da ação do Executivo e orientação da ação dos particulares (São Paulo, 1990). Art. 216 - Compete ao Município [...] I - a assistência integral à saúde, utilizando-se do Método epidemiológico para o estabelecimento de prioridades, instituição de distritos sanitários, alocação de recursos e orientação programática. Instituiu-se 32 Distritos Sanitários de Saúde.
1993 a 1996	Retoma a gestão centralizada em nível de secretarias municipais e de gabinete (São Paulo, 1995).	Lei nº 11.866 (1995) institui o Plano de atendimento à Saúde – PAS (São Paulo, 1995). Art. 3o. Dispõe que a implantação do PAS deve ser feita gradativamente, por módulos de atendimento. Art. 4o. Fica o Executivo autorizado a: I - celebrar convênios com Cooperativas de Trabalho constituídas exclusivamente por servidores municipais, ativos ou inativos, organizadas para essa finalidade específica; II - permitir o afastamento de servidores municipais; III - ceder as Cooperativas de Trabalho, mediante permissão de uso, bens municipais imóveis, inclusive equipamentos, necessários à implantação do Programa, a serem devidamente especificados nos convênios respectivos. Baseado no que dispõe essa Lei o município foi dividido em 14 módulos de Atendimento.	
1997 a 2000	Participou da definição e dos critérios de organização do sistema de saúde da gestão anterior e manteve a mesma estrutura implementada naquela gestão.		
2001 a 2004	Revogada a Lei 11.866/95 que instituiu no Município de São Paulo, o Plano de Atendimento à Saúde PAS na cidade de São Paulo (São Paulo, 2001a). Lei nº. 13.399 (2002) Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no município de São	Lei nº. 13.271 (2002). Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial (São Paulo, 2002b). Portaria GM Nº 1.399, de 22 de julho de 2003 a. Município Habilitado em Gestão plena do sistema Municipal nos	Comunicado oficial SMS nº. 01 (2001). Delibera sobre a descentralização da gestão do sistema de saúde em 31 Coordenações de Saúde (Figura 2) (São Paulo, 2001b). Comunicado SMS nº. 87 (2002) tratou da adequação do sistema municipal de saúde às Subprefeituras (São Paulo, 2002c). O fato de existirem dois Distritos de Saúde contidos em uma só Subprefeitura não hierarquiza as relações entre si e entre estes e a Subprefeitura, sobretudo nas ações do governo local, posto que as responsabilidades dos Distritos no Sistema Municipal de Saúde são indelegáveis;

	Paulo (São Paulo, 2002a).	termos da NOAS 2001 (São Paulo, 2003).	Decreto 45.037 (2004) Dispõe sobre a organização do sistema Único de Saúde no Município de São Paulo (São Paulo, 2004). Art. 4º Os recursos financeiros para a área da saúde nas Subprefeituras deverão ser nominalmente identificados na peça orçamentária, nas rubricas funcionais próprias, a fim de permitir o controle e a regulação do uso vinculado de verbas para a área da saúde pela Secretaria Municipal da Saúde. [...] Os recursos financeiros destinados às Subprefeituras, para execução de ações e serviços de saúde, serão suportados pelo Fundo Municipal de Saúde, que manterá conta específica para cada uma das Subprefeituras, voltadas ao atendimento de suas necessidades, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e as disponibilidades orçamentárias e financeiras do Fundo. Art. 5º Cabe ao Secretário Municipal da Saúde decidir, juntamente com os demais gestores do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, as questões referentes à regionalização, à hierarquização da saúde e a outras competências atribuídas à Secretaria para a gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.
2005 a 2006	O Decreto nº. 46.209 (2005). As Subprefeituras perdem as Coordenadorias de Educação e da saúde, que retornaram para a pasta setorial. (São Paulo, 2005a)	As 31 Coordenações de Saúde foram agrupadas por região e compuseram cinco Coordenações Regionais de Saúde (Figura 4).	O Decreto nº. 46.209 (2005). Determina que as 31 Coordenadorias de Saúde sejam renomeadas e passem a ser chamadas de Supervisão Técnica de Saúde (São Paulo, 2005a).
2006 a atual	Participou da definição e dos critérios de organização do sistema de saúde da gestão anterior e manteve a mesma estrutura implementada naquela gestão.	Decreto nº. 47.107. (2005) Dispõe sobre a integração das Coordenadorias Regionais de Saúde com a rede hospitalar municipal, para gestão da rede de serviços de saúde (São Paulo, 2006a) Decreto 47.453 (2006) (re) define os critérios de regionalização que passou a ser por microrregião de saúde sob gestão de uma OS (São Paulo, 2006b).	Retoma o Plano Diretor de Reforma do Estado legitima a participação das OS na gestão do sistema público municipal.

1.4 A gestão do sistema de saúde municipal no período de 1989 a 1992

Esse período contou com dois secretários municipais de saúde. Ambos, médicos sanitaristas e com vivência em serviços públicos. Importante destacar que um deles, ativista na reforma sanitária, foi um dos formuladores da Lei Orgânica de Saúde 8142 de 1990 que delibera sobre formas de financiamento, participação e controle social no SUS.

De acordo com Junqueira (2002), essa gestão municipal encontrou o SUS apenas no plano legal. A estrutura administrativa era centrada no prefeito e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) encontrava-se organizada sob duas estruturas departamentais: o de Saúde da Comunidade, que coordenava postos de atendimento médico; e da Superintendência Médico Hospitalar de Urgência, que coordenava prontos socorros e hospitais municipais.

As bases operacionais por meio das quais se organizava o sistema de saúde eram aquelas do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), modelo criado em 1987 que previa a passagem da rede federal de serviços de saúde do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social para o Estado.

Em função, entre outras, de reorganizar essa estrutura e aderir ao SUS, o Plano Diretor Municipal elaborado em agosto de 1990, deu ênfase à descentralização da cidade em unidades com maior autonomia funcional e político administrativa com a finalidade de reforçar os processos, identidades e participações locais. No setor da saúde, a regionalização e a distritalização foram consideradas meios para democratizar a gestão, adequar ações as necessidades de saúde e enfrentar a complexidade existente nas diferentes áreas do território municipal (Junqueira, 2002).

Na operacionalização da descentralização e regionalização da gestão da saúde, a cidade foi dividida em 32 Distritos de Saúde (DS) e em 10 Administrações Regionais de Saúde (ARS). A Lei Orgânica Municipal - de 04 de abril de 1990 - estabeleceu, em seu artigo 77, que a administração municipal seria exercida, em nível local, através de Subprefeituras (Figura 1). Essas por sua vez, concebidas como

unidades administrativas com capacidade de decisão e autonomia orçamentária e financeira. As subprefeituras aproximariam a administração local dos cidadãos, integraria ação territorial em sua região e possibilitaria espaços de participação (Keinert, 1993).

Fonte: Keinert, 1993, apud Secretaria Especial da reforma Administrativa. São Paulo Tem solução? São Paulo, PMS, 1991, p 5.

Figura 1 - Proposição dos territórios das subprefeituras no Município de São Paulo. São Paulo (SP), 2010.

Nessa forma de organização, o DS foi o espaço de planejamento da SMS e a Subprefeitura o território político que operava questões de governabilidade. Os Distritos chegaram a ser implantados com autonomia orçamentária, mas as Subprefeituras não, sendo concretizada tal Lei somente oito anos depois (Junqueira, 2002).

Foram várias as iniciativas dessa gestão para formalizar a adesão do município ao SUS. Em maio de 1991, profissionais e população discutiram o SUS e a municipalização na 2ª Conferência Municipal de Saúde. Em julho e agosto do mesmo ano, um colegiado de prefeitos, dentre os quais o de São Paulo, se reuniu com o Ministro da Saúde para discutir o processo de implantação do SUS. Em data

subsequente, o prefeito de São Paulo - Coordenador da Frente Nacional de Prefeitos – entregou um relatório sobre as condições de saúde de 50 administrações municipais. A reunião serviu para discutir o SUS, e a liberação de recursos federais, para a construção de hospitais (Patarra, 1996).

Apesar dessas iniciativas e das sucessivas discussões com o Secretário Estadual de Saúde para implantar o SUS no município de São Paulo, contradições e conflitos políticos partidários, relacionados à municipalização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Estado, limitaram e atrasaram a transferência das UBS do Estado para a prefeitura e isso, comprometeu o comando único da rede básica do município e a adesão do município ao SUS (Junqueira, 2002).

Embora essa gestão não tenha efetivado a adesão do município ao SUS, a organização do sistema de saúde se manteve alinhada aos princípios e diretrizes desse sistema. A descentralização e regionalização possibilitaram adequar as políticas públicas de saúde às reais necessidades da população, conferiu maior agilidade na disponibilização de recursos financeiros e consequente a isso, maior agilidade e resolubilidade do sistema de saúde, o que significou avanços na concretização da integralidade da atenção (Junqueira, 2002).

1.5 A gestão do sistema de saúde municipal no período de 1993 a 1996

Nesse período, quatro secretários passaram pela secretaria municipal de saúde (SMS). Mesmo sob conflitos e embates políticos para postergar sua institucionalização, foi criado o Plano de Atenção à Saúde (PAS), ancorado nos pressupostos da Lei Municipal nº 11.866, de 13 de setembro de 1995 (São Paulo, 1995).

Para operacionalizar o PAS, a maioria dos serviços e estabelecimentos de saúde de caráter assistencial vinculados à SMS, 16 hospitais, 16 prontos socorros, 14 ambulatórios de especialidades e 99 UBS estaduais, passaram para cooperativas privadas de profissionais de saúde (Pinto et al, 2009).

Essas cooperativas seriam responsáveis por atender às necessidades de saúde de uma população adscrita a um módulo de atendimento. As diretrizes operacionais eram: a) os módulos constituiriam unidades operacionais para a organização do sistema municipal de saúde; b) o acesso da população aos serviços de saúde estava condicionado ao seu cadastramento, ao se cadastrar, cada usuário recebia um cartão do PAS que representava o direito do acesso às ações e serviços de saúde disponibilizados pelas cooperativas naquele módulo de atendimento; c) a estrutura político-administrativa do PAS era composta por quatro instâncias básicas: o Conselho de Gestão; o Módulo Básico de Atendimento; o Colegiado de Gerenciamento Intersecretarial e a Secretaria Municipal de Saúde. Nesse plano, o Conselho de Gestão e o Módulo Básico de Atendimento compuseram a unidade mais operacional. Já o Colegiado de Gerenciamento Intersecretarial e a Secretaria Municipal de Saúde estiveram relacionados mais à estrutura político-administrativa do governo municipal (Cohn, Elias, 1998).

Para operacionalizar o PAS conforme essas normatizações, o município foi dividido em 14 módulos de atendimento (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação, localização e população estimada por módulo de atendimento do Plano de Atenção à Saúde, São Paulo (SP), 2010

Módulos do PAS		
Módulo	Localização	População estimada (1996)
Módulo 1	Centro	1.048.823
Módulo 2	Butantã/Lapa	822.971
Módulo 3	Saúde/Ipiranga/Sapopemba	1.196.935
Módulo 4	Mooca/Vila Matilde	781.703
Módulo 5	Itaquera/Guaianazes	1.197.941
Módulo 6	São Miguel Paulista	686.882
Módulo 7	Santana	905.874
Módulo 8	Pirituba/Perus	402.106
Módulo 9	Santo Amaro	1.015.056
Módulo 10	Campo Limpo	831.901
Módulo 11	Brasilândia/Cachoeirinha	679.709
Módulo 12	Jabaquara	218.523
São 14 módulos numerados de 1 a 15. O módulo 13 foi saltado.		
Módulo 14	Ermelino Matarazzo	214.930
Módulo 15	Tatuapé/Penha	207.029

Fonte: Cohn, Elias 1998.

Os critérios que orientaram a divisão dos módulos foram: a) cada módulo de atendimento deveria ser composto por, no mínimo, uma unidade hospitalar, um pronto-socorro, que funcionava como referência regional e pelos postos de assistência à saúde (ex-Unidades Básicas de Saúde) e b) uma empresa de prestação

de serviços, denominada Gerenciadora do Módulo, deveria responsabilizar-se em cada módulo pelos recursos humanos, compras e pagamentos. Para isso, receberia do município um repasse financeiro da ordem de 6% do montante de recursos do módulo (Cohn, Elias, Nascimento, 1999).

Os Módulos de Atendimento do PAS foram implantados em substituição aos Distritos de Saúde e às Administrações Regionais. A descentralização, regionalização e hierarquização foram traduzidas pelo PAS como uma forma de represar a demanda na região de moradia. Exemplo: a ARS 1 composta de 3 DS (Bela Vista, Sé e Consolação) alterou-se para Módulo de Atendimento Centro, acrescentando ao módulo mais 14 DS (Barra Funda, Vila Mariana, Belém, Bom Retiro, Santa Cecília, Pari, República, Brás, Liberdade, Cambuci, Perdizes, Jardim Paulista, Pinheiros e Itaim Bibi) (Cohn, Elias, 1999).

O PAS era inconstitucional em vários aspectos e deixou a maior cidade do país fora do SUS, operando com base em um modelo de atenção centrado na assistência individual e atendimento de queixas (Junqueira, 2002). Mesmo aqueles cadastrados nos Módulos de Atendimento, quando apresentavam doenças como AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer ou necessitavam de procedimentos mais complexos como exames radiológicos, internações e assistência ginecológica, precisavam recorrer à rede estadual ligada ao SUS (Pinheiro, 1998; Cohn, Elias, Nascimento, 1999).

Denúncias e pressões do Conselho Municipal de Saúde junto ao Conselho Nacional de Saúde contribuíram para que o Ministério da Saúde suspendesse seus repasses financeiros para o município. Desse modo, o financiamento do PAS vinha quase que exclusivamente da receita do próprio município (Pinto et al, 2009).

O Plano de Assistência à Saúde – PAS. [...], ao adotar modelo diferenciado daquele proposto pelo Ministério da Saúde, a Prefeitura de São Paulo deixou de receber verbas federais que poderiam superar R\$ 300 milhões/ano. Mas o PAS tinha ainda outra característica importante: ele descentralizava o atendimento à saúde. Os médicos que ali atuassem seriam cooperativados e as compras e despesas dos módulos do PAS não estariam sujeitos a licitação. Com esse perfil, o PAS tornou-se mais um instrumento útil para a cooptação de apoio político e mais uma parte da prefeitura vulnerável à corrupção (Mendes, 2001b p. 50).

Nesse contexto, com o objetivo de minimizar as iniquidades decorrentes do PAS, em novembro de 1995, o Governo do Estado de São Paulo assumiu, em articulação com o Ministério da Saúde e em parceria com a Organização Social¹ (OS) Santa Marcelina, a implantação do Programa Saúde da Família no município de São Paulo, em uma das regiões mais populosas da cidade (região Leste). Esse projeto, operacionalizado em 1996, recebeu o nome de Qualidade Integral em Saúde I (QUALIS I) (Silva, 2001).

Constaram entre os objetivos dessa parceria: reorientar o modelo assistencial, que deveria ser baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, alinhadas aos princípios e às diretrizes do SUS; fornecer atenção integral, contínua e de boa qualidade; promover a família como núcleo básico da abordagem e do atendimento à saúde da população num enfoque comunitário; e fortalecer a participação e o controle social (Silva, 2001). Essa parceria apresentou resultados positivos no enfrentamento de problemas de saúde e na atenção aos objetivos propostos. Até final de 1998, foram implantadas no QUALIS I, 40 equipes de Saúde da Família atuando em 12 UBS e um ambulatório de especialidades, tendo sido cadastradas 25.628 famílias e 102.783 pessoas. Nesse período, a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu novas parcerias com outras OS. Fruto dessas, em abril de 2002, as OS repassaram ao município 59 UBS com cerca de 200 Equipes de Saúde da Família (Alves Sobrinho; Capucci, 2003).

1.6 A gestão do sistema de saúde municipal no período de 1997 a 2000

Nessa gestão, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) teve dois secretários, ambos cirurgiões com experiência no âmbito hospitalar. O sistema de saúde municipal se manteve alinhado às normatizações e às diretrizes operacionais do PAS formuladas na gestão anterior, porém, vivia uma crise financeira importante. Esse governo foi marcado por vários escândalos e denúncias de corrupção. Não havia

¹“Organizações Sociais (OS) é um modelo de organização pública não-estatal destinada a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público” (Brasil, 1997 p 13).

articulação entre as redes municipais, estadual e federal. Os hospitais ficaram sucateados com falta de recursos materiais e humanos e a SMS desestruturada, com apenas 5 mil de seus 28 mil servidores com adesão ao PAS (Junqueira, 2002; Alves Sobrinho; Capucci, 2003).

Os princípios e as diretrizes operacionais do SUS não se constituíram referência para essa gestão nem para a anterior e isso representou uma grande perda para a população em relação ao acesso às ações de saúde. Além disso, transcorreu em meio a contradições e conflitos entre a política do município de São Paulo e as políticas estadual e nacional de saúde (Pinto et al, 2009).

1.7 A gestão do sistema de saúde municipal no período de 2001 a 2004

Essa gestão teve dois secretários municipais de saúde. Um deles já havido sido Secretário Municipal de Saúde na gestão de 1989 a 1992 e o outro era médico, professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Uma das primeiras iniciativas desse governo foi a elaboração de um cronograma de transferências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) estaduais, daquelas que estavam nos módulos do PAS e na gestão dos QUALIS, para a gestão da prefeitura, de modo que se processasse a retomada da municipalização, estancada há oito anos. Já em fevereiro de 2001, o município fez formalmente a adesão ao SUS e foi habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (Alves Sobrinho; Capucci, 2003), sendo em 22 de julho de 2003, habilitado à Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal (Brasil, 2003; São Paulo, 2003).

Essa gestão retomou alguns dos projetos formulados no governo de 1989 a 1992, entre os quais, o da descentralização da cidade por meio das Subprefeituras, agora ancorada na Lei municipal nº 13.399 de 2 de agosto de 2002 (São Paulo, 2002a).

Para operacionalizar o setor da saúde, a divisão da cidade foi concretizada em 31 Distritos de Saúde (Figura 2) que foram renomeados e passaram a ser chamados de Coordenações de Saúde. Cada Coordenação configurou um Sistema Local de

Saúde a ser administrado com base no seu perfil demográfico, epidemiológico, sanitário, sociocultural e econômico (São Paulo, 2001b). Os critérios e os limites territoriais dessa divisão foram baseados no Mapa da Exclusão e Inclusão Social do município de São Paulo que traz diversos indicadores sobre as condições de vida da população em seus diferentes territórios (Alves Sobrinho; Capucci, 2003).

No plano de trabalho da SMS para o quadriênio 2001-2004 para a saúde, o foco de investimento centrou-se na ampliação das equipes de saúde da família como estratégia para fortalecer a Atenção Básica (Figura 3). Nesse período, as equipes de saúde da família passaram de 159 em dezembro de 2000 para 850 em junho de 2008.

Fonte: São Paulo. Centro de Informações (CEINFO) Recorte territorial de abrangência das 31 Coordenações de Saúde e das respectivas Subprefeituras, 2006.

Figura 2 - Recorte territorial de abrangência das 31 Coordenações de Saúde e das respectivas Subprefeituras. São Paulo (SP), 2010

Fonte: Pinto et al (2009) apud Ministério da Saúde 2008.

Figura 3 - Evolução trimestral das equipes de Saúde da Família implantadas no município de São Paulo, Brasil 2000-2008.

Apesar de avançar no processo de descentralização para as Subprefeituras, essa gestão as desqualificou ao definir que o espaço de articulação política e financeira do setor saúde seria o colegiado de Coordenadores de Saúde que se reuniam uma vez por mês com o Secretário da SMS. Defendeu-se à época que esse seria o espaço político para a concretização de um único SUS municipal (Pinto, 2009; Spedo, 2009).

Com a habilitação do município à Gestão Plena do Sistema de Saúde em 2003, novas reformas foram planejadas com a finalidade de requalificar as responsabilidades dos diferentes gestores do município e reconfigurar a divisão do território. O Secretário Municipal de Saúde sinalizou a necessidade dessas reformas, porém não as processou no seu governo.

1.8 A gestão do sistema de saúde municipal no período de 2005 a 2006

O governo municipal passou por muitas mudanças em relação ao seu corpo de gestores nesse período. Após um ano de gestão, a prefeitura foi assumida por seu vice. No período de um ano, passaram pela SMS, três secretários que se dedicaram a ampliar as parcerias com instituições filantrópicas e Organizações Sociais, e a estruturar a rede de Ambulatórios de Assistência Médica (AMA), serviço estruturado

Esse governo realizou várias reformas estruturais no sistema de saúde. Em 2005, as 31 Coordenações de Saúde foram agrupadas por região e compuseram cinco Coordenações Regionais de Saúde (Figura 4). Na sequência foram criadas 24 Supervisões Técnicas de Saúde subordinadas aos Coordenadores Regionais de Saúde (São Paulo, 2005a). A justificativa dessa nova divisão foi a de que a divisão em cinco Coordenadorias de Saúde, agora subordinadas à SMS, coincidiria com as regiões e com as áreas de abrangência das cinco autarquias hospitalares. Com essa divisão, se previa integração entre a rede básica e a hospitalar (São Paulo, 2006a).

Figura 4 – Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde, São Paulo, 2009.

1.9 A gestão do sistema de saúde municipal no período de 2006 a 2012

Essa gestão iniciou em 31 de março de 2006 e teve sua continuidade assegurada nas eleições para prefeito no período de 2009-2012. As mudanças propostas e realizadas no governo anterior têm se mantido. A única diferença esteve relacionada ao aumento progressivo das AMA (Figura 5) e à efetivação da gestão das OS (Figura 6) nas microrregiões de: Cidade Tiradentes/Guaianases – OS Santa Marcelina – Início em 01/03/07; M’Boi Mirim – OS Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim Cejam – Início em 01/08/07; Cidade Ademar – OS Santa Catarina – Início em 01/02/08; Vila Maria/Vila Guilherme – OS Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina SPDM – Início em 01/02/08; Aricanduva/Sapopemba/São Mateus – OS SPDM – Início em 01/02/08; Jaconã/Tremembé – OS Santa Casa SP – Início em 01/02/08; Penha/Ermelino – OS Serviço Social da Indústria da Construção Civil Seconci – Início em 14/04/08; Itaim Paulista – OS Santa Marcelina – Início em 08/08/08; Socorro/Parelheiros – OS Santa Catarina – Início em 01/10/08; e Butantã/Jaguari – OS Fundação Faculdade de Medicina FFM - Início em 01/10/08 (São Paulo, 2010a).

Segundo Kayano (2007), o aumento expressivo das AMA não significou melhoria na atenção à saúde, pois piorou a qualidade da atenção, visto que grande parte dessas unidades ocuparam os espaços das UBS.

Fonte: São Paulo. Distribuição das 115 AMAs e 15 AMAs de Especialidades por Coordenadoria Regional de Saúde. (2010)
Aceso: [02/07/10] <http://intranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo/divulgacao/nucleo-de-divulgacao-de-informacoes#01>

Figura 5 - Distribuição das 115 AMA e 15 AMA de Especialidades por Coordenadoria Regional de Saúde no município de São Paulo, 2010

Figura 6 - Microrregiões/Territórios sob Contrato de Gestão com Organizações Sociais, São Paulo, 2010

Os contratos prevêem ainda que as OS apóiem a integração dos equipamentos de saúde da microrregião e a gestão das unidades da rede assistencial da microrregião. Baseadas num diagnóstico situacional, as OS devem apresentar planos de ações pontuais para suprir as deficiências de estrutura, equipamentos e recursos humanos que tenham reflexo negativo nas metas pactuadas para a microrregião. Planos similares aos PDR e PDI devem ser submetidos à avaliação e aprovação das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Com esses novos critérios de regionalização passaram a coexistir no município de São Paulo três segmentos diferentes com estruturas de coordenação próprias: a) As cinco Coordenações de Saúde com atribuições e competências limitadas à coordenação e controle das atividades dos estabelecimentos ambulatoriais sob gestão municipal (ambulatórios de especialidades, UBS e serviços de pronto atendimento tipo - AMA); b) As autarquias ou as OS responsáveis pelos serviços hospitalares e de urgência e emergência (hospitais e prontos-socorros municipais); c) O Estado na gestão dos serviços estaduais (ambulatórios e hospitais de especialidades) circunscritos ao município. Situação que compromete e contradiz os pressupostos da Gestão Plena do Sistema de Saúde para a qual o município foi habilitado em 2003, além de dificultar a integração dos diversos níveis de atenção do sistema de saúde e conseqüentemente a integralidade da atenção no município (Pinto et al, 2009).

2 BASE TEÓRICA E CONCEITUAL

Ciente da necessidade de se eleger um campo específico de análise do princípio da integralidade optou-se por explorar neste estudo, a integralidade na perspectiva da integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção e os mecanismos de cooperação instituídos e praticados.

Para fundamentar e orientar a análise do objeto, o princípio da integralidade é abordado com base nas diretrizes da descentralização e da regionalização.

2.1 Diretriz da descentralização

Em decorrência do reconhecimento das diferenças e diversidades regionais e municipais, a Constituição Federal do Brasil (1988) já apresentava as diretrizes da descentralização e da regionalização como um conjunto de instrumentos e processos que visavam orientar estados e municípios na estruturação e efetivação de seus Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

A dimensão ideológica dos princípios declarados na Constituição para o SUS e as diferentes capacidades regionais instaladas fez com que muitos municípios declinassem da decisão de aderir ao SUS. O município de São Paulo é exemplo disso, que se manteve fora do SUS até 2001 (São Paulo, 2001).

A dificuldade dos gestores para a organização de SILOS fez com que o Ministério da Saúde lançasse uma série de diretrizes, normatizações e estratégias para orientar secretários estaduais e municipais de saúde sobre as possibilidades e os processos de organização de seus sistemas de saúde (Brasil, 1996; 2001a; 2006b).

Transcorreu praticamente duas décadas para que a descentralização nos 5.564 municípios que compõem o território nacional se efetivasse. Na atualidade, praticamente 100% dos municípios já aderiram ao SUS e se organizam com base na diretriz da descentralização (Brasil, 2006a).

Descentralizar a gestão no nível dos municípios foi um avanço importante na implementação do SUS. Apesar disso, a heterogeneidade dos municípios em relação à disponibilidade de tecnologias e infra-estrutura de serviços de saúde se tornou uma dificuldade, principalmente em relação ao princípio da integralidade da atenção aos usuários adscritos aos SILOS.

Para corrigir as lacunas dos municípios em relação à capacidade instalada, a diretriz da regionalização sugere um conjunto de processos que orientam a efetivação de redes regionais de saúde com a finalidade de assegurar a integralidade da atenção.

2.2 Diretriz da regionalização

Para respeitar as diferenças regionais, a organização regionalizada e hierarquizada de sistemas de saúde deve reconhecer os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e éticos da localidade. Além disso, esse processo se orienta em face da garantia do direito integral à saúde, da cooperação entre as diferentes esferas de governo, entre gestores e entre as equipes técnicas. Os objetivos são partilhar experiências e recursos na busca de soluções solidárias para a população adscrita à região de saúde (Brasil, 2006a).

Na definição de regiões de saúde, destaca-se que a integração entre unidades e serviços de saúde, por meio de cooperação técnica, possibilita a construção de sistemas/espços regionais. Nesses espaços, o planejamento e a co-gestão deve ser feita pelo colegiado de secretários municipais e estaduais (Brasil, 2006a).

A regionalização recebe destaque na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão com a finalidade de avançar na construção de sistemas de saúde regionais com todos os níveis de atenção (Brasil, 2001a). A regionalização é simultaneamente uma diretriz para fortalecer a descentralização e uma estratégia para a hierarquização dos serviços (Andrade, 2007).

O planejamento integrado e o respeito às noções de territorialidade na identificação de prioridades deve orientar o processo de regionalização. Apesar

disso, a regionalização não é restrita à abrangência do município. Sua orientação é assegurar o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2006a; Mendes, 2007).

A subsidiariedade deve ser praticada na definição e no uso dos recursos da região, ou seja, a responsabilidade não deve ser repassada à esfera subsequente quando puder ser resolvida localmente, seja no nível da região de saúde, do município, dos módulos assistenciais ou da unidade territorial de assistência (Brasil, 2006a).

A regionalização traduz o processo de pactuação e cooperação entre gestores por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI) (Brasil, 2006a). A PPI orienta um Plano Diretor de Regionalização (PDR) na definição das prioridades de investimentos. Os eixos que orientam gestores na elaboração do PDR são: assegurar o acesso do cidadão o mais próximo possível de sua residência e garantir um conjunto mínimo de ações e serviços; e acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o compromisso entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais (Brasil, 2001a; Brasil, 2006a).

Para a operacionalização do PDR e das estratégias de regulação do sistema, a pactuação deve orientar e regular a oferta e a demanda de serviços e organizar os fluxos de modo a assegurar o acesso às referências (Brasil, 2001a; Brasil, 2006a; Mendes, 2005).

2.3 Integralidade da atenção à saúde

A integralidade é um dos princípios éticos e doutrinários do Sistema Único de Saúde, configurado sob as bases ideológicas do movimento da Reforma Sanitária do Brasil.

Ao definir o princípio da integralidade, a Constituição Federal do Brasil (1988) determina um conjunto de responsabilidades para os três níveis de governo

(federal, estadual e municipal), com o objetivo de assegurar o acesso às ações e serviços públicos de saúde. De acordo com os pressupostos da Constituição, os serviços devem compor uma rede hierarquizada e integrada que assegure acesso privilegiado às ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais (Brasil, 1988).

Na Lei Orgânica de Saúde 8080, a integralidade da assistência é descrita como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços organizados para atender cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A articulação das ações e dos serviços é reconhecida como necessária para a efetivação da integralidade da assistência (Brasil 1990a). As unidades prestadoras de serviços, com seus diversos aportes tecnológicos, compõem redes assistenciais por meio das quais se configura um sistema capaz de prestar assistência integral (Brasil, 1990c).

Nessa perspectiva, Mendes (2001a) afirma que a integralidade tem relação com:

A oferta de serviços, de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção à saúde, por meio de um sistema de gestão da clínica, e a existência de uma população adscrita, cuja saúde é de responsabilidade inequívoca do sistema (Mendes, 2001a p. 72).

Hartz e Contandriopoulos (2004) defendem que o conceito da integralidade remete ao de integração de serviços por meio da construção de redes assistenciais que reconheçam a interdependência dos atores e organizações. Para esses autores, a integralidade nunca será plena na dimensão de um serviço singular.

Nesse mesmo sentido, Pinheiro (2006) afirma que:

[...] a integralidade é reconhecida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato individual e no plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos são considerados (Pinheiro, 2006 p.67).

Além da disponibilidade estrutural para a formação da rede de serviços, a qualidade da atenção deve ser alcançada para que a integralidade se efetive (Cecílio, 2006). Para isso, a gestão do sistema e a organização da rede de serviços são imprescindíveis, tanto para efetivar a integração quanto para a qualidade da atenção

na perspectiva da integralidade (Giovanella et al, 2002). A articulação e cooperação entre gestores é condição para a gestão compartilhada da estrutura dos serviços nos diferentes níveis de atenção.

Ao compartilhar algumas experiências sobre avaliação da integração de serviços, Hartz e Contandriopoulos (2004) deixam claro que o objeto “rede” deve ser interpretado sob duplo significado: a) como estrutura organizacional que existe em função da produção de serviços e b) como dinâmica de atores em permanente renegociação na busca de novas soluções para velhos problemas. Para esses autores,

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional (Hartz, Contandriopoulos, 2004 p.331-2).

Na dimensão do SUS, as redes assistenciais ou sistemas integrados de saúde estabelecem relação com a hierarquização do sistema de saúde e com a configuração de redes de serviços regionalizadas, definidas com base no planejamento integrado entre os gestores do sistema de saúde nos diferentes âmbitos de governo. A formação de redes é vista como possibilidade de organizar sistemas locais e regionais de saúde, e garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção do sistema de saúde (Brasil, 2006a).

De acordo com o Ministério da Saúde, compete ao serviço municipal de saúde indicar, no âmbito municipal e regional, os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, de apoio diagnóstico e internações hospitalares, bem como assumir a responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos em todo o processo de referência e contra-referência.

Para Starfield (2002), a integralidade da atenção à saúde se efetiva por meio da variedade de serviços com capacidade para atender problemas específicos de uma determinada população. A falha no reconhecimento das necessidades e dos

problemas da população manifesta-se pela evidência da falta de recebimento dos recursos e serviços indicados naquela e para aquela população.

Oliveira (2005) concorda com essa afirmação e destaca que aspectos geográficos devem ser considerados na configuração de sistemas regionais de saúde funcional. Em termos da organização interna, essa deve se processar com base nas noções de centros hierarquizados e de áreas de dominação regional. A resolubilidade e qualidade dependem da investigação e consideração das desigualdades regionais no acesso aos serviços. Segundo a autora:

O impacto da dimensão geográfica no acesso aos serviços de saúde é modulado pela distribuição destes serviços e pela localização e caracterização de sua clientela. O desenho das redes de serviços, bem como a influência de fatores sócio-econômicos e do local de residência são elementos básicos para a compreensão do processo (Oliveira 2005, p. 12).

Mendes (2001a) afirma que a organização da rede de serviços de saúde deve ser definida de acordo com singularidades microrregionais. A otimização no processo de organização dos serviços por concentração cognitivo-tecnológico, além de orientar o processo de construção das regiões e microrregiões de saúde deve assegurar acessibilidade.

Cabe aos gestores, a responsabilidade de comandar o sistema de saúde exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (Brasil, 2001b; Brasil, 2003a).

Constata-se que o conjunto de atributos relacionados ao termo integralidade como princípio do SUS tem um caráter polissêmico, por comportar diferentes sentidos. Entretanto, reconhecem-se traços de semelhança, analogias e fios de ligação que articulam todos os sentidos a ele atribuídos: integralidade como princípio orientador das práticas, da organização do trabalho e das políticas públicas de saúde. Em todos os sentidos, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos (Mattos, 2001).

A análise da integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção e os mecanismos de cooperação na perspectiva dos gestores de sistemas locais de saúde de uma região do município de São Paulo foi realizada com base em

duas questões. A primeira buscou evidenciar, na dimensão geográfica dos recortes territoriais da descentralização (Supervisões Técnicas de Saúde), a capacidade da rede de serviços do nível primário de atenção e na dimensão da regionalização (Coordenação Regional de Saúde) a capacidade da rede nos diferentes níveis de atenção do sistema. A segunda buscou explorar os mecanismos de cooperação efetivados entre os gestores com vistas à formação de redes e a integralidade da atenção, analisada com base nas deliberações do Pacto de Gestão (2006), que trata da Programação Pactuada e Integrada e do Plano Diretor Regional. Justifica-se esse recorte no referencial de Hartz e Contandriopoulos (2004), que destacam ser indispensável que se desenvolvam mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos, que respondam às necessidades de saúde em âmbito local e regional.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar a integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção e os mecanismos de cooperação, na perspectiva dos gestores de sistemas locais de saúde de uma região do município de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar em que medida os processos de descentralização e regionalização asseguram a formação de redes de atenção e a integração dos serviços.
- Analisar em que medidas ocorrem os mecanismos de cooperação instituídos e praticados no nível da região.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este estudo exploratório de abordagem qualitativa, com recorte transversal, configura-se na modalidade de estudo de caso.

De acordo com Gil (2007), as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com vistas a proporcionar uma visão geral do problema, característica que possibilita atender ao objetivo deste estudo.

A opção pelo estudo de caso se justifica em razão de se tratar de uma investigação empírica na qual se busca explorar determinantes de um fenômeno contemporâneo considerado complexo. Tal delineamento permite analisar de forma profunda e exaustiva os limites entre o fenômeno e o seu contexto, possibilitando um amplo e detalhado conhecimento sobre as categorias de estudo. Essa modalidade é muito utilizada em pesquisas sobre política e administração pública, particularmente no setor saúde (Silva, 2005a; Yin, 2010).

Para a obtenção dos dados relacionados à capacidade e estrutura dos serviços de saúde, mapas das áreas de abrangência e posicionamento dos serviços de saúde, utilizaram-se os Portais eletrônico da prefeitura e da Coordenação de Epidemiologia e Informação do Município de São Paulo.

4.2 Local de estudo

No período em que se realizou este estudo, o município de São Paulo estava oficialmente dividido em 96 Distritos Administrativos, agrupados em 31 Subprefeituras. Em nível local, o sistema municipal de saúde dividia-se em 24 Supervisões Técnicas de Saúde, e cinco Coordenadorias Regionais de Saúde.

Tendo em vista a extensa dimensão territorial, populacional e a complexidade da rede de serviços de saúde, delimitou-se como campo deste estudo, apenas uma região de saúde do município, a Coordenadoria Regional de Saúde Leste. Essa Coordenadoria tinha em sua área de abrangência, sete Subprefeituras, sete Supervisões Técnica de Saúde e 17 Distritos administrativos (Quadro 4 e Figura 7):

Quadro 4 – Subprefeituras, Supervisões Técnicas de Saúde e Distritos Administrativos da Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo (São Paulo, 2009).

Subprefeitura	Supervisões Técnicas de Saúde	Distritos Administrativos
Guaianases	Guaianases	Guaianases e Lajeado
Itaim Paulista	Itaim Paulista	Itaim Paulista e Vila Curuçá
Itaquera	Itaquera	Itaquera, Cidade Líder, Parque do Carmo e José Bonifácio
São Miguel	São Miguel	São Miguel, Jardim Helena e Vila Jacuí
Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes
Hermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo	Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa
São Mateus	São Mateus	São Mateus, Iguatemi e São Rafael

Na dimensão regional, a soma da população de todas as Supervisões Técnicas de Saúde ou Subprefeituras faz da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, a segunda maior entre as cinco que compõe o município, com população de 2.509.267 habitantes. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em junho de 2010, a população estimada de cada uma dessas Supervisões Técnicas de Saúde era de: Guaianases 298.509; Itaim Paulista 403.512; Itaquera 528.543; Hermelino Matarazzo/São Miguel 625.049; Cidade Tiradentes 219.000 e São Mateus 436.195 (São Paulo, 2010b; São Paulo, 2010c). O porte populacional dessas Supervisões Técnicas de Saúde as coloca em nível de municípios de médio a grande porte (Henrique, Marino, 2009). Vale destacar que em termos populacionais, com exceção de Cidade Tiradentes e Guaianases, as Supervisões Técnicas são maiores do que 96% dos municípios brasileiros (Spedo, 2009).

Fonte: São Paulo. Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. São Paulo, 2009.

Figura 7 - Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. Destaque para a região de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

Com esse elevado contingente populacional, a região apresenta os seguintes indicadores sociais e de saúde: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)² de 0,478, bastante abaixo da média de 0,841 do município (São Paulo, 2002d, São Paulo, 2008a); crescimento demográfico elevado, com taxa de crescimento duas vezes maior que a do município como um todo; 23% de chefes de família com menos de três anos de estudo; 35% da população com renda familiar inferior a um salário mínimo mensal; 7% da população vivendo em favelas; coeficiente de mortalidade infantil de 12,9 por 1000 nascidos vivos; e razão de mortalidade materna de 52,2 por 100.000 nascidos vivos. Deve-se ressaltar que mesmo dentro da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, há uma heterogeneidade considerável entre as Supervisões Técnicas de Saúde, porém é possível inferir que grande parcela da população é carente e depende dos serviços públicos de saúde.

Em números totais, a Coordenadoria Regional de Saúde Leste possui em sua área de abrangência a maior concentração de serviços de saúde do município. A distribuição desses serviços por Supervisão Técnica de Saúde pode ser visualizada na Figura 10.

²Calculo do IDH: é feito pela média simples de três componentes: IDH Longevidade: medido pela esperança de vida ao nascer. IDH Educação: medido pela combinação da taxa de alfabetização de pessoas de 15 anos ou mais e da taxa bruta de matrículas nos três níveis de ensino (fundamental, médio e superior) em relação à população de 7 a 22 anos de idade. Para regiões, Estados e municípios do Brasil, usa-se a taxa de frequência. IDH Renda: medido pelo PIB real *per capita* em dólares, segundo o critério de paridade do poder de Compra. Para regiões, Estados e municípios do Brasil, usa-se a renda familiar *per capita* (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009).

Fonte: São Paulo. Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde. São Paulo, 2009.

Figura 8 -

Serviços de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, distribuídos quanto ao tipo e localização. São Paulo, 2010

Dezembro/2009

Quanto à estrutura de equipamentos públicos (municipais, estaduais) e privados, conveniado ao SUS, existem na área de abrangência da Coordenação Regional de Saúde Leste: 1 pronto socorro-municipal; 3 unidades de pronto atendimento, 5 ambulatórios de especialidades municipais; 4 Ambulatórios de Atendimento Médico (AMA) de Especialidades; 31 AMAs; 112 Unidades Básicas de Saúde; 5 Centros de Atendimento Psicosocial (CAPS) Álcool e Drogas; 6 CAPS Adulto; 3 CAPS Infantil e Adolescentes; 4 Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO); 3 Residência Terapêutica (RT); 5 Centros de Testagem de HIV/AIDS (CTA); 2 Serviços Especializados em DST/AIDS (SAE); 8 hospitais (4 municipais, 3 Estaduais e 1 filantrópico conveniados ao SUS). Esse conjunto disponibiliza aproximadamente 2.530 leitos públicos, que representa em média um leito para cada 1.000 habitantes (São Paulo, 2008b; 2010b), muito abaixo da preconizada pela Organização Mundial de Saúde, que indica 2,5 leitos para cada 1.000 habitantes (Figura 9). Verifica-se uma disparidade grande entre as regiões, com concentração de leitos hospitalares na região central.

Fonte: SMS (Secretaria Municipal de Saúde) disponível em:
<http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/analises.php?tema=10&indicador=33&ano=2008#info>

Figura 9 - Número de leitos hospitalares públicos e privados disponíveis por 1.000 habitantes.

Quadro 5 - Número de Estabelecimentos/Serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde por Supervisão Técnica de Saúde. Dezembro, 2009.

COORD. REG. de SAÚDE	SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE	H M	P S M	P A	A E	A M A	A M A E	U B S	SAÚDE MENTAL					SAÚDE BUCAL		DESTINOS		C D I	C R E N	CR PLAN TAS	CR ST	N I R	N I S A	U A D	U R S I	L A B	OUTR OS ESTAB. B.	TOTAL ESTAB./ SERV.
									CAPS ad	CAPS ADUL T	CAPS INF/ ADOL.	CECC O	RT	CEO	COE	CTA	SAE											
LESTE	CIDADE TIRADENTES	1	-	1	-	2	-	12	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	21
	ERMELINO MATARAZZO SÃO MIGUEL	2	-	-	2	9	1	25	1	2	1	1	1	1	1	-	1	-	1	-	1	3	1	1	-	-	-	56
	GUAINAZES	-		-	1	2	-	14	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1	2	-	-	-	26	
	ITAIM PAULISTA	-	-	1	-	4	1	16	1	1	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	31	
	ITAQUERA	1	-	-	1	9	1	23	1	1	1	1	1	1	-	-	1	-	-	-	2	1	-	-	-	-	45	
	SÃO MATEUS	-	-	1	-	5	1	22	1	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	37	
	LESTE TOTAL	4	0	3	4	31	4	112	5	6	3	4	3	4	3	0 5	2	1	1	2	1	10	3	4	0	0	1	216

Fonte: São Paulo. Coordenação de Informação (Ceinfo, 2009)

Hospital Municipal	CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa	CR ST - Centro de Referência Saúde do Trabalhador
PSM Pronto Socorro Municipal	RT	Residência Terapêutica	NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
PA Pronto Atendimento	CEO	Centro de Especialidades Odontológicas	UAD - Unidade de Assistência Domiciliar
AMA Ambulatório de Assistência Médica	COE – Clínica Odontológica de Especialidades		LAB - Laboratório
AMA E Ambulatório de Assistência Médica Especializado.	CR	Centro de Referência em DST/AIDS	
UBS Unidade Básica de Saúde Mental	SAE -	Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS	
AE SM Ambulatório de Especialidades de Saúde	CDI -	Centro de Diagnóstico por Imagem	
CAPS ad Centro de Atendimento Psicossocial álcool e drogas	CREN -	Centro de Recuperação e Educação Nutricional	
CAPS ADULT Centro de Atendimento Psicossocial Adulto	CR PLANTAS -	Centro de Ref. de Plantas Medic. Práticas Naturais em Saúde	
CAPS INF/ADOL. Centro de Atend. Psic. Infantil/Adolescente			

Outro ponto que merece destaque em relação a essa região se refere às instâncias de gestão. No momento em que se realizou esta pesquisa, a gestão dos equipamentos de saúde era feita por três segmentos diferentes. Alguns serviços eram geridos exclusivamente pela prefeitura, outros pelo Estado e prefeitura, e alguns serviços e regiões encontravam-se sob a gerência de Organizações Sociais (OS).

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram do estudo, sete gestores das Supervisões Técnicas de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste.

A opção por gestores deveu-se ao fato de se tratar de informantes chaves com experiência prática no problema pesquisado, qual sejam, reflexos dos processos de descentralização e regionalização na integralidade da atenção à saúde na região de saúde na qual desempenham função de gestão. Assim, foram convidados (critério de inclusão), gestores que haviam vivenciado os diferentes critérios de descentralização e regionalização praticados no planejamento e organização do sistema de saúde do município de São Paulo.

4.4 Coleta de dados

Foi feita por meio de entrevistas realizadas entre os meses de maio e junho de 2009, que foram gravadas e posteriormente transcritas.

Utilizou-se um roteiro semi estruturado (Anexo 1) com duas partes. A primeira continha dados para caracterizar o perfil dos gestores, área de formação e tempo de graduação, cursos de especialização, tempo de atuação e trabalhos em cargos de gerência e gestão. Na segunda parte buscou-se identificar, na percepção dos gestores, os processos de descentralização e regionalização, e os reflexos desses processos na integralidade da atenção à saúde. Compuseram essa parte das entrevistas, questões que abordavam: a) considerações, sobre critérios que

orientavam a definição dos recortes territoriais denominados Supervisão Técnica de Saúde e Coordenação Regional de Saúde (processo de regionalização); b) níveis de atenção que a Supervisão Técnica de Saúde tinha suficiência de recursos; c) de que forma e em que espaço era feita a Programação Pactuada e Integrada (PPI) para as demandas que excediam a capacidade instalada da Supervisão Técnica de Saúde; d) efetividade dos espaços de negociação e) existência ou não de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) e caso não existisse PDR nem PPI, o que consideravam necessário para que esses passassem a existir; f) forma como a rede de serviços e o sistema de referência e contra-referência encontrava-se estruturados na região; g) pontos críticos da estrutura atual, considerando a integralidade da atenção.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (parecer 164/09 – CEP/SMS CAAE: 0092.0.162.196-09) (Anexo 2) e foi realizada com autorização do Coordenador Regional de Saúde da Região Leste.

Antes da coleta dos dados, os gestores foram informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa, sobre a liberdade de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da entrevista sem quaisquer prejuízos. Foi assegurado o sigilo das informações colhidas e garantido a privacidade dos sujeitos. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma retida pelo sujeito da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador é que se processaram as entrevistas (Anexo 3).

4.5 Análise dos dados

O processo de análise das entrevistas foi realizado em várias etapas: a) transcrição das fitas com digitação dos textos; b) leitura integral e exaustiva das entrevistas na busca de apreender seu sentido global; c) ordenação das falas, que se referiu ao momento em que se procedeu à leitura com o objetivo de organizá-las segundo categorias; c) identificação dos núcleos de sentidos relacionados a cada uma das categorias. Buscou-se extrair as frases temáticas, não apenas “para a simples

freqüência de aparição dos elementos no texto, mas para as relações que os elementos do texto mantinham entre si” (Bardin, 2004 p.191).

Após essas etapas procedeu-se a análise temática de conteúdo que consistiu em evidenciar os núcleos de sentido relacionados às categorias descentralização, regionalização, mecanismos de integração e cooperação.

Com base no referencial teórico, a descentralização foi analisada segundo a capacidade (estrutura) da rede de serviços de saúde na atenção primária; regionalização foi analisada em relação à capacidade (estrutura) da rede de serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção; e os mecanismos de cooperação para a formação de redes de atenção (processos) em relação à Programação Pactuada e Integrada e ao Plano Diretor Regional, considerados instrumentos básicos para a integração dos serviços e formação de redes de atenção.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 4 apresenta o perfil profissional e a trajetória pública dos gestores entrevistados, que se vinculavam aos sistemas locais de saúde (SILOS) da Coordenação Regional de Saúde Leste.

Quadro 6 - Perfil profissional e trajetória pública dos gestores entrevistados. São Paulo (SP), 2009

Perfil Profissional	Trajetória Pública
Médico há mais de 20 anos. Especialização em Saúde Pública, Administração Hospitalar e Epidemiologia.	- Coordenador de Saúde - Supervisor Técnico de Saúde - Chefe de Setor - Gerente de Unidade Básica de Saúde
Enfermeiro há 20 anos. Especialização em Saúde Pública e Gestão de Serviços de Saúde.	- Coordenador de Saúde - Supervisor Técnico de Saúde - Assessor de Setor - Assessor em área Técnica do Centro de Vigilância do Estado
Enfermeiro há mais de 25 anos. Especialização em Saúde Pública	- Coordenador de Saúde - Supervisor Técnico de Saúde - Supervisor Regional de Saúde
Cirurgião Dentista há quase 20 anos. Especialização em Saúde Pública	- Coordenador de Saúde - Supervisor Técnico de Saúde - Gerente de Unidade Básica de Saúde
Cirurgião Dentista há mais de 20 anos. Especialização em Administração Hospitalar, Gerenciamento de Unidades de Saúde	- Coordenador de Saúde - Gerente de Unidade Básica de Saúde
Médico há mais de 25 anos. Especialista em ginecologia e obstetria.	- Supervisor Técnico de Saúde - Coordenador Regional de Saúde - Assessor de Diretor de Distrito - Coordenador de Área Temática da Saúde da Mulher - Assessor de Administração Regional - Diretor de Distrito
Assistente Social há mais de 25 anos. Especialização em Saúde Pública, Gerenciamento de Unidades de Saúde e Gestão Estratégica.	- Supervisor Técnico de Saúde - Gerente de Unidade Básica de Saúde - Assessor Técnica de Coordenação Regional de Saúde - Coordenador de Planejamento em Regional de Saúde

Vale destacar que todos tinham vínculo no serviço público do município de São Paulo há mais de 10 anos e haviam vivenciado direta ou indiretamente, no papel de gestores de diferentes órgão ou repartições públicas, diversos processos de descentralização e regionalização do sistema de saúde do município.

A seguir, com base no referencial teórico e com vistas a responder ao objetivo deste estudo, qual seja, analisar a integração dos serviços de saúde para a formação

de redes de atenção, na perspectiva dos gestores de uma região de saúde do município de São Paulo, os resultados foram analisados e discutidos nos seguintes tópicos: Descentralização e a capacidade da rede de serviços de saúde na atenção primária; Regionalização e a capacidade da rede de serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção; Mecanismos de integração e cooperação.

5.1 Descentralização e a capacidade da rede de serviços da atenção primária

Apesar do conjunto de princípios e diretrizes que buscam nortear a configuração e concretização do SUS, uma das principais dificuldades, se não a principal, foi estimular os mais de 5.550 municípios, que compõem o território nacional, a aderirem ao SUS. A adesão lenta e gradativa se deveu a diferenças dos municípios em relação à capacidade técnica operacional instalada, tanto no sentido de estrutura física, quanto em tecnologias do conhecimento e aspectos econômicos, socioculturais e de perfis de morbi-mortalidade (Cordeiro, 2001).

O município de São Paulo esteve entre aqueles que não fizeram a adesão ao SUS tão logo ele foi proposto, e constituiu determinante dessa condição, a complexidade de sua estrutura, tanto em nível das demandas e necessidades, quanto da elaboração de documentos e da sistematização de processos para atender às exigências e as prerrogativas constitucionais que regem e orientam a adesão dos municípios ao SUS. Especificamente no caso de São Paulo, outro determinante importante referiu-se a interesses político-administrativos.

Assim, a depender dos interesses políticos, a descentralização do sistema de saúde no município baseou-se em critérios bastante diversos. Como historiado, na gestão compreendida entre 1989-1992 foram criados 32 Distritos de Saúde (DS) e 10 Administrações Regionais de Saúde (ARS); de 1993-1996 extinguiram-se os DS, descaracterizou-se o papel das ARS e criaram-se 14 módulos do Plano de Atenção à Saúde (PAS); de 1997-2000 manteve-se o modelo de descentralização do PAS; de 2001-2004 retomou-se a divisão dos DS que passaram de 32 para 31, denominados à época de Coordenações de Saúde, com cerca de 250.000 habitantes cada; a gestão

2005-2006 agrupou algumas Coordenações de Saúde que passaram de 31 para 25, tendo sido renomeadas de Supervisão Técnica de Saúde e criaram-se 5 Coordenadorias Regionais de Saúde (Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul), com um Coordenador de Saúde Regional. A definição da disposição geográfica das Coordenações Regionais de Saúde mantinha relação com os limites das 5 Autarquias Hospitalares. (São Paulo, 1995; 2001a, 2002a; 2002b; 2002c; 2005a; 2005b).

A NOB/96 determinou que ao aderir ao SUS, os municípios fossem habilitados à modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica. Isso implicou que os municípios assumissem a responsabilidade por organizar a rede de serviços da atenção básica e o serviço de vigilância sanitária e epidemiológica. Ao estruturar essa rede de serviços da atenção básica, presume-se que o município resolva em torno de 80% dos problemas de saúde de seu território (Brasil, 1996).

Na última configuração da descentralização do sistema de saúde no município de São Paulo, cada Supervisão Técnica de Saúde compôs um Sistema Local de Saúde (SILOS), responsável por assegurar atenção integral à população adscrita, seja por meio de sua capacidade instalada, seja pela pactuação com outros SILOS que compõem a região de saúde ou em outras no âmbito do município.

Documento norteador elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2005 estabeleceu compromissos das Unidades Básicas de Saúde com a população e definiu que a rede de serviços de saúde no nível primário deve configurar-se com base na seguinte proporção:

UBS [...] abrangerá aproximadamente 20.000 habitantes para uma Tabela de Lotação de Pessoal (TLP) mínima, considerando a realidade local (estrutura física, acesso, etc) (São Paulo, 2005b p. 10).

Para atender a população adscrita da Coordenação Regional de Saúde Leste do município de São Paulo, considerando o documento norteador da Secretaria Municipal de Saúde, a região deveria contar com 126 Unidades Básicas de Saúde, porém possui 112 unidades. Apesar dos números não serem tão díspares, na perspectiva dos gestores, o agravante é que grande parte das unidades existentes contam com recursos escassos, particularmente humanos:

Nem Primária. Na [área X], a unidade mais próxima é a do [Jardim Y] engloba cerca de 80.00 pessoas. Essas pessoas não têm acesso, então eu não posso dizer que tem garantia da Atenção Primária, por que não tem. Tem regiões que se a gente for ver mesmo tem um déficit de unidades importante, a gente tem acesso indireto, o cara vai atrás e consegue passar, mas a gente sabe que reservado para ele ali na unidade para cobertura não tem.

Atualmente estamos com insuficiência nos dois níveis, principalmente no primário. [...] um grande desfalque principalmente de profissional na atenção básica. No [território X] precisamos de 3 unidades básicas de saúde. Eu estou vivendo atualmente uma situação constrangedora [...] eu tive uma perda de 22 médicos na região e foram repostos apenas 2. Um deles já entrou de licença médica, ou seja, de 22 médicos de atenção básica a menos e eu não consegui repor nenhum.

Nem para o nível primário. Levando-se em conta que para cada 25.000 habitantes precisaria de uma unidade básica de saúde, essa [Supervisão X] tem em torno de 450.000 habitantes, precisaria ter entre 18 e 19 unidades, hoje nós temos 15, então faltam pelo menos 3 unidades básicas.

Eu estava levantando uma tabela de déficit de médicos, tem unidade que não tem clínico há 18 meses. É difícil você pensar em como organizar se você não tem atenção básica estruturada. Algumas pessoas precisam de transporte e o posto não tem nenhuma ambulância funcionando desde outubro de 2008.

Quando o município descentralizou sua gestão, as Coordenações de Saúde (31 SILOS) passaram a organizar seus territórios com base nas suas capacidades instaladas, que apresentavam diferenças estruturais importantes, pois algumas Coordenações de Saúde contavam com recursos para atender as necessidades e demandas da população adscrita nos três níveis de atenção, outras contavam apenas com estruturas nos níveis primário e secundário, enquanto outras apenas no nível primário. Apesar disso, constata-se pelas falas dos gestores que o processo de descentralização no SILOS estudado não avançou de modo a estruturar a rede de serviços no nível da atenção primária.

Sabe-se que uma rede básica de serviços resolutivos para problemas individuais e coletivos, epidemiologicamente identificados em cada região, efetivamente complementada pelas retaguardas hospitalares de nível secundário e terciário, racionaliza custos e se avança no sentido da integralidade da atenção, porém na prática não é o que se verifica:

Quando foram criados os Distritos Administrativos, se pensou que naquele território, a pessoa representando a Secretaria Municipal da Saúde que lá estivesse poderia intervir de uma maneira mais dinâmica, na atenção primária, na atenção secundária,

fazendo a interface da unidade de saúde, com um hospital, mas não é assim que funciona, nem quando o hospital é da prefeitura.

O fato de não se ter uma rede básica estruturada compromete os demais níveis de atenção do sistema de saúde. Os gestores entrevistados questionaram como manter um sistema hierarquizado e regionalizado se a atenção primária não possibilita acesso.

Ao explorar a unicidade do SUS, Meneses (1998) destacou a hegemonia e supremacia do nível hospitalar em relação aos demais níveis de atenção. Certamente, a porta de entrada do sistema de saúde passa a ser aquela que se encontra aberta para o usuário, em qualquer nível de atenção, que corrobora a constatação de superlotação dos serviços de urgência e emergência dos hospitais e prontos socorros (Cecílio 1997).

Tanaka e Rosenburg (1990) analisaram Análise de aspectos relacionados à utilização de uma unidade básica de saúde e um pronto atendimento pela população adscrita à área de abrangência constatou que os aspectos que influenciavam a escolha de um serviço em detrimento do outro se referiam ao processo de trabalho desburocratizado dos pronto-atendimentos, que exigia apenas registros sumários e controle simples das ações, permitindo acesso rápido da clientela ao médico e à medicação. Enquanto o processo de trabalho na unidade básica, por sua vez, exigia registro mais detalhado das ações de controle de saúde da clientela e maior dispêndio de tempo para a execução das atividades previstas, que envolvia processo educativo com vistas à mudança de comportamento. No que se refere a esses dois modelos de atenção, os autores destacaram que:

Para que a integração de serviços se constitua numa real estratégia para a implantação do Sistema Único de Saúde [...] será necessária a elaboração de uma nova programação que atenda às necessidades de saúde sentidas pela população e que, a partir desse princípio básico, seja capaz de propor e executar ações visando à integralidade da saúde do indivíduo (Tanaka; Rosenburg, 1990 p.67).

Assim, em um município como São Paulo, a descentralização do sistema de saúde é extremamente importante em razão de sua extensão e das diferenças regionais em relação ao perfil de demandas e necessidades (Prado, Fujimori, 2006). No entanto, constata-se que na prática esse processo apresenta muitas inconsistências. As justificativas que subsidiaram a descentralização do sistema de

saúde no município não são reconhecidas na prática, ou seja, instituiu-se uma divisão geográfica na dimensão legal, com distribuição dos equipamentos de saúde por níveis de atenção, que na realidade não se consolida de acordo com os critérios operacionais básicos estabelecidos na legislação do SUS.

O fortalecimento da atenção básica, com disposição de estrutura que tenha capacidade de prestar tais atendimentos e pessoal tecnicamente preparado para desempenhar seu papel da forma mais integral possível foi evidenciado por Saito (2004), que destacou também a importância de se direcionar somente os casos que demandam maior aporte tecnológico para os outros níveis de atenção.

Considera-se, com base na percepção dos gestores entrevistados neste estudo, que o processo de descentralização não possibilitou constituir SILOS com capacidade e estrutura de recursos humanos e de serviços que possibilitem assegurar o acesso da população adscrita à rede de serviços da atenção primária.

5.2 Regionalização e a capacidade da rede de serviços em todos os níveis de atenção

Processada a descentralização, a regionalização visa assegurar acesso ao conjunto de serviços dos demais níveis de atenção (Brasil, 2006b).

Embora este estudo esteja circunscrito à área de abrangência de uma região de saúde, esse território tem mais de 2 milhões e quinhentos mil habitantes. Além do total de habitantes, os indicadores sociais e de saúde mostram a complexidade da região que justificam a estruturação de sistemas regionais de saúde com capacidade e estrutura de serviços que assegurem acesso a todos os níveis de atenção.

Apesar das inconformidades verificadas nos processos de descentralização, a regionalização poderia minimizar tais inconformidades, com a possibilidade da estruturação de uma rede de serviços de saúde na região. Assim, analisou-se a estrutura dos serviços de saúde na perspectiva da formação de redes de serviços com capacidade para atender as demandas dos níveis secundário e terciário de atenção. Nessa dimensão os gestores sinalizaram dificuldades relacionadas à desproporção

entre a quantidade de serviços de saúde e o número de habitantes da região; insuficiência e desqualificação de recursos humanos e inconformidades nos sistemas de informação:

Considerando-se que um ambulatório de especialidade não tem todas as especialidades, e que deveríamos ter um ambulatório para cada 100 mil habitantes e que nós temos 1 ambulatório para 450 mil habitantes, não é suficiente. Temos ainda um hospital geral [...] que também não supre a demanda, em decorrência de ser referencia para 450 mil quando deveria ser apenas para 200 mil. Geral dentro desse território. Veja bem, no final temos todos os serviços dos diferentes níveis, porém insuficientes. Faltam recursos humanos, [...] faltam pessoas [...] com perfil e disponibilidade.

A gente entra na unidade, os gerentes falam [...] precisamos auxiliares de enfermagem, AGPP [agente de apoio]. Eu tenho 3 unidades críticas, vão para lá 30 especialistas e só tem um AGPP efetivo [e] eu preciso de pelo menos mais 9. A unidade [X] precisa de profissionais para o balcão, pessoas que no passado no Estado limpavam banheiro, limpava cozinha, estas pessoas estão tocando o balcão. Hoje em dia não é só o balcão que você tem que fazer, tem todos os outros programas que precisam de uma pessoa qualificada para poder fazer isso.

A informatização está muito arcaica. [...] os funcionários [...] e o usuário não acreditam. Para você ter uma idéia [...] os funcionários da recepção, tinha dias em que eles saíam chorando totalmente estressados porque o usuário tinha que ficar esperando 2 ou 3 horas para marcar a consulta, chegavam a ficar de 4 a 5 horas [...] esperando. A transição é muito dolorosa [...] o modelo é fantástico [...] eu acho que é um avanço, [...], mas as pessoas que ficam em instâncias maiores não têm sensibilidade para essas questões locais.

A hierarquização do sistema de saúde por níveis de densidade tecnológica pressupõe o acesso da população à rede de serviços em todos os níveis do sistema. O acesso assegurado a partir do nível primário de atenção deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Para resolução daquelas necessidades de saúde que se sobrepõem aos recursos disponíveis nesse nível, fluxos de referência para os serviços de maior aporte tecnológico devem estar estabelecidos (Maeda, 2002; Brasil, 2007).

Assim, a configuração de redes regionais funcionais está relacionada à integração dos serviços dos níveis de atenção à saúde com vistas a oferecer acesso a todas as modalidades de assistência, porém não é o que acontece:

Aqui na região a gente daria conta, com o número de leitos e capacidade instalada, de absorver a população. O que precisa é estar operacionalizando os leitos porque [...] tem uma defasagem de profissionais na rede hospitalar e isso faz com que a

capacidade instalada não seja a capacidade operacional, então isso gera um déficit, aí você tem que recorrer a recursos externos por falta de RH ou por conta de reformas dos hospitais.

Tem uma demanda que precisamos atender Com os recursos que se tem no seu ambulatório de especialidades é suficiente? Não, não é. A maneira como foi montado o ambulatório de especialidades [...] realmente conseguia atender um território pequeno. A agenda foi aberta e, está aberta para atender a leste como um todo, mais de 2,5 milhões de pessoas. Todas as pessoas usam esse ambulatório, isso é um problema.

[...] a oferta de 10 vagas de reumato no mês para 2 milhões, hoje quem acaba nos socorrendo em muitas coisas é o, Varzea do Carmo, o Glicério que estão em outras regiões e a nossa população continua saindo da região para buscar coisas em outras regiões que a região pela riqueza e pela população deveria ter, temos alguns especialistas em alguns ambulatórios

Giovanella et al (2002) avaliaram dimensões da organização de sistemas de saúde municipais e reiteraram que para se avançar rumo à integralidade da atenção, são necessários *atributos do sistema de atenção que permitam garantir, de forma articulada, ações correspondentes aos três campos – promoção, prevenção e recuperação – e nos diversos níveis de complexidade, conforme as necessidades de indivíduos e coletividades* (p. 42).

Assim, redes de referências regionalizadas, hierarquizadas e estruturadas com vistas à integralidade pressupõem efetivo funcionamento frente às necessidades de saúde da população em cada região. A lógica de organização deve se basear e incorporar aspectos epidemiológicos, racionalidade e otimização no uso dos recursos, com vistas a ampliar as possibilidades de garantir a universalidade e a integralidade da atenção (Marques, Mendes, 2002; Barata et al, 2004).

Almeida et al (2010 p. 297) analisou o desenvolvimento de instrumentos de coordenação vinculados à integração entre níveis assistenciais em quatro grandes centros urbanos. Ao final do estudo concluíram que *a falta de integração entre diferentes prestadores, a insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar e a ausência de políticas para média complexidade foram apontadas como entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede.*

Duarte (1999) discute que houve uma redução na demanda por leitos hospitalares em razão de inovações tecnológicas; aumento da resolubilidade dos

serviços, principalmente em nível de ambulatorios; redução de permanência hospitalar; mudanças de paradigmas no atendimento de determinadas patologias como tuberculose e hanseníase; novos modelos de atenção em saúde mental e atendimento a idosos; existência de atenção domiciliar; proximidade de pólos de atendimento regional permite maior proximidade às demandas dos usuários. Entretanto, na perspectiva dos gestores, há demasiada valorização do modelo tecnoassistencial da especialização médica, tanto pela população quanto pelos próprios profissionais:

Se fôssemos contratar especialistas para atender a demanda reprimida que nós temos em São Paulo, nós não teríamos profissionais suficientes para isso, e aí iríamos acabar com todos os clínicos e generalistas, porque todo mundo quer ir a especialistas, isso a gente tem visto ao longo do tempo.

A tendência ao consumo exacerbado de especialidades médicas é uma realidade nos países ocidentais e decorre tanto das correntes teóricas que fundamentam esse movimento quanto do processo de comercialização da saúde. Durante décadas, em função de obter lucros, a população foi seduzida a consumir serviços médicos especializados sem critérios (Pagliosal, Da Ros, 2008).

No Brasil, mesmo depois da criação do SUS e da determinação da aplicação do princípio da equidade na indicação e na oferta de especializações médicas, essa tendência ainda se mantém. Tal realidade contribui para que ações de prevenção de doenças e promoção da saúde sejam desvalorizadas em detrimento de práticas focadas no consumo de especializações médica (Brasil, 1990c).

Nesse sentido Silva (2004b) destaca que:

[...] não é fácil conceber e implantar formas de abordagem integral da saúde em um sistema hegemônico de medicalização, especialização, fragmentação e centrado no hospital. Essa concepção passa pela revalorização da prática clínica e desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais Silva (2004 b p. 14).

Franco e Magalhães Jr (2004) referem que atualmente, parte significativa dos encaminhamentos, feitos por médicos da rede básica, não está subsidiada por critérios de hierarquização, ou seja, não se esgotam todos os recursos da atenção básica. Essa realidade gera um excesso de encaminhamentos para especialistas, como destacado por um dos gestores entrevistados:

Tem vários encaminhamentos errôneos, tecnicamente não justificados e mal encaminhados, o que aumenta a fila. Muitas coisas que os médicos deveriam aprender e ter conhecimento eles continuam encaminhando para especialistas, o que faz aumentar a fila.

Entretanto, a falta, a insuficiência e a desqualificação de recursos humanos foram sinalizadas:

A gente entra na unidade, os gerentes falam [...] precisamos auxiliares de enfermagem, AGPP [agente de apoio]. Eu tenho 3 unidades críticas, vão para lá 30 especialistas e só tem um AGPP efetivo [e] eu preciso de pelo menos mais 9.

No caso do município de São Paulo, em consequência da municipalização, e posterior habilitação do município à Gestão Plena do Sistema de Saúde, profissionais de várias categorias foram transferidos do Estado para o município, e com a insuficiência de recursos humanos, esses profissionais, mesmo sem qualificação para desempenhar determinados serviços, acabam em desvio de função:

A unidade [X] precisa de profissionais para o balcão, pessoas que no passado no Estado limpavam banheiro, limpava cozinha, estas pessoas estão tocando o balcão. Hoje em dia não é só o balcão que você tem que fazer, tem todos os outros programas que precisam de uma pessoa qualificada para poder fazer isso.

Ainda em relação a recursos humanos houve destaque de dificuldades nas áreas de abrangência das Organizações Sociais.

Hoje eu tenho funcionários do estado em unidade municipalizada ao lado do funcionário da prefeitura e ao lado do funcionário contratado pela OS, são três salários diferentes na mesma unidade para fazer a mesma função. Fica inadministrável porque [...] tem varias unidades com discriminação entre eles.

É muita informação e o que a gente percebe em área de Organização Social é uma rotatividade muito grande de funcionários. Eles são demitidos e não ficam então você não vence treinar. [...] e isso faz com que o sistema não ande.

A formação da rede depende muito de pessoas capacitadas, qualificadas [...] e comprometidas. Você precisa ter uma estrutura, um eixo, uma diretriz que garanta isso, então tem que ter pessoas do comando que garantam isso. Precisa estar investindo nessa educação permanente.

As várias reformas no sistema de saúde nas últimas décadas refletiram de modo direto na área de recursos humanos (Pierantoni, 2001). Passou a coexistir num mesmo cenário, diferentes modalidade de vinculação aos serviços públicos de saúde. Ou seja, funcionários ligados ao estado, ao município e as OS. Se por um lado essa

flexibilidade pôde ser interpretada como facilidade, por outro compromete de forma considerável a organicidade do sistema de saúde como evidenciam os gestores deste estudo.

Pierantoni (2001) destaca que embora as bases técnicas do trabalho em saúde independam da vinculação e se constituam iguais tanto no setor público quanto no setor privado, os objetivos entre as instituições são diferentes. No que tange ao desvio de função a autora, considera que:

[...] um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o trabalho a ser desenvolvido no setor (desempenhando funções auxiliares em diversos planos laborais) acentua as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado e da retribuição financeira (Pierantoni, 2001 p. 4).

Portanto, as dificuldades sinalizadas pelos gestores evidenciam problemas já identificados por Pierantoni (2001), que destaca a necessidade de uma política única de recursos humanos.

Ainda dentro dos aspectos relacionados à regionalização e a capacidade e estrutura da rede, os gestores destacaram problemas significativos em relação ao sistema de informação utilizado na região para o agendamento de consultas e procedimentos especializados:

Nós temos uma grade regionalizada dentro das coordenadorias, [com] vagas de outras Supervisões Técnicas. Então, é agenda regulada. Eu posso acessar as vagas de especialidades de [todas as Supervisões Técnicas de Saúde], assim como outros podem acessar as poucas vagas que eu tenho.

Hoje tudo está informatizado, você tem que trabalhar com sistema, só que nós estamos em relação ao tipo de equipamento, que nós trabalhamos, pelo menos 10 anos atrasados.

Não adianta você colocar 20 computadores e não dar manutenção. [...] aquele computador que você liga às 7h da manhã e desliga às 19h todos os dias, ele não tem essa vida útil. [...] não pode faltar papel, não pode faltar tinta [...] você não pode permitir que tenha tanta diversidade de equipamento.

Em cada serviço tem pelo menos 3 ou 4 tipos de impressora diferentes. [...] acabou o tonner da impressora [...] você tem dificuldade de comprar para essa diversidade de equipamento. [...] é muito primitivo, muito arcaico. Então se eu não garantir a infraestrutura eu não consigo implantar ou implementar uma atenção integral.

A informatização está muito arcaica. [...] os funcionários [...] e o usuário não acreditam. Para você ter uma idéia [...] os funcionários da recepção, tinha dias em que eles saíam chorando totalmente estressados porque o usuário tinha que ficar esperando 2 ou 3 horas para marcar a consulta, chegavam a ficar de 4 a 5 horas [...] esperando. A transição é muito dolorosa [...] o modelo é fantástico [...] eu acho que é um avanço, [...] mas as pessoas que ficam em instâncias maiores não tem sensibilidade para essas questões locais.

Os sistemas de informação em saúde, na área da saúde pública, foram configurados predominantemente para o registro de dados e informações relacionados a indicadores sanitários, epidemiológicos de morbidade e mortalidade, de produção de ações e serviços de saúde, etc. Experiências no campo do gerenciamento são mais recentes podendo ser sinalizados entre essas, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e mais atualmente as Centrais de Regulação.

As Centrais de Regulação estão diretamente relacionadas á regionalização, pois buscam subsidiar gestores no controle, distribuição e utilização dos recursos e serviços de saúde disponíveis em uma região de saúde. A estrutura do sistema de informação para a integração dos serviços de saúde deve possibilitar:

articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores regular as ações e serviços de saúde, tais como: fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores (Brasil, 2006c p. 10).

No conjunto de metas e estratégias evidenciadas no Pacto de Gestão (2006) as centrais de regulação contam com incentivos financeiros do governo federal para sua implementação.

Segundo bases operacionais evidenciadas nesse Pacto de Gestão, a operacionalização das centrais de regulação exige dos gestores definição prévia da estratégia de regulação, que envolve a abrangência da central em relação à região geográfica de cobertura, o escopo que prevê a definição de quais especialidades, procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à central de regulação. Nesse escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimentos da população própria e referenciada (Brasil, 2006c; Brasil, 2006f).

Estratégias para organizar as agendas de saúde e assegurar o acesso dos usuários ao conjunto de serviços já foram implantadas no município de São Paulo antes das centrais de regulação.

Em 2003 para integrar a rede de serviços de saúde o Estado criou centrais (Call Centers) que recebiam os recursos da rede e os distribuía às Coordenações de Saúde, suprimindo as demandas não atendidas pela rede de serviços locais. Os Call Centers foram substituídos pelas centrais de regulação que mantiveram o mesmo objetivo, compor um núcleo de condensação dos recursos e serviços de saúde e distribuí-los dentro de uma região de saúde, de modo a possibilitar o acesso de usuários ao conjunto de serviços em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (Saito, 2004).

Na atualidade, as Centrais de Regulação do município de São Paulo operam com base nas deliberações da Política de Regulação da Atenção à Saúde. O sistema é denominado Sistema Informatizado de Gestão de Agendas (SIGA) e comporta cadastro de usuários, cadastro municipal de estabelecimentos de saúde, agenda programada, agenda de marcação de consultas e agenda regulada (São Paulo, 2007b).

Carvalho e Eduardo (1998) afirmam que qualquer sistema de informação que tenha dentre seus objetivos oferecer subsídios para a gestão deve considerar a complexidade e a variabilidade das informações. Dessa forma, variáveis técnicas, de métodos, tecnologias e de equipamentos disponíveis devem ser consideradas na organização dos processos de trabalho e na configuração de sistemas de informação. O sistema de agendamento utilizado no município de São Paulo se enquadraria no que os autores definiram de sistema de informação transacional, utilizado com a finalidade de efetivar o controle gerencial. A atividade de agendamento é, portanto uma atividade semi estruturada que visa priorizar decisões relacionadas à configuração da rede de serviços, ampliação do acesso e racionalização dos recursos do setor saúde. Entretanto, verificam-se com base na percepção dos gestores, dificuldades operacionais básicas no atual sistema de regulação das agendas e dos recursos da região de saúde, que comprometem o fluxo e o acesso de usuários no sistema regional de saúde.

Centrais de Regulação, assim como a facilidade de acessar os recursos a partir de um sistema de informação são avanços importantes que certamente colaboram para a formação de redes de atenção e para a integralidade. Vale destacar que problemas operacionais básicos como falta de materiais e equipamentos, podem resultar em subutilização de recursos humanos e da estrutura de serviços de saúde tais como leitos, centros de apoio diagnóstico, etc.

Diante da relevância de se configurar sistemas de informação ágeis e funcionais para o setor saúde, com vista a integrar a rede de serviços, destaca-se a necessidade de arranjos tanto no sistema quanto nos processos a ele relacionados, tais como aquisição de linhas de equipamentos padronizados, o que facilitaria a reposição de materiais de consumo tais como papel, tinta, etc.

Verifica-se que o processo de regionalização no município ainda requer aperfeiçoamento da estrutura da rede de serviços com capacidade para atender demandas dos diferentes níveis de atenção. Das inconformidades evidenciadas pelos gestores, destacam-se inexistência propriamente dita da rede de serviços nos diferentes níveis; hegemonia do modelo assistencial focado em especialidades e procedimentos médicos; recursos humanos em número insuficiente e em desvio de função, situação que compromete a eficiência dos processos de trabalho em razão do despreparo desses profissionais para atividades que exigem qualificação específica; e dificuldades operacionais dos sistemas de informação.

5.3 Mecanismos de integração e cooperação

Ancorado no referencial da descentralização e regionalização é possível afirmar que os mecanismos de integração e cooperação entre os gestores são atributos essenciais para a formação de redes de atenção com vistas a assegurar a integralidade da atenção.

Pinheiro et al (2005) afirmam que a integralidade como princípio ético e doutrinário da política de saúde se operacionaliza a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos

organizativos em saúde: superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde nas relações entre os níveis de gestão do SUS.

Com base nessa afirmação, considera-se que a superação de obstáculos, tais como esses sinalizados neste estudo, assim como possíveis inovações para resolvê-los encontraria possibilidades no que se denominou neste estudo de mecanismos de integração e cooperação. Parte-se do pressuposto de que mecanismos formais de integração entre os gestores permitiriam ações de cooperação para a realização de um projeto coletivo com vistas à integralidade da atenção. Assim, recorre-se aos instrumentos da PPI, PDR e PDI para se evidenciar os processos relacionados à integração e cooperação com o objetivo de formar redes integradas de serviços de saúde com vistas à integralidade da atenção.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) são considerados instrumentos básicos do processo de regionalização. A aplicação desses instrumentos no planejamento das ações de saúde visa estimular a cooperação entre os gestores para a integração da rede de serviços. A formação de redes de atenção é, portanto, requisito básico para que a integralidade da atenção se efetive (Brasil, 1996).

A NOB/96 apresenta a PPI como importante instrumento de gestão na configuração de sistemas regionais de saúde (Brasil, 1996). Segundo disposições dessa NOB, o fortalecimento da gestão depende de processos de cooperação solidária. Os compromissos entre gestores devem ser firmados no sentido de contribuir para a constituição e fortalecimento da regionalização. Os recursos humanos, tecnológicos e financeiros devem ser utilizados na região de saúde com vistas a configurar sistemas regionais de saúde alinhados aos princípios da universalidade de acesso, equidade na alocação e disponibilização dos recursos e integralidade da atenção (Brasil, 2006b).

Quando questionados sobre a existência de colegiados de gestão para a Programação Pactuada e Integrada, a maioria dos gestores referiu que as pactuações são realizadas entre as Coordenações Regionais de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. Nesse momento, alguns sinalizaram a importância de passarem a compor efetivamente os espaços para negociação dos recursos. Outros referiram que as

pactuações são informais e ficam na dependência de pessoas específicas. Houve destaque para dificuldades nos territórios em que as OS fazem a gestão:

Tem um espaço na reunião com os supervisores na Coordenadoria em que se colocam os problemas e a Coordenadoria através de seus assessores na Secretaria tentam conseguir que a gente tenha uma pactuação regional.

Tem outra que é a pactuação com as outras Supervisões e com outras Coordenadorias, por exemplo, nem todas as unidades têm dentista então você tem que fazer uma pactuação dentro dessa Supervisão Técnica.

As necessidades são encaminhadas à Secretaria e lá se definem as prioridades de cada região.

Eu como gestor [...] tenho dificuldade de pactuar recursos com outras regiões. Por exemplo, diagnóstico por imagem, eu tenho em outras Supervisões Técnicas, recursos que estão muito mais próximos que os serviços que estão dentro desta Coordenadoria de Saúde, mas eu não posso negociar.

De 2008 para 2009 teve mudança de gestores locais e nós vemos que muitas pactuações ficam muito frouxas.

Em 2007 foi feito um convenio com a Organização Social [X] em que eles passariam a fazer a gerência das unidades e a contratação de RH. Além de contratar RH os gerentes passariam a se relacionar só com eles. [...] nos acabamos ficando num segundo plano. Houve muita discussão em cima disso, sobre qual seria o papel da Supervisão nessa nova divisão? Há um risco de acabar com as supervisões.

Verifica-se, portanto, inconsistência e fragilidade na PPI da Coordenadoria Regional de Saúde Leste. Os colegiados de gestores não oportunizam pactuações formais, o que segundo Souza (2002) resulta na configuração de sistemas de saúde isolados. Decorrem disso, a fragmentação da assistência, a perda de recursos da rede e o distanciamento da integralidade da atenção:

Do ponto de vista dos processos, verificam-se inconformidades significativas nos critérios de ampliação da rede de serviços e na alocação de serviços. Não se observam critérios de equidade nesses processos. O perfil econômico e o fluxo dos usuários não subsidiam a organização e configuração da rede:

Não adianta você falar, olha essas quatro unidades vão para esse hospital e essas outras duas unidades vão para aquele outro hospital, se não tem ônibus que vai para lá.

Enquanto uma supervisão tem 2 ou 3 hospitais a [Supervisão X] não tinha nenhum hospital. Será que realmente você precisa de um novo hospital na vila Matilde?

Vem de cima para baixo. [...] E aí a gente continua ouvindo o velho discurso de que vamos colocar mais no centro porque [...] é mais fácil para colocar as pessoas, então a cidade acaba num determinado limite e joga quem está na periferia para outra cidade, porque toda vez que você vai discutir, se discute e se fala, mais vai por lá em [X], mas vai por lá em [Y], como você quer que as pessoas andem menos se tudo é bom da Vila Matilde para frente?

Para conseguir construir um posto de saúde leva quase dez anos. É briga de no mínimo duas gestões. Eu tenho déficit aqui, consigo um terreno plano, mais de mil metros que é o mínimo que se pede (terreno da prefeitura) para construir um ambulatório de especialidade, [...] isso vai demorar pelo menos uns quatro ou cinco anos até você conseguir.

Cada Supervisão Técnica tem pouco e esse pouco não atende nem a demanda dele mesmo. Pior ele tem que dividir e perder esses recursos porque tem que colocar na agenda regulada e aí pessoas de outras coordenações vai pegar essas vagas e vão perder essas consultas porque não tem dinheiro, acompanhante ou não consegue chegar até esses lugares aonde marcaram as consultas e os exames.

Então eu tenho um profissional e ele está lá, mas eu tenho déficit daquela vaga porque metade dos pacientes agendados falta porque não tem condição de chegar.

Você vai mandar uma pessoa desta [supervisão] para Santo Amaro? Porque você sabe, se ela tiver um exame às 7 horas da manhã, que horas essa pessoa vai ter que sair daqui? Tem sempre que esgotar o recurso do território.

Nossa população continua saindo da região para buscar coisas em outras regiões. A região pela diversidade de problemas e pela população deveria ter alguns especialistas em alguns ambulatórios. [...] A prioridade é que você agendasse o paciente na sua região, não acontecendo isso eu ainda tenho um alto índice de absenteísmo.

Então o que nós vemos é que, mas de 20 a 30% dos casos eles voltam para nossas mãos e você tem que voltar a repactuar, acertar melhor o que você tinha conversado, então algumas coisas quebram nossa cabeça e a do usuário. [...] Então não tem muita segurança. Muitas pactuações feitas e quando mudava a pessoa responsável naquele setor, tudo mudava e aí você tinha que repactuar. Nós fazíamos essas pactuações dentro do próprio Distrito. O Distrito também pactuava com outros [Distritos], mas quando o profissional saía aquela não tinha mais aquela pactuação e você tinha que voltar para Coordenadoria.

A secretaria fez um pacto que essas vagas deveriam entrar no sistema de qualquer local da cidade na unidade de origem você acesse na frente do paciente e ofereça a vaga, isso é interessante só que a gente acha que precisa ter algumas correções.

A gestão inerente ao SUS embute funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. O fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa perspectiva, a Programação Pactuada Integrada-PPI deve ser uma prática entre colegiados de gestores, pois formaliza processos de integração da rede de serviços com vistas à integralidade da atenção. Com base nos diagnósticos e realidades evidenciadas nos processos de PPI, gestores passam a ter subsídio para o planejamento e investimentos na região de saúde (Brasil, 2006e).

Evidencia-se a necessidade de se efetivar espaços de negociação em que os gestores possam vocalizar as diferentes visões e experiências, no sentido de avançar em propostas que fundamentem o planejamento e a organização de um sistema de saúde integrado, configurado a partir de redes de atenção.

Gerschman (2001), ao analisar inovações gerenciais no processo de descentralização da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro, por meio de entrevistas realizadas com gestores municipais, constatou que apenas 69% tinham conhecimento da existência da PPI. Ao serem indagados sobre o funcionamento, verificou que 38% não sabiam como funcionava; 19% responderam que ainda não funcionava; 6% referiram que alguns serviços de alta complexidade ocorriam em outros municípios e apenas 6% informaram que a PPI acontecia através de reunião regular dos gestores.

A PPI deve orientar decisões do colegiado de gestores no sentido de reduzir as desigualdades no acesso às ações e serviços, de modo a configurar sistemas de saúde integrados. Essa prerrogativa está indicada na Constituição de 1988. O não cumprimento dessas orientações colabora para a fragmentação do sistema.

Em decorrência da desconsideração desse princípio básico, existem na atual configuração do sistema municipal de saúde de São Paulo, gestores do município, do Estado e da rede privada (OS) (Spedo, 2010). Essa situação faz com que os recursos se dispersem, pois cada gestor programa e disponibiliza as ações e serviços apenas com base na sua dimensão do sistema:

Com a divisão territorial por microrregião com gestão de uma Organização social nós estamos perdendo a autonomia.

Ambulatório X não está mais sob a gestão do município porque ele virou AME. Então ele voltou para o estado.

Com base no pressuposto de que quanto mais próximo o gestor estiver das realidades locais, maiores são as possibilidades de se estruturar um sistema de saúde alinhado ao princípio da integralidade da atenção, advoga-se a necessidade de se configurar subsistemas a partir da discussão intergestores, com vistas a operacionalizar o processo da descentralização do sistema de saúde. Para isso, enfatiza-se a necessidade do debate para se efetivar a integração da rede de serviços sob a lógica da regionalização e do comando único (Vieira-da-Silva et al, 2002; Barata, et al (2004).

Para Spedo et al (2009) esse é um dos grandes desafios a ser transposto para que se avance no processo de descentralização do sistema de saúde no município de São Paulo.

Verificou-se que os pressupostos da PPI não subsidiaram a tomada de decisões nessa região de saúde. As decisões são formuladas em níveis centrais, ficando os gestores dos SILOS à margem desse processo. Frente a isso, os gestores verbalizaram que a existência de colegiados de gestão certamente possibilitaria avanços na organização e integração dos serviços de saúde.

Se a secretaria colocasse todos os autores para discutir e não fosse segmentada a discussão. Se nós pudéssemos junto com a secretaria discutir com as pessoas que já trabalham aqui, deveria ser melhor.

Esta percepção reafirma deliberações do Pacto de Gestão de 2006 em que se defende a necessidade de novos arranjos para a configuração de redes de atenção com possibilidades concretas de se assegurar a integralidade da atenção:

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessária a pactuação, entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades (Brasil, 2006a, p. 20).

As formas ou os critérios de organização e gestão, assim como as diversas maneiras como se aplica a política de saúde, podem contribuir ou dificultar a

mobilização e aglutinação de atores e agentes que são considerados capazes de contribuir para a concretização do SUS (Feuerwerker, 2005).

Em ordem de prioridade, a PPI visa fortalecer a capacidade da atenção primária e parte da secundária:

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional (PDR) a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos (PDI), quando necessário (Brasil, 2006b p.12).

Considera-se que, o diagnóstico da capacidade e da estrutura da rede de serviços permita aos gestores avançar na proposição das necessidades e prioridades de investimentos (Mendes, 2004). A desarticulação entre os gestores, decorrentes da inexistência de processos formais de PPI compromete o PDR, que sem bases coerentes tende a se configurar a partir de percepções reduzidas. Dificuldades dessa ordem tendem a comprometer os recursos e postergar avanços na concretização de um sistema de saúde mais equânime e justo.

As bases operacionais do PDR destacam que esse plano deve expressar o processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas. Seus objetivos são garantia de acesso e integralidade da atenção à saúde, promoção da equidade, qualificação dos processos de descentralização e racionalização de gastos e otimização de recursos (Brasil, 2006 a).

Os gestores referiram haver um PDR, porém não participavam efetivamente na definição das prioridades de saúde da região:

Todos os anos nós fazemos o plano de saúde local e a Coordenação de Saúde junta todos os planos e monta um da Coordenadoria de Saúde. Mas as prioridades não são consideradas, às vezes o que é prioridade para mim não é para a Coordenação. Esse espaço é importante, mas sou eu que sei o quanto é difícil ter a população e não ter como atender é muito difícil.

É existe, mas ele ainda é muito tênue [...] Se a secretaria colocasse os autores todos para discutir e a discussão não fosse segmentada [...] nós já deveríamos ter avançado mais. Todas as Supervisões até sabem, olha eu preciso de mais um posto [...], você tem a TLP [recursos humanos] que precisava e aí você fica assim até desacreditado, porque para conseguir construir um posto de saúde no local que precisa você leva quase dez anos, é briga de no mínimo duas gestões.

Nós montamos o plano anual junto com as coordenadorias onde a gente coloca as necessidades do território [...] quem vai fazer essa negociação com a secretaria são os coordenadores.

Em relação ao PDR, houve destaque de aspectos relacionados à autonomia. Os gestores referiram a necessidade de que lhes fosse assegurada autonomia administrativa e financeira sem as quais não conseguem avançar na estruturação do sistema de saúde tanto em nível local quanto em nível regional:

Nós da supervisão não temos poder deliberativo, nós temos que nos reportar ao Coordenador. Vamos supor, uma reforma de unidade, eu tenho 3 prioridades aqui, as outras Supervisões tem mais outras prioridades [...] aí a Coordenadoria vai montar a prioridade do território todo. De repente a minha prioridade numero 1 não necessariamente vai ser a prioridade numero 1 da Coordenadoria.

Quando foram criados os Distritos Administrativos, se pensou que naquele território, a pessoa representando a Secretaria Municipal da Saúde que lá estivesse poderia intervir de uma maneira mais dinâmica, na atenção primária, na atenção secundária, fazendo a interface da unidade de saúde, com um hospital, mas não é assim que funciona, nem quando o hospital é da prefeitura.

Não precisaria ter outra instância para que a gente conseguisse que as pessoas acreditassem e ouvissem o que os técnicos estão colocando, porque quem conhece a realidade é quem trabalha aqui.

É fácil sentar numa mesa e desenhar referência, mas quando você vai, na prática existem barreiras geográficas, barreiras naturais [...] você vai, você explica isso, mas vem fechado, então é assim.

Quanto mais você centraliza, mais se distancia da ponta, eu acho mais difícil você entender a realidade.

Eles iriam colocar neurocirurgia enquanto as crianças ainda morrem de hérnia encarcerada. Então esse hospital discute os seus doentes na região, ou vem o pacote? Tem gente formada, tem gente que sabe, mas nós não temos credibilidade e a decisão continua vinda de cima para baixo.

As diretrizes operacionais sinalizadas no Pacto pela Vida e de Gestão chamam a atenção para a necessidade de se (re) significar o papel dos gestores que devem gerir com base em prioridades, metas e resultados. Para isso, a cooperação e integração se constituem práticas essenciais ao bom funcionamento do sistema de saúde que depende da interação do todo, com as partes e das partes com o todo. Ou seja, gestores circunscritos a regiões de saúde devem compor colegiados que tenham por objetivos diagnosticar, formular, planejar, instituir e monitorar programas e ações

de saúde de modo a concretizar os ideários do SUS. Instrumentos básicos como a PPI e o PDR se constituem facilitadores desses processos e devem envolver todos os níveis de governo do setor saúde (Brasil, 2009).

Ao avaliar sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção, Giovanella et al (2002) destacam que a assunção da responsabilidade de gerir a saúde de seus SILOS induz o gestor a implementar ações correspondentes, que incluem os diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e não apenas a atenção básica, assim como os aspectos relativos à prevenção individual e à promoção e proteção coletivas de cunho intersetorial. Para os autores, a integralidade da atenção no nível da gestão dos sistemas locais de saúde deve ser considerada em campos de intervenção diferentes: o campo político de definição de prioridades, a organização da rede de serviços, a gestão do sistema e o cuidado individual. Na dimensão da gestão, conclui que a integração dos serviços requer estreita coordenação entre indivíduos, departamentos e setores em uma perspectiva de complementaridade e envolve a articulação de tarefas assistenciais nos diversos campos (Giovanella et al, 2002).

Com base nessa constatação e nos resultados que se apresentaram, verifica-se que no município de São Paulo há inconformidades no campo político, na organização e na gestão do sistema regional de saúde (Alexandre, Salum, 1998). O conjunto de inconformidades compromete a descentralização e regionalização do sistema de saúde. Além de comprometer o processo de regionalização refletem negativamente na concretização da integralidade da atenção.

Spedo et al (2009) analisou o processo de regionalização no município de São Paulo e chegou a conclusão de que esse processo não se efetivou em decorrência de diversos fatores: a) caráter centralizador da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); b) mesmo com a Gestão Plena do Sistema de Saúde a SMS não assumiu de fato os ambulatorios de especialidades do Estado; e c) manutenção de estruturas político administrativas independentes para a gestão da atenção básica, e da assistência hospitalar.

Ferla, et al (2007) discute atendimento integral na dimensão da gestão estadual do SUS e tece considerações em relação a hegemonia de modelos de gestão

centralizadores incorporados no âmbito do SUS. Das reflexões apresentadas os autores destacam que a capacidade dos gestores do SUS em responder ao conjunto de desafios legais e teóricos, práticos operacionais está relacionada à criatividade, sensibilidade e compromisso político. A articulação entre gestores é um dos desafios do SUS, visto que o fortalecimento da função de direção e o amadurecimento das relações entre os gestores foi reconhecida como eixo central da reorganização do sistema de saúde.

No âmbito dos municípios, práticas centralizadoras como concentração de poder nos órgãos da administração e fazenda das prefeituras, tolhem a autonomia das Secretarias da Saúde, resultam em fraca autonomia das unidades de saúde e no processo de participação dos conselhos de saúde.

Para Barata et al (2004), entre as dificuldades operacionais da descentralização, regionalização e hierarquização dos sistemas de saúde, encontram-se dificuldades de articulação regional que geram desperdício de recursos públicos por ineficiência assistencial. Exemplo disso são os serviços como hospitais com baixa taxa de ocupação e equipamentos de apoio como ultra-som, trabalhando com ociosidade. Segundo os autores, a descentralização não tem conseguido, por si só, impor transformações e modificações significativas no modelo assistencial adotado nas regiões. Os conflitos entre gestores muitas vezes limitam-se às discussões sobre divisão de tetos financeiros do SUS. A imprecisão na definição dos papéis dos gestores e a ausência de um desenho de regionalização do sistema é um fator comprometedor da universalidade do acesso e da integralidade da atenção, assegurada a partir do acesso a uma rede de serviços de saúde hierarquizada.

Em vista das considerações de Barata et al (2004), constata-se que a gestão do sistema de saúde do município de São Paulo é centralizada. As Supervisões Técnicas de Saúde são apenas locais nos quais se identificam problemas administrativos e de gerência, para na sequência encaminhá-los aos níveis de Coordenação Regional de Saúde e de Secretaria Municipal de Saúde. No atual contexto, as Supervisões Técnicas de Saúde não processam projetos nem decisões.

Dentro do conjunto de inconformidades relacionadas à configuração do PDR retoma-se a discussão das OS em relação aos papéis e responsabilidades dos

gestores. Essa estratégia de governo (parcerias e terceirização) é utilizada no Brasil para retirar das esferas de governo, o papel de prestador direto de serviços (Brasil, 1997).

Dentre as justificativas para a incorporação dessas entidades no setor público constam objetivos nos campos:

a) econômico: diminuir o “déficit” público, ampliar a poupança pública e a capacidade financeira do Estado para concentrar recursos em áreas em que é indispensável a sua intervenção direta.

b) social: aumentar a eficiência dos serviços sociais oferecidos ou financiados pelo Estado, atendendo melhor o cidadão a um custo menor, zelando pela interiorização na prestação dos serviços e ampliação do seu acesso aos mais carentes.

c) político: ampliar a participação da cidadania na gestão da coisa pública; estimular a ação social comunitária; desenvolver esforços para a coordenação efetiva das pessoas políticas no implemento de serviços sociais de forma associada.

d) gerencial: aumentar a eficácia e efetividade do núcleo estratégico do Estado, que edita leis, recolhe tributos e define as políticas públicas; permitir a adequação de procedimentos e controles formais e substituí-los, gradualmente, porém de forma sistemática, por mecanismos de controle de resultados. (Brasil, 2006d p. 4).

No sistema de saúde do município, essa estratégia tem sido adotada já há algumas décadas, constituindo alternativa nesses diferentes contextos (Spedo, et al, 2009). Entretanto, a abrangência de atuação das OS modificou-se no decorrer das gestões. Em algumas se terceirizaram serviços específicos como as unidades de saúde da família. Em outras mais atuais, regiões inteiras foram terceirizadas. Em decorrência dos novos critérios de divisão regional sob gerência de OS, os gestores afirmaram:

Agora eu não sei, porque parece que tudo vai ser administrado pela OS.

As OS estão chegando e nós não sabemos como vai ser agora.

O gerente não sabe para quem ele responde. Eles têm de responder para o parceiro [OS] então a gente tem muita dificuldade de relacionamento da unidade com os parceiros para discutir as coisas.

Na atualidade, as OS são reconhecidas e defendidas como possibilidades para agilizar processos e melhorar a gerência dos serviços de saúde. Entretanto, os gestores destacaram a importância de ajustes nos processos de implantação das OS na rede de serviços do município.

O número de estudos que avaliam a incorporação das OS no setor da saúde é reduzido. Das contribuições nesse campo, destaca-se o estudo de Cardoso (1999) que avaliou a gestão de uma OS no Hospital de Itapeverica. Esse autor destaca resultados positivos em vários setores do hospital e nos indicadores de produção e de consumo. Apesar disso, enfatiza a importância de se instituir avaliações periódicas da gestão das OS.

Numa mesma perspectiva, Tanaka e Melo (2002) analisaram as inovações no processo de gestão de um hospital estadual sob gestão de uma OS da região Leste do município de São Paulo. Ao final do estudo concluíram ter havido inovações gerenciais significativas em alguns setores e que essas inovações poderiam ser referências para outras esferas de gestão.

No atual contexto das políticas públicas de saúde, tanto em nível municipal quanto em nível estadual as Organizações Sociais se constituem um novo ator no núcleo de gestores do SUS. Frente a essa realidade, retoma-se a ênfase na necessidade de concretizar núcleos e colegiados de gestores com um único objetivo integrar os serviços de saúde para a formação de redes de atenção que efetivamente assegurem a integralidade da atenção. Nesse processo, cabe aos gestores a responsabilidade de movimentos nesse sentido.

O Plano Diretor de Investimento deve expressar os recursos de investimentos requeridos para atender as necessidades evidenciadas e pactuadas no PDR. Deve ainda, refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião, no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR (Brasil, 2006e).

A garantia do acesso em todos os níveis de atenção do sistema de saúde é um dos pontos básicos na configuração de um sistema de saúde que tenha por princípio a integralidade da atenção (Brasil, 2001b; Brasil, 2009).

Ao questionar os gestores sobre a existência do PDI, a maioria não respondeu. Dos que responderam, alguns associaram o PDI ao plano de investimento municipal para o período de 2009 a 2012 (período da atual gestão do município), porém referiram não ter participação nesse processo. Não houve relação com a existência de um plano regional de saúde:

Há um plano de investimento por região, saiu no diário oficial, uma proposta para o período de 2009 a 2012, mas nós não sabemos como foi feito.

Nesse ponto das entrevistas os gestores destacaram muitas dificuldades em decorrência de não possuírem autonomia financeira para gerir os SILOS:

Nós precisamos de autonomia para administrar os serviços e devíamos também ter recursos financeiros.

Quando entrei em 2005, a dotação orçamentária da saúde estava dentro da Subprefeitura. [...] De repente, a dotação orçamentária da saúde vai voltar para a Secretaria da Saúde e a Subprefeitura parou todos os processos de compra da saúde.

Nós estamos em territórios geralmente de riscos, tenho febre maculosa, dengue, leptospirose, eu tenho tudo, eu tenho barbeiro [...] então [...] como tentar resolver? Aí tiram o seu poder de compra [...]. Precisava comprar um ar condicionado para sala de pequenas cirurgias [...], mas isso não é prioridade, preciso comprar aparelho de pressão, o médico fica reclamando que precisa do ar condicionado para fazer a cirurgia, aparelho de pressão você sabe que quebra e você tem que ficar repondo. Como fazer essas prioridades de compras? Se no território pequeno já era difícil, você imagina quem está no gabinete, não conhecendo a necessidade no meu ponto. [...]. Tem que ter balança no consultório de pediatria, duas, porque ele atende crianças um pouco maior [...].

Os gestores afirmam não possuírem autonomia financeira para resolver problemas e atender necessidades de baixa complexidade tais como comprar aparelhos para aferição de pressão arterial. Destacam ainda, a especificidade de problemas e necessidades de saúde presentes em seus territórios.

Na ânsia de apontar possibilidades, falam que a gestão foi mais fácil no período em que as Subprefeituras tiveram autonomia financeira para gerir os SILOS em conjunto com os Supervisores Técnicos de Saúde, segundo eles se avançou na

concretização de um sistema de saúde alinhado ao perfil de demandas e necessidades da população. Além disso, houve integração dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção e do setor saúde com outros setores do serviço público, ou seja, se efetivou a intersetorialidade. Essa integração representou possibilidades de organizar SILOS sob o referencial de um conceito ampliado de saúde com vistas à integralidade da atenção. Nessa perspectiva, a manutenção do equilíbrio saúde doença depende de um conjunto amplo de ações e de recursos. Dessa forma, centralizar decisões do setor saúde em nível de Secretaria Municipal de Saúde e destituir a autonomia financeira e de planejamento das Subprefeituras representa para o município um retrocesso em razão de que essa instância está numa posição privilegiada em relação à definição de critérios e prioridades de ações e de investimentos.

Subsidia essa afirmação disposições da Lei municipal nº. 13.399 (2002) que criou as Subprefeituras, nas quais se destaca que essas instâncias devem atuar como indutoras do desenvolvimento local, implementar políticas públicas a partir das vocações regionais e dos interesses manifestos pela população, com vistas a ampliar a oferta, agilizar e melhorar a qualidade dos serviços locais (São Paulo, 2002a).

Grin (2006) analisa aspectos da gestão municipal do período de 2001 a 2004 e confirma que nesse período:

O orçamento de cada subprefeitura foi elaborado de acordo com a realidade regional (número de equipamentos públicos, demanda de serviços conforme o porte do território, etc..) e com base nos indicadores sociais existentes. Inseriu-se um “fator de ponderação” que reforçou a transparência na elaboração do orçamento e promoveu justiça social ao garantir maior equidade na alocação de recursos. A descentralização criou, ao utilizar esses mecanismos, um suporte para a legitimação do Estado não só porque o poder local tornou-se uma realidade cada vez mais próxima do cidadão, mas porque qualificou sua intervenção na solução dos problemas detectados no território. Havia, pois, uma lógica sistêmica que orientou o modelo da descentralização, combinando um método de coordenação que buscava atender o específico (o território) e o geral (o município (Grin, 2006, p.5).

Hartz e Contandriopoulos (2004), afirmam que mecanismos de gestão dos recursos coletivos, que respondam às necessidades de saúde individuais nos âmbitos local e regional são imprescindíveis para a concretização da integralidade da atenção. Pactuam desse mesmo pressuposto os gestores ao afirmar:

Eu do território, entendo que tem algumas particularidades. Precisa da bomba de infusão, precisa de cardioversor. Ai de repente, como a pessoa vai entender [...] bomba de infusão não é só para hospital? Então eu fico um pouco preocupada.

Quando criaram a Coordenadoria de Saúde [que hoje é Supervisão Técnica de Saúde], ela tinha uma autonomia inclusive orçamentária. Ela era completamente diferente. Então você conseguia deliberar outras coisas [...]. Hoje em dia você identifica e encaminha. Daí para frente, não é mais seu o poder de decisão. Não é do Supervisor, eu acho [que] a gestão é centralizada.

Dificuldades dessa ordem denotam contradições entre os princípios do SUS. A descentralização e regionalização que tem como pressuposto básico a aproximação dos recursos financeiros à necessidade das regiões de saúde.

De acordo com Barata et al (2004):

Os recursos financeiros do SUS serão sempre insuficientes diante das demandas de saúde. A racionalização no uso dos recursos do sistema também deve levar em conta a impossibilidade de o SUS realizar tudo para todos. **É necessário estabelecer prioridades.** Portanto, a conquista da universalidade, da integralidade e da equidade não depende apenas da descentralização e da municipalização, mas da integração de esforços que otimize e racionalize os recursos existentes, **construindo uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços** que atenda as questões de saúde, relevantes de um ponto de vista epidemiológico, em cada região (grifos do autor) (Barata et al, 2004 p. 10).

Destacam-se com base no papel proposto às Subprefeituras e das possibilidades atribuídas a descentralização e regionalização a importância da autonomia financeira sem a qual não há possibilidade de gestão. Pinto (2009) confirma que de 2005 a 2008 houve um processo de centralização da saúde, com descaracterização das estruturas locorregionais da Secretaria Municipal de Saúde (Subprefeituras), resultando num esvaziamento técnico e político dessas instâncias. Considerando a importância dos determinantes sociais na concretização da integralidade da atenção à saúde o autor destaca a necessidade de se resgatar o papel das Subprefeituras e dos gestores locais.

A falta de autonomia orçamentária e financeira dos gestores dos SILOS faz com que o município se distancie da concretização de um sistema de saúde ajustado aos diferentes perfis de necessidades que compõem o território municipal (Westphal, 2003).

Para Souza (2002) as disparidades inter e intra-regionais em relação à capacidade financeira deve ser considerada quando se propõe a descentralização do sistema e saúde. A descentralização se configura com base num círculo virtuoso, no qual políticas descentralizadoras geram uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde, o que resulta em benefícios. Políticas municipais voltadas para a descentralização dos recursos financeiros deveriam ser criadas no sentido de assegurar desenvolvimento descentralizado das regiões que compõem o município de modo a assegurar sustentabilidade e desenvolvimento local. Movimentos nesse sentido são imprescindíveis e urgentes, a infra-estrutura central do município de São Paulo, seja para os serviços de saúde (Figura 9), seja para outros setores não suporta mais a demanda de pessoas que recebe todos os dias.

Essa realidade tem comprometido a qualidade de vida e a saúde das pessoas que aqui vivem, em razão dos deslocamentos, da insuficiência de recursos de transporte como falam os gestores deste estudo.

Restringir os recursos, ou centralizá-los constrange e impõe limites à política de descentralização, com base na qual se busca construir o SUS. Para Arritech (2002), a capacidade de gestão é subproduto da expansão da capacidade financeira.

Finaliza-se a análise desses resultados com falas expressivas dos gestores nas quais referem:

A integralidade requer que se discutam as Políticas Públicas de Saúde, [...] no contexto de se ter serviços de saúde com resolubilidade.

Com relação [...] a integralidade dos serviços, em nível primário, secundário e terciário [...] acho que a saúde não é apenas isso. [...] exige discussão política das ações tais como: habitação e das demandas até mesmo de segurança.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São Paulo é o maior município da América Latina. Em razão dessa condição e da gama diversificada de problemas e necessidades sociais e de saúde que coexistem em seu território e da sua posição de referência para diversos municípios e Estados, seus gestores enfrentam um grande desafio quando se fala em organizar qualquer sistema.

No caso da saúde, diferentes processos de integração devem ser considerados na organização de um sistema de saúde que vise assegurar a integralidade da atenção. Esses processos são de grande complexidade, pois estão relacionados e dependem de mudanças na hegemonia do modelo tecnoassistencial centrado na doença, cujas práticas e ações se dão predominantemente em hospitais, com base no consumo exacerbado de especializações médicas e de um arsenal tecnológico de grande densidade.

As atuais inconformidades nos processos de integração dos serviços de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste comprometem a formação de redes de atenção e distancia a região de concretizar um sistema regional de saúde com vistas à integralidade da atenção.

Para os gestores entrevistados, a integralidade depende, portanto, da incorporação do sistema político, referendando conceito político de Pinheiro (2006) como evidenciado por Pinto (2009).

Na perspectiva dos gestores entrevistados o processo de descentralização nos SILOS (Supervisões Técnicas de Saúde) não tem possibilitado estruturar uma rede de serviços com capacidade para assegurar acesso da população adscrita aos serviços e ações do nível primário e secundário. Corrobora com essa situação, a desproporção do número de unidades de saúde com o número de habitantes.

De igual forma, verificou-se que o processo de regionalização não avançou na estruturação de uma rede de serviços com capacidade para atender as demandas da saúde nos diferentes níveis de atenção. Nesse contexto, foram destacadas insuficiência da rede de serviços nos níveis secundário, terciário e de recursos

humanos; despreparo dos profissionais para atividades que exigem qualificação específica; e dificuldades operacionais dos sistemas de informação.

Quanto aos mecanismos de integração e cooperação, constatou-se desarticulação entre os gestores, [inconformidades na Programação Pactuada e Integrada], que compromete a tomada de decisões e a definição e prioridades de investimento nessa região de saúde. Segundo os gestores, as decisões são formuladas em níveis centrais o que compromete a integração dos serviços e os processos de pactuação.

Não se assegura autonomia aos gestores e os critérios que definem alocação dos recursos são inconsistentes e não condizem com a realidade específica da região [Em relação ao Plano Diretor Regional]. No que se refere ao Plano Diretor de Investimentos (PDI) verifica-se que os gestores não relacionam o PDI ao PDR, porém sinalizam dificuldades operacionais importantes em decorrência da destituição da autonomia financeira das Subprefeituras e das Supervisões Técnicas de Saúde.

Outro aspecto que compromete a integralidade, na perspectiva dos gestores, relaciona-se à confusão das responsabilidades e dos papéis dos gestores no sistema regional de saúde, que opera na atualidade com diferentes comandos no governo (municipal, Estadual e das Organizações Sociais), situação que resulta em fragmentações dos recursos e distanciamento na atenção das necessidades de saúde da população.

Os gestores enfatizaram ainda a necessidade do efetivo interesse político em consolidar o sistema de saúde com base na descentralização e regionalização, conforme sinalizam suas diretrizes operacionais, ou seja, assegurar governança, capacitar para a gestão, assegurar funcionalidade de sistemas essenciais, como o de informação e garantir repasses financeiros que possibilitem aos gestores locais, o planejamento e a organização dos SILOS de acordo com os perfis e especificidades de cada região.

Assim, os resultados deste estudo evidenciam que em razão do efetivo interesse político em estruturar SILOS com autonomia, de forma a assegurar a sustentabilidade dos mesmos, algumas gestões municipais efetivamente avançaram

nesse sentido, porém outros declinaram desse interesse e quando isso aconteceu, resultou em perda da organicidade do sistema de saúde e se distanciou da formação de redes de atenção e da integralidade. Além disso, verificou-se que cada gestão municipal praticamente desmontou a estrutura do sistema de saúde da gestão anterior, o que representou perdas de recursos e prejuízos para a população por não lhes assegurarem acesso às ações e serviços dos quais necessitavam.

Conclui-se, portanto, a partir das percepções dos gestores, que a descentralização e regionalização não têm possibilitado processos de integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção para a formação de redes assistenciais. Embora os gestores tenham clareza dos problemas, posicionam-se como reféns de uma estrutura centralizada. As limitações com as quais convivem, sejam as de ordem operacional ou financeira e as constantes mudanças nos critérios de organização do sistema local e municipal têm comprometido a estruturação de redes de atenção e a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

Almeida P F, Giovanella L, Mendonça M HM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010;26 (2):286-98.

Andrade LOM. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2ª Ed. rev. Ampl. São Paulo: Hucitec; 2007. p.103-18.

Alexandre LBSP, Salum MJL. A mudança, a resistência e a persistência dos técnicos do NEPI de um ex- distrito de saúde do município de São Paulo: Saúde Sociedade [relatório de pesquisa na Internet]. São Paulo 1998 Dezembro [citado 2009 Mar. 28]. 1998; 7(2):83-111. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901998000200007&script=sci_arttext

Alves Sobrinho EJM, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. *Estudos avançados USP*. 2003;17 n.48. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142003000200018&script=sci_arttext

Arretche M, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002;7(3):455-79. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232002000300006&script=sci_arttext

Assis E, Cruz VS, Trentin EF, Lucio HM, Meira A, Monteiro JCK, et al. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde Sociedade* [online]. 2009;18(1):17-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/03.pdf>

Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2004;13(1):15-24. Disponível em:http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 3ª ed. Portugal: Lisboa Edições 70; 2004. 229 p.

Barreto Junior IF, Silva ZP. Reforma do Sistema de Saúde e as Novas Atribuições do Gestor Estadual. *São Paulo Perspectiva*. 2004;18 n.3:47-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-88392004000300006&script=sci_arttext

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Senado. Lei N.º 8.080, de 19 de Setembro de 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 República Federativa do Brasil, Brasília; 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

Brasil. Senado. Lei nº. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais. Diário Oficial da União; 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Secretaria nacional de Assistência à Saúde. Brasília (DF); 1990c. Disponível em: <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 258, de 07 de Janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91 trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS; 1991. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 234, de 07 de Fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Brasília (DF), Ministério da Saúde; 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde, a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília (DF), Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=138827&indexSearch=ID>

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado /Secretaria da Reforma do Estado Organizações Sociais. / Secretaria da Reforma do Estado. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26/01/01: Aprova a NOASSUS/01/2001. Diário Oficial da União, Brasília; 2001a. Disponível em:
http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2001.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde; 2001b. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.399. Habilita o Município de São Paulo conforme o Anexo desta Portaria, na Gestão Plena do Sistema Municipal. Diário Oficial da União; 2003. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6354>

Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3). Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília; 2006b. Disponível em:
<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília: Ministério da Saúde; 2006c. Disponível em:
http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/artigos%20regul%C3%A7%C3%A3o/manual_complexos_reguladores.pdf

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. As Organizações Sociais como Alternativas de gerencia para estabelecimentos públicos de Saúde. Nota técnica, Brasília (DF); 2006d. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2017-06.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006e

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília; 2006f. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_10.pdf

Bueno WS; Merhy EEl. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96; 1997. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>

Cardoso MRL. Avaliação do Modelo de Gestão “Organização Social Hospital de Itapequerica” São Paulo; 1999. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1999/car001.pdf>

Carvalho AO; Eduardo MBP. Sistemas de Informação em Saúde para Municípios, volume 6, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Série Saúde & Cidadania); 1998. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública 1997; 13(3): 469-478.

Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA.(Org.). Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO; 2006.

Cohn A, Elias PEM. O Plano de assistência à saúde do município de São Paulo: uma modalidade alternativa de gestão? São Paulo. Rev.de Administração, São Paulo. 1998;33 n.1:44-50. Disponível em: www.rausp.usp.br/download.asp?file=3301044.pdf

Cohn A, Elias PEM, organizadores. O Público e o Privado na Saúde: o PAS em São Paulo. São Paulo: Cortez Editora/Centro de Estudos de Cultura Contemporânea; 1999.

Cohn A, Elias PEM, Nascimento VB. PAS – Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo (gestão 1993 – 1996) Brasil, CEDEC Série didática, nº 2 Agosto 1999. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI2.pdf

Conill EM. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: Discutindo Avaliação a partir da Análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cadernos de Saúde Pública, 2002; 18: 191. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13805.pdf>

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciênc. saúde coletiva 2001; 6(2): 319-28. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200004&script=sci_arttext

Duarte IG. Leitos hospitalares – algumas considerações. Revista de Administração em Saúde-RAS .1999;2(5): 5-9. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS05.pdf>

Ferla AA, Ceccim RB, Pelegrini MLM. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro; 2007. v.1. p.63-90. Disponível em:

http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=14&tpl=section_tipo2_subsecoes&pag=2

Feuerwerker L. Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde: Nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface Botucatu, 2005;9 n. 18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000300003&script=sci_abstract&tlng=pt

Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec ; 2004 p.125-33. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/linha_de_cuidado_obrigatorio_1.pdf

Gerschman S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(2): 417-34. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000200011&script=sci_arttext

Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Giovanella L, Lobato LUC, de Carvalho A, Conill EM, de Curiha ME. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação. *rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2002; 26 n. 60: 37-61. Disponível em:

<http://repository.unm.edu/handle/1928/4090>

Grin EJ. Descentralização e Poder Local: A Experiência das Subprefeituras no Município de São Paulo. XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7 - 10 Nov. 2006. Disponível em:

<http://www.ijj.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20XI/documentos/grinedua.pdf>

Hartz ZMA.; Contradriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Públ.* 2004 Jan; 20 (supl. 2): 331-6. Disponível em:<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

Henrique FC, Marino MC. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009;14(1):1359-65 . Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009010900001&script=sci_arttext_pr

Junqueira V. Saúde na Cidade de São Paulo (1989 a 2000). 2ª Ed. São Paulo: Instituto Pólis/Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

Kayano J. Saúde: Controle Social e Política Pública / [Jorge Kayano, Ana Cláudia Chaves Teixeira, Luciana Tatagiba]. – São Paulo: Instituto Pólis; 2007, 120p. – (Série Observatório dos direitos do cidadão. Acompanhamento e Análise das Políticas Públicas da Cidade de São Paulo n.29) . Disponível em:http://www.polis.org.br/publicacoes_interno.asp?codigo=261

Keinert TMM. A Reforma Administrativa nos Anos 90: O Caso da Prefeitura Municipal de São Paulo. *RAE. Revista de Administração de Empresas*, 1993;33 n.4: 66-81. Disponível em:

<http://www16.fgv.br/rae/artigos/664.pdf>

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001;6 n.2: 269-91. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_arttext

Maeda ST. Gestão da Referência e Contra Referência na Atenção ao Ciclo Gravídico Puerperal: A realidade do Distrito de Saúde Butantã. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em:

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=332562&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=332562&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=332562&indexSearch=ID)

Marques RM, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. Cad. Saúde Pública. Cad. Saúde Pública 2002; 18(suppl): s163-s71. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700016

Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): Novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2003;8 n. 2. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>

Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. : 1ª ed. Rio de Janeiro; 2001, v.01, p.39-64.

Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo I, Salvador BA: Casa da Qualidade Editora; 2001a.

Mendes M. Governabilidade no Município de São Paulo. Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial. Associado à Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP). São Paulo SP; 2001b. Disponível em:

<http://pt.braudel.org.br/pesquisas/arquivos/2002/governabilidade-no-municipio-de-sao-paulo.php>

Mendes EV. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. Minas Gerais (BH) Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Sub-Secretaria de Políticas e Ações em Saúde, Superintendência de Atenção à Saúde, Assessoria de Normalização; 2007. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf

Mendes HWB, Almeida ES. Regionalização da Assistência à Saúde: Equidade e Integralidade na perspectiva de gestores. rev. O MUNDO DA SAÚDE: São Paulo, 2005; 29 n. 1: 26-34. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-in/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=400321&indexSearch=ID>

Meneses CS. A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas; 1998.

Mendes EV, Silva MVCP. Pacto de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Minas Gerais (BH): Secretaria de Estado de Saúde; 2004. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf

Oliveira EXG. A Multiplicidade do Único Território do SUS. [Tese] Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2005. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/evangelinap1_2005.pdf

Pagliosol FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, 2008;32 n. 4. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400012&script=sci_abstract&tlng=e

Paim JS. Ações Integradas de Saúde (AIS): Por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública [online]. 1986; 2 n.2:167-83. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1986000200005&script=sci_abstract&tlng=pt

Patarra I. O Governo Luiza Erundina: Cronologia de quatro anos de Administração do PT na Cidade de São Paulo/ de 1989 a 1992. São Paulo: Geração Editorial; 1996.

Pessoa LR. Mergulho em Montes Claros: Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS. [tese] Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=499335&indexSearch=ID>

Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 200;6(2):341-60. Disponível em:
<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/artigo/26511630.pdf>

Pinheiro J. Controvérsia sobre o PAS. Lutas Sociais (PUC-SP). São Paulo. 1998; 4:165-69. Disponível em: http://www.pucsp.br/neils/downloads/v4_artigo_jair.pdf

Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade In: Pinheiro, R; Mattos, RA. (Org.) Os Sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. 6 ed. Rio de Janeiro IMS/UERJ. CEPESC. ABRASCO; 2006.

Pinheiro R, Machado FR, Guizardi FL. Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o Exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. (Org.) Construção Social da Demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe participação e espaços públicos. Rio de Janeiro UERJ/CEPESC. ABRASCO; 2005.

Pinto NRS. A (re) construção do SUS no Município de São Paulo (SP): uma avaliação sobre a incorporação da integralidade na política municipal de saúde. [tese] São Paulo. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20072009-160945/pt-br.php>

Pinto NRS, Tanaka OU, Spedo SM. Política de Saúde e Gestão no Processo de (re) construção do SUS em Município de Grande Porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2009;25 n.4: 927-38. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20072009-160945/pt-br.php>

Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. Rev. bras. enferm. [serial on the Internet]. 2006;59(1): 67-71. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000100013&script=sci_arttext

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano 2009. Ultrapassar barreiras: Mobilidade e desenvolvimento humanos. Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD); 2009. Disponível em:

http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Summary_rev.pdf

Saito RXS. Sistema Único de Saúde: da Teoria à prática da integralidade. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

Santos RF. A regionalização assistencial no aperfeiçoamento das ações integradas de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 1986; 2 n.3: 275-78. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1986000300001&script=sci_arttext

São Paulo (Município). Lei Orgânica do Município de São Paulo. art.212-218, 1990 cap.2: 65-7. Disponível em:

http://www.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/homepage/lom_05.pdf

São Paulo (Município). Lei nº11. 866. [1] de 13 de Setembro de 1995. Institui o Plano de Atendimento à Saúde – PAS. São Paulo; 1995. Disponível em:

http://www.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/vereadores/cpi-pas.pdf

São Paulo. Câmara Municipal de São Paulo. Revogação da Lei 11.866/95 que instituiu no Município de São Paulo o Plano de Atendimento à Saúde na cidade de

São Paulo. São Paulo; 2001a. Disponível em: http://www1.camara.sp.gov.br/central_de_arquivos/vereadores/cpi-pas.pdf

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Gerais para SMS – Documento 1. 6 – Distritalização. Diário Oficial do Município de São Paulo, SP, 25 jan 2001b(a). Seção Saúde, p. 11.

São Paulo (Município). Lei nº. 13.399. Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo; 2002a.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº. 13.271. Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial. Diário Oficial do Município; 2002b.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Comunicado SMS nº. 87. Adequação do sistema municipal de saúde às Subprefeituras. Diário Oficial do Município; 2002c.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Legislação Federal. Portaria GM nº 1.399, de 22 de julho de 2003 a. Município Habilitado em Gestão plena do sistema Municipal nos termos da NOAS 2002. São Paulo; 2003. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6354>

São Paulo (Município). Decreto nº. 45.037. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Diário Oficial do Município; 2004, 21 jul.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº. 46.209. Dispõe sobre a transferência das Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras para a Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de São Paulo; 2005a, 16 ago.

São Paulo (Município). Documento Norteador: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde); 2005b. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/DocumentoNorteador-Abril2005.php>

São Paulo (Município). Decreto nº. 47.107. Dispõe sobre a integração das Coordenadorias Regionais de Saúde com a rede hospitalar municipal, para gestão da rede de serviços de saúde. Diário Oficial do Município; 2006^a, 23 mar.

São Paulo (Município). Decreto nº. 47.453 (re) define os critérios de regionalização que passou a ser por microrregião de saúde sob gestão de uma OS; 2006b. Disponível em:

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.julho.06/iels130/M_DC-47453_100706.pdf

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Contrato de Gestão – nº 001/2007 P.A. nº 2006-0.231.816-1 São Paulo; 2007a. Disponível em:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/gestaopublica/organizacoes_sociais/sms/CG_01-2007_TA_02.pdf

São Paulo (Município). Portal Saúde: Manual SIGA. Secretaria Municipal de Gestão, São Paulo; 2007b. Disponível em:

<http://www.saudeprev.com.br/os/pdf/ManualSigav30Tabela.pdf>

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo, 3ª edição; jun 2008a. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/infsaude/INS_3edicao_Junho2008.pdf

São Paulo. Microrregiões /Territórios sob Contrato de Gestão com Organizações Sociais, São Paulo; 2010a. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/prestacaocontas/PrestacaoContasSMS2010_1trim.pdf

São Paulo (Município). Coordenação de epidemiologia e Informação. Boletim Ceinfo em Dados. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, ano IX, nº 09, junho; 2010b. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/BoletimCEInfoDados_2010b.pdf

São Paulo (Município). Nº de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde. Coordenação de epidemiologia e Informação. Boletim Ceinfo em Dados. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde; 2010c. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRSSTS.pdf>

Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do projeto: Agente Institucional ou Agente de Comunidade? [tese] Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Área de Concentração Administração Hospitalar; 2001. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=290868&indexSearch=ID>

Silva CC. Educação na Capital Paulista: Um Ensaio Avaliativo da Política Municipal (2001- 2002). São Paulo: Instituto Pólis; PUC-SP; 2004a. 76p. Disponível em: <http://www.biblioteca-acaoeducativa.org.br/dspace/bitstream/123456789/2313/1/avaliacaoeducacaomunicipal.pdf>

Silva VC. O Processo de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: Contribuição à Discussão da Integralidade na Atenção à Saúde. [Dissertação] Mestrado em Saúde Pública, área de Concentração Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2004b. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=392480&indexSearch=ID>

Silva LMV. Conceitos, Abordagens e estratégias para a avaliação em Saúde. In: Hartz ZMA; Silva LMV (Org.) Avaliação em Saúde: Dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001;6 n.2:451-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014

Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Ciênc. saúde coletiva .2002;7(3): 431-42. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232002000300004&script=sci_arttext

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009;25(8):1781-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800014&script=sci_abstract&tlng=pt

Spedo SM. Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP). [tese] São Paulo. Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009a. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20072009-161940/pt-br.php>

Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. rev. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.533-546, 2010.

Sposati A. A Gestão da Assistência Social na Cidade de São Paulo (2001-2004). RAP. Rev Bras Administr Públ 2005; 39: 505-573.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Tanaka OY, Rosenburg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, São Paulo, 1990;24n.1:60-8. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000100010

Tanaka OY, Melo C. Inovação e Gestão: A organização social no setor saúde. FAPESP. São Paulo: Ed. Annablume; 2002.

Viana ALA, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública 2002;18(suppl): s139-s51. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13800.pdf>

Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública .2007;23: 355-70. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/12.pdf>

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

Westphal MF. Subprefeituras da Cidade de São Paulo e Políticas Públicas Para a Qualidade de Vida. CEPEDOC – Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis. São Paulo; 2003. Disponível em:
<http://www.cidadessaudaveis.org.br/qualivida.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Roteiro de entrevista

Supervisão técnica: *Data:*...../...../.....

1) Perfil do supervisor:

1.1 Idade:

1.2 Sexo: () feminino () masculino

1.3 Área de formação na graduação:

1.4 Formação em Instituição de ensino: () Pública () Privada

1.5 Tempo de formado:.....

1.6 Cursos de Especialização, ano e Instituição de Ensino:

.....

.....

1.7 Tempo de trabalho na Supervisão Técnica na CRSL?

.....

.....

.....

1.8 Tipo de vínculo de trabalho na atual função de Supervisor técnico:

.....

.....

1.9 Outros trabalhos em cargos de supervisão gerencia e gestão, tempo de atuação em cada um deles:

.....

.....

.....

2) Caracterização da integração entre supervisores técnicos para a formação de redes de atenção:

2.1 As regiões de Saúde são recortes territoriais. No caso do Município de São Paulo e da Saúde (regionalização intramunicipal) que critérios orientam atualmente a definição desses recortes territoriais chamados de Supervisão Técnica;

- 2.2 Essa Supervisão Técnica possui suficiência para a atenção a que níveis de atenção?*
- 2.3 Pensando na integralidade da atenção, para as demandas que excedem a capacidade instalada dessa Supervisão de que forma e em que espaço político é feita a Programação Pactuação e a Integração (PPI) dos recursos de modo que o acesso dos usuários seja assegurado?*
- 2.4 Em sua opinião essa (s) forma (s) e esse (s) espaço político de negociação tem se mostrado efetivos e asseguram a integralidade da atenção?*
- 2.5 Você sabe se existe um Plano Diretor de Desenvolvimento para essa Supervisão Técnica (para a construção de novos equipamentos de saúde ou para a ampliação de serviços)?*
- 2.6 Caso não exista espaços para a PPI, nem um PDR, o que considera necessário para que esses passem a existir?*
- 2.6 De acordo com sua vivência e percepção e, com base em assegurar a integralidade da atenção, como está estruturada nessa região (Coordenação Leste de Saúde) a rede de serviços e o sistema de referencia e contra-referencia?*
- 2.7 Segundo a sua percepção quais são os nós-críticos na estrutura atual para obtenção da integralidade ou formação de redes.*

Anexo 2

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 07 de maio de 2009.
PARECER Nº 164/09 – CEP/SMS
CAAE: 0092.0.162.196-09

Para
Raquel Xavier de Souza Saito
Pesquisadora

I – Identificação

Título do projeto: Integralidade na perspectiva da integração dos serviços para a formação de redes de atenção

Pesquisador responsável: Raquel Xavier de Souza Saito

Instituição onde se realizará: Universidade De São Paulo - Escola De Enfermagem –Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva

II – Objetivos.

- **Objetivo Geral** – analisar a integração dos serviços de saúde para formação de redes de atenção na perspectiva dos gestores, gerentes e profissionais de um sistema local de saúde
- **Objetivos Específicos:**
 - analisar a distribuição dos serviços de saúde em relação à densidade demográfica da área de abrangência
 - Identificar e caracterizar os processos e mecanismos de integração e cooperação instituídos e praticados no nível da gestão.

III - Sumário do Projeto:

Estudar a integração dos serviços de saúde de um SILOS, na perspectiva dos coordenadores e gerentes das Supervisões Técnicas de Saúde, com foco na coordenação e cooperação entre os gestores para a efetivação da rede de atenção

Estudo exploratório com recorte transversal, abordagem quantitativa e qualitativa que se configura na modalidade de estudo de caso.

De acordo com Gil (2007), as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral do problema, característica que possibilita atender aos objetivos deste estudo. A escolha da modalidade estudo de caso se justifica, uma vez que se pretende analisar de forma profunda e exaustiva a integração dos serviços de saúde, objeto deste estudo.

A pesquisa exploratória permitirá conhecer a diversidade de processos e mecanismos de integração e cooperação instituídos e praticados nos diferentes âmbitos e níveis de um sistema local de saúde na perspectiva da gestão e da gerência.

A opção pelas abordagens quantitativa e qualitativa tem por meta o alcance dos objetivos propostos, qual seja a análise da distribuição dos serviços de saúde que subsidiará o desenvolvimento das entrevistas (abordagem qualitativa).

O estudo será desenvolvido na Coordenadoria Leste de Saúde do município de São Paulo, que possui sete Supervisões Técnicas de Saúde (Cidade Tiradentes; Ermelino Matarazzo /São Miguel; Guaianases; Itaim Paulista; Itaquera; São Mateus)

O distrito leste do município possui a segunda maior densidade demográfica entre as cinco que compõem o município com 2.509.267 habitantes. O crescimento demográfico é elevado, com taxa de crescimento (1,9) duas vezes maior que a do município como um todo (0,8) (São Paulo 2008a). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,478, também bastante abaixo da média do município que está em 0,841 (São Paulo, 2002). A proporção de chefes de família com menos de três anos de estudo é de 23%;

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

CAAE: 0092.0.162.196-09

35% da população vive com renda familiar inferior a um salário mínimo mensal e 7% da população vive em favelas (São Paulo 2008a). O coeficiente de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) é de 12,9; a razão de mortalidade materna 52,2 por 100.000 nascidos vivos; e o coeficiente de mortalidade por homicídios, 25,9 por 100.000 habitantes (São Paulo, 2008a). Esse perfil mostra que grande parcela da população é carente e depende dos serviços públicos de saúde.

Na área de abrangência da Coordenação Leste de Saúde, a estrutura de equipamentos públicos é composta por 8 hospitais entre municipais, estaduais e conveniados ao SUS; 5 ambulatórios de especialidades; 1 pronto socorro-municipal; 3 unidades de pronto atendimento (São Paulo, 2007; 2008).

A região conta com 23 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Desse total, 19 encontram-se alocados em unidades básicas de saúde tradicional, 2 em unidades de saúde da família e apenas 2 têm prédios exclusivos.

Serão convidados a participar do estudo, os sete Supervisores Técnicos das sete Supervisões Técnicas de Saúde que compõem a Coordenadoria Leste de Saúde do município de São Paulo. Quanto aos gerentes, será feito sorteio de cinco gerentes por Supervisão Técnica. Esses gerentes devem estar subordinados hierarquicamente à Coordenação da Supervisão técnica, podendo representar uma UBS tradicional, uma unidade de Saúde da Família ou um ambulatório de especialidade.

Dessa forma o sorteio desses gerentes será feito em sete vezes, ou seja, cinco gerentes para cada supervisão, como critério de inclusão, esses gerentes devem estar nessa função há mais de um ano.

A opção pelos coordenadores e gerentes se justifica por se tratar de pessoas que têm experiência prática com o problema pesquisado, qual seja, a integração dos serviços de saúde em decorrência da responsabilidade que têm no cumprimento da diretriz da integralidade da atenção, no âmbito da gestão de um sistema local de saúde.

Os dados quantitativos, relacionados à distribuição dos serviços de saúde disponíveis na Coordenadoria Leste de Saúde e a densidade demográfica da região serão obtidos do site da prefeitura www.prefeitura.sp.gov.br.

Os dados qualitativos serão obtidos por meio de entrevista semi-estruturada. Procurar-se-á identificar a existência de mecanismos formais e estratégias que visam a integração dos serviços disponíveis entre as seis Supervisões Técnicas de Saúde que compõem a Coordenadoria de Saúde da Região Leste. Prevêem-se como questões norteadoras:

- De acordo com sua vivência e percepção e, com base em assegurar a integralidade da atenção, como está estruturada nessa região (Coordenação Leste de Saúde) a rede de serviços e o sistema de referência e contra-referência?
- A integralidade é um princípio do SUS. Para concretizar esse princípio se prevê ações de pactuação entre módulos assistenciais (Essa Supervisão Técnica é um módulo assistencial) para que a população tenha assegurado o acesso aos diferentes níveis de atenção. Diante disso, quais são as estratégias e os mecanismos formais instituídos pela Coordenação e Supervisão Técnica para viabilizar e programar a pactuação dos recursos entre as diferentes Supervisões técnicas e assegurar com isso a atenção às diferentes necessidades dos usuários?
- Em sua opinião essas estratégias e mecanismos tem se mostrado efetivas e asseguraram a integralidade da atenção?
- Caso esses mecanismos e estratégias não existam, o que considera necessário para que esses passem a existir?
- Segundo a sua percepção quais são os nós-críticos na estrutura atual para obtenção da integralidade ou formação de redes

Análise dos dados

Análise quantitativa será utilizada para descrever a distribuição estrutural dos serviços disponíveis em cada supervisão técnica e na região de saúde estudada e sua relação com a densidade demográfica.

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

3

CAAE: 0092.0.162.196-09

Os dados relativos aos processos e mecanismos de integração e cooperação instituídos e praticados pelos gestores serão submetidos à análise qualitativa, utilizando-se a técnica de análise temática de conteúdo, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que possam estar relacionados com o objeto da pesquisa, conforme proposto por Bardin (1979). Para tanto as entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra.

As categorias que orientarão na análise deste estudo são: Infra-estrutura instalada, Acessibilidade, Acesso, Integralidade da atenção Cooperação e Coordenação.

Aspectos éticos

Todos os aspectos éticos serão considerados conforme determina a Resolução CONEP 196/96. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo (Anexo 1) e será solicitada autorização ao Coordenador de Saúde da Região Leste do Município de São Paulo para a realização do estudo na região (Anexo 2).

Antes da coleta dos dados, os sujeitos serão informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa, sobre a liberdade de se recusarem a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer prejuízos. Será garantido o sigilo das informações colhidas, garantindo a privacidade dos sujeitos. As entrevistas serão realizadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma retida pelo sujeito da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador (Anexo 3).

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

1. **Estrutura do protocolo:** adequada
2. **Análise de riscos e benefícios:** A pesquisa aparentemente não oferece riscos e reverterá num melhor conhecimento sobre a integração dos serviços de saúde na Coordenação de Saúde da Região Leste do Município de São Paulo.
3. **Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade e para a Secretaria Municipal de Saúde:** Encontra-se assinalado no corpo do projeto.
4. **Termo de consentimento e forma de obtê-lo:** adequado
5. **Informações quanto ao financiamento e cronograma:** adequadas

V - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Visto que o CEP teve alterações no seu endereço, solicitamos atenção para a necessidade de retificação do mesmo para: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da SM Saúde

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Raquel Xavier de Souza Saito, sou aluna da Universidade de São Paulo da Pós Graduação do Departamento de Saúde Coletiva, minha orientadora é Prof^ª Dr^ª Elizabeth Fujimori. Convidamos você a participar dessa pesquisa que tem por objetivo: ***Analisar a integração dos serviços de saúde para a formação de redes de atenção, na perspectiva dos gestores da Região Leste de São Paulo.*** As informações e os dados coletados serão tratados com base nos preceitos éticos e mantidos em sigilo. Saliento que participar dessa pesquisa não lhe trará nenhum prejuízo ou risco nem tampouco benefício. **Você poderá consentir em participar ou não.** Caso decida participar, **você poderá interromper a entrevista a qualquer momento.** Concluída a pesquisa, os resultados obtidos serão divulgados por meio de artigos científicos e na própria Tese (produto dessa pesquisa), esse material estará disponível para consulta no site da USP www.usp.gov.br a busca poderá ser realizada a partir do ultimo nome da autora seguida dos outros nomes (Saito, RXSS). Além disso, entregaremos uma cópia dessa tese concluída à Coordenação de Saúde da Região Leste e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde. Vale destacar que essa pesquisa foi registrada no SISNEP, e no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo, além desses foi apresentada ao Coordenador da região Leste para liberação da coleta desses dados. Em caso de dúvida você poderá acessar o Comitê de Ética em Pesquisa **pelo telefone: 3397-2464.** Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas com Raquel Xavier de Souza Saito, pesquisadora responsável, pelo telefone: 96112865-65250058-67481139 ou pelo e-mail: rafialho@hotmail.com
Tendo sido bem esclarecido, Eu,..... abaixo assinado concordo em participar dessa pesquisa.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

São Paulo, ____ de _____ de 2009.

Gostaria de agradecê-lo e assegurar que esse estudo tem por finalidade contribuir na melhoria do Sistema de Saúde Muito Obrigada!