



DOCUMENTO NORTEADOR DO SUS JANAÚBA –MG

O SUS de Janaúba: Descentralizar para conhecer, regionalizar para governar e ampliar a clínica para cuidar.

Este momento constitui para todos nós um marco na gestão do SUS Janaúba, pois é uma tomada de decisão na qual o sistema busca reduzir as iniquidades do acesso, dos territórios e aumentar a efetiva resolubilidade do cuidado.

A questão central para esta gestão se sustenta em uma trilogia, que para nós se torna basilar: descentralização, regionalização e ampliação da clínica.

A descentralização é fundamental na democratização do acesso aos serviços de saúde, é, sobretudo, a reaproximação verdadeira das demandas sociais da população. No campo das ciências sociais e da saúde a garantia do acesso se configura como uma premissa que deve ser cara para a gestão, os trabalhadores e os atores sociais.

A redistribuição de poderes por parte da gestão, o comprometimento das equipes de cuidado e fundamentalmente o processo de apropriação dos usuários dos equipamentos em seus “locus estratégicos”, este também chamado de área adscrita, tornam-se imperativos do processo de descentralização. O referencial da descentralização é uma tomada de decisão político-administrativa como forma de induzir para a repartição de responsabilidade de todos; gestão, trabalhadores e usuários do SUS.

A Regionalização é uma matriz que deve sustentar a descentralização. Através do rico escrutínio como um mosaico de informações epidemiológicas, ela nos possibilitará olhar para os recortes dos territórios sob ângulos ampliados para além das tradicionais áreas adscritas da estratégia da Saúde da Família- ESF. A regionalização não deve negar a historicidade e o acúmulo que a ESF nos apresenta, contudo, deve ampliar o olhar para a questão como demanda real, acessibilidade aos níveis de maior complexidade, em especial da média e, sobretudo, a otimização dos escassos recursos do SUS. A conformação de espaços regionais é uma forma de otimizar a nossa capacidade de oferta de serviços,



aproximar as equipes da ESF e os recursos da média complexidade, garantir uma governança dos meios de comunicação e logística e ampliar as escutas de trabalhadores e dos usuários do SUS.

Ampliar a clínica tem sido um dos maiores desafios do SUS, seja pela ausência de uma política diretiva, seja pelo desconhecimento e/ou descomprometimento dos cuidadores e, mais ainda, pela ausência de processos de trabalhos pautados na democratização do debate, solidariedade dos atores e pela perversa carteira de metas que na maioria das vezes não implica para os usuários SUS na resolução de suas demandas. Mas é inexoravelmente um conjunto de prioridades desfocadas da demanda social da população e a negação das iniquidades históricas que a nação tem com seu povo. Ainda convivemos com as portas dos hospitais e pronto socorros cheios de pacientes que procuram aliviar suas dores.

A otimização do processo de trabalho através da regionalização busca reduzir as mortes por doenças crônicas (Hipertensão, diabetes, etc) que poderá, através de uma rede articulada e horizontalizada gravitar o cuidado na atenção primária.

A redistribuição e a otimização dos recursos disponíveis na alta complexidade, centros de referência e a sistematização da eleição de medicamentos básicos são premissas que implicam muito mais em processos de gestão do que a ausência efetiva de recursos.

A perspectiva de que o SUS é um sistema de caráter constitucionalmente universal em um país de muitas iniquidades e sobremaneira de escassos recursos e investimentos, a regionalização na lógica de escala de escopo se apresenta minimamente como solução de gestão destas demandas. Então, estas questões são, para a gestão e seus trabalhadores, dilemas que poderão ser objeto de efetivo manejo de recursos, tecnologias e compromissos que se pautam na construção de novos processos de trabalho.

Não há recursos novos, não existe nenhuma tecnologia de alta densidade científica que dará conta de revolver nossos problemas e implicar na melhoria da vida das pessoas. A solução é tão simples que chega a ser vista como algo de extrema complexidade, pois a solução está na junção do que já temos e do que a nossa criatividade pode refazer.



As lideranças dos atores da gestão, construída pelo processo da escuta democrática e ampliação da articulação dos atores (trabalhadores e usuários) é fundamental para que possamos descentralizar para conhecer, regionalizar para governar e ampliar a clínica para cuidar. Assim, não estamos fazendo mais do que o necessário, mas estamos recriando, em nós mesmos, provocações sobre como temos feito e como, através de reflexões, podemos renovar nossas atitudes.

Não estamos dizendo que precisamos pegar tudo o que fizemos e agora colocar nas gavetas, ao contrário, este é o momento de uma conversão criadora que nos leve à transformação libertadora. Abrir mão de sistemas ultrapassados de controle na lógica centralizada e reconhecer que até aqui fizemos muito e de forma muito onerada é um passo importante de construir um novo roteiro para a gestão do SUS em Janaúba.

Mais uma vez, não estamos negando a nossa história e seus avanços, eles são importes e nos elevam a uma condição de acesso plural para as demandas sociais da saúde. Contudo, neste momento faz-se necessária uma nova convocação de esforços na construção de uma prática sustentada na descentralização do acesso, na governança solidária e no reconhecimento de que “se muito já foi feito, mas vale o que virá”.

Eis então o nosso chamamento para posição de postura frente a nós mesmos, a nossa missão de cuidar de pessoas e fundamentalmente reduzir as iniquidades no campo social da saúde pública de Janaúba.

Nenhuma gestão será eficiente e eficaz se não compreender a sua real missão e praticar seus valores frente não às nossas vontades, mas às demandas sociais que se colocam como tradução do trabalho em ato.

Janaúba-MG, 01 de maio de 2015.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALLEBRANDT, Sérgio Luís; HOFLE, Cláudio Edilberto; BASSO, Lauri.
Planejamento governamental. Ijuí: Editora UNIJUI, 2009.



BETTIOL, Líria Maria. **Saúde e participação popular em questão**. São Paulo: UNESP, 2006. 155p.

BRAGA, Douglas Gerson. **Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 193p.

BRASIL. **Lei n.8.080, de 19 set. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 30 mai. 2013.

BRASIL. **Lei n.8.142, de 28 dez. 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 30 mai. 2013.

DOMINGUEZ, Bruno *et al.* **A saúde no centro da agenda**. In: Somos todos Arouca: sanitária inspira balanço das conquistas e fortalecimento das lutas na saúde. Radis – Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 133, p. 11-19, out. 2013.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 270p.

GOHN, Maria da Glória. **Novas teorias dos movimentos sociais**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012. 168p.

LUZ, Madel Therezinha. **Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil: Textos reunidos**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/ABRASCO, 2007. 83-102p.

MORRIN, Edgar. **Para onde vai o mundo?** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 70p.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. **Construção social da demanda**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. 308p.

TORO, José Bernardo; WERNECK, Nisia Maria Duarte. Horizonte ético da mobilização social. In: TORO, José Bernardo; WERNECK, Nisia Maria Duarte. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007. Cap. 2.