

## TÍTULO

Regionalização em Saúde no Brasil

## RESUMO

A regionalização está prevista nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo ganhou destaque relativamente recente na política nacional de saúde. Foi reforçada somente a partir de 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, quando foi concebida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde. A edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, retoma a regionalização do ponto de vista dos acordos políticos entre os gestores na organização do sistema, e proporciona intensificação dessa pauta na agenda da gestão, ampliando o papel das CIR, fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização. Assim, este estudo teve como objetivo analisar o processo de regionalização em saúde no Brasil, os seus principais avanços e desafios. Trata-se de estudo misto, por meio da triangulação de métodos e técnicas. Na primeira etapa do estudo foi realizado um *survey* eletrônico com gestores de todas as regiões de saúde do país, com retorno de 372 questionários. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas com 40 gestores das regiões de saúde dos estados: Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Minas Gerais e Tocantins, considerados como aqueles com maiores avanços na organização regional estabelecidos no âmbito das instâncias gestoras do SUS. E na terceira etapa, realizou-se grupos focais com os gestores com assento em CIB e CIR, de todas as macrorregiões. Utilizou-se um roteiro semiestruturado para estimular os gestores a falarem livremente sobre o processo de regionalização, seus avanços e principais desafios. As entrevistas e os grupos focais foram analisadas com auxílio do *software Iramuteq*, que realizou Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Verificou-se que a regionalização vem ganhando força nos últimos anos em todos os estados, com definição mais clara da organização regional, sobretudo como resultados dos esforços

realizados pelas instancias da macro gestão da governança compartilhada do SUS. Todavia, ficou clara a ausência de uma política de investimentos mais abrangente, ou seja, que não é específica da saúde, mas se relaciona às características da política macroeconômica e suas repercussões para as políticas sociais. Nessa perspectiva, fica evidente a necessidade de fortalecer a construção de uma lógica de coordenação federativa cooperativa que se comprometa com o alcance dos objetivos da política de saúde de combate às desigualdades e promoção da cidadania nacional. Trata-se, pois, de construção de política que avance no planejamento nacional integrado, considerando-se os investimentos de diversos setores, e que reduzam o predomínio de políticas que priorizam o modelo de mercado. Ademais, observou-se que é preciso fortalecer o protagonismo dos estados para a consolidação das regiões de saúde, pois tem competências para organizar as regiões para além dos limites municipais, com possibilidade de contribuir de forma mais contundente para a redução das iniquidades geográficas. As Comissões Intergestoras Regionais ganharam forte institucionalidade e tem contribuído fortemente na organização do provimentos das ações e serviços nas regiões de saúde. Contudo, existe grande dificuldade, na maioria das regiões de saúde, de acesso aos serviços de media e alta complexidade. Nesse aspecto, é importante reiterar que a atenção hospitalar tem sido marginalizada no âmbito do SUS, o que tem causado para boa parte das regiões insuficiência estrutural e sistêmica. Além disso, reitera-se, que os governos estaduais devem liderar a organização regional e estadual da oferta especializada e hospitalar na perspectiva de construção sistêmica, que de ser coordenada pela APS pelos municípios em escala regional. Logo, cabe também aos estados à conglobação e a promoção da governança democrática dos processos de planejamento/programação, regulação e contratualização integradas de natureza regional. Em suma, os resultados da pesquisa apontam para um conjunto de avanços no processo de regionalização, mas também identifica uma série de desafios que precisam ser analisados, pois existe o risco de estruturação de formas de construir o processo de regionalização com nuances burocráticas e fragmentadas.

## INTRODUÇÃO

Diversos países têm adotado a regionalização como diretriz para organização do sistema de saúde que visa a garantia do acesso integral e equitativo a todos os cidadãos. A regionalização pode ser entendida como organização do sistema de serviços em uma base territorial, considerando-se acesso, financiamento, infraestrutura e logística, a partir de um processo de planejamento que articula níveis regionais e níveis de atenção à saúde<sup>1,2</sup>. Contudo, para além da dimensão organizativa, o conceito de regionalização envolve questões políticas e de distribuição de poder no território. Assim, configura-se como um processo político dependente das relações intergovernamentais<sup>3</sup> e entre Estado e sociedade civil<sup>4</sup>.

No Brasil, desde a criação do Sistema único de Saúde (SUS), está prevista a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde. Constituem-se, portanto, um dos pilares da atual fase de descentralização do SUS e um importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território brasileiro, por meio de planejamento e gestão territorial, de modo a organizar redes de atenção à saúde nos espaços regionais, promovendo, assim, maior integração entre serviços e melhor acesso da população.

As normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde tiveram grandes contribuições para o processo, dentre elas se destacaram: a Norma de Assistência à saúde (NOAS/SUS 01/01) que ampliou a responsabilidade da gestão municipal e introduziu a regionalização como uma estratégia para garantir a equidade nos serviços de saúde<sup>5</sup>. O Pacto Pela Saúde que enuncia a regionalização como estratégia da descentralização dentro do pacto de gestão definindo-a como um espaço geográfico constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde<sup>6</sup>. Posteriormente, o Decreto 7.508/2011 retoma a regionalização do ponto de vista dos acordos políticos entre os gestores dos três entes federados na organização do sistema e proporciona a intensificação dessa pauta na agenda da gestão, que amplia o papel das Comissões Intergestores, no nível regional (CIRS), e busca fortalecer

a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização<sup>7</sup>.

Alguns estudos têm demonstrado que houve alguns avanços no processo de regionalização, sobretudo devido modelo de governança estabelecido pelas CIRS que tem auxiliado a reunir os sujeitos responsáveis pela tomada de decisão nos territórios sanitários e pela negociação da alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de saúde de uso comum na região. Todavia, há que se avançar para que o sistema regional de saúde consiga suprir todas as necessidades de saúde visando à integralidade da atenção à saúde da população. Desta feita, é importante analisar se as mudanças legais e normativas mais recentes têm contribuído para a melhoria do acesso aos serviços de saúde nas regiões, particularmente a redução das iniquidades.

. Assim, este estudo teve como objetivo analisar o processo de regionalização em saúde no Brasil, os seus principais avanços e desafios.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo misto, por meio da triangulação de métodos e técnicas. Na primeira etapa do estudo foi realizado um *survey* eletrônico com gestores de todas as regiões de saúde do país, com retorno de 372 questionários.

Na segunda etapa do estudo foi realizado estudo qualitativo junto a regiões de saúde de cinco estados: Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná e Tocantins. A escolha destes estados, um de cada macrorregião do país, considerou o longo histórico de investimentos em processo de regionalização, bem como as peculiaridades da construção regional.

Foram selecionadas até dez regiões de cada estado, sendo os que possuíam o número de regiões igual ou menor que dez realizadas em sua totalidade. Para os estados com o número de regiões maior que dez, a seleção ocorreu por meio de amostra de conveniência a partir de extratos populacionais. As regiões foram ordenadas de acordo com o tamanho da população, de forma decrescente. Foram selecionadas a região de saúde mais populosa e conseqüentemente as localizadas no primeiro ao nono *decil* da

ordenação, com o objetivo de obter regiões de diferentes tamanhos populacionais.

Para cada região de saúde selecionada foi entrevistado um representante da respectiva Comissão Intergestores Regional (CIR) que se disponibilizou a participar da pesquisa. Ao todo, foram analisadas 40 entrevistas. Foram definidos como critérios de inclusão: Regiões de saúde criadas há mais de um ano; representantes que haviam participado de pelo menos três reuniões da CIR.

As entrevistas foram realizadas por um pesquisador com domínio no roteiro semiestruturado, composto de 7 grandes blocos, a saber: i) Organização e funcionamento da CIR; ii) Planejamento da região; iii) Organização do fluxo e regulação assistencial; iv) Financiamento dos serviços regionais; v) Comunicação da CIR; vi) Dimensão cultural e relações na região de saúde, e; vii) Governança da CIR. Ressalte-se que os entrevistados puderam falar livremente sobre esses tópicos. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 40 minutos e ocorreram no período de novembro de 2016 a outubro de 2017.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2. É um programa gratuito que se ancora no *software* R e que permite realizar análises estatísticas de corpus textuais, como a lexicografia básica que faz o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como Classificação Hierárquica Descendente (CHD)<sup>8</sup>.

Neste estudo foi realizada a CHD. Por meio dessa análise os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, de forma que são agrupados em classes que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulários diferentes dos segmentos de texto das outras classes. O *software* organiza a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes, executa testes, como o chi2 (X2 de associação da palavra com a classe) e fornece resultados que permite a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico e por suas variáveis<sup>8</sup>.

As classes geradas a partir da CHD representam o contexto de sentido das palavras e colocam em destaque mundos lexicais de palavras-pletas que

têm por referência um mesmo núcleo de sentido. Os eixos e as classes de palavras organizadas pelo dendograma requerem análise hermenêutica para se compreender o texto e o contexto de produção de significados<sup>8</sup>.

No total foram analisadas 40 entrevistas, com 4122 formas e média de 2624,88 ocorrências por texto. Segundo o Método de Reinert, a análise resultou em 3010 segmentos de textos, sendo classificados 94,78% desses, gerando o dendograma abaixo (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**). O dendograma representa a distribuição das cinco classes que emergiram das entrevistas. Localiza-se em uma mesma classe palavras com a mesma base lexical e com proximidade semântica, ou seja, que são co-ocorrentes<sup>8</sup>.

Outras análises realizadas neste estudo pelo *software* foram a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a Análise de similitude. A AFC representa em um plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD e permite identificar a disposição dos diferentes campos lexicais. A Análise de similitude possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, o que auxilia na identificação da estrutura do conteúdo de um *corpus* textual<sup>8</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 1.074.909) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este trabalho é parte integrante da pesquisa *Avaliação do Processo de Regionalização em Saúde no Brasil*, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e apoiada pelo Ministério da Saúde (Edital 41/2013: processo 405073/2015-5). Além disso, foi financiado pelo Decanato de Pós-Graduação e pela Finatec.

## RESULTADOS

Quanto à estruturação da Região de Saúde (Figura 1), identificamos que 40,4% foram criadas há dezesseis anos ou mais; 34,78% entre oito a quinze anos; e apenas 24,33% há menos de sete anos. Para 80,12% dos gestores, o principal fator que contribuiu na construção da Região de Saúde é a definição

de normas para organização do sistema de saúde; o segundo fator identificado foi o fluxo populacional (43,48%), seguido pela força de atração do município polo (31,68%).



Figura 1: Estruturação das Regiões de Saúde sob a perspectiva dos gestores, Brasil, 2019.

No dendograma que resultou das entrevistas pode ser observado dois grandes eixos temáticos: o primeiro denominado avanços e desafios do processo de regionalização, que congrega as classes quatro e cinco, que estão juntas, e a classe um que encontra-se isolada. O segundo eixo temático foi denominado a dinâmica da organização e funcionamento regional.

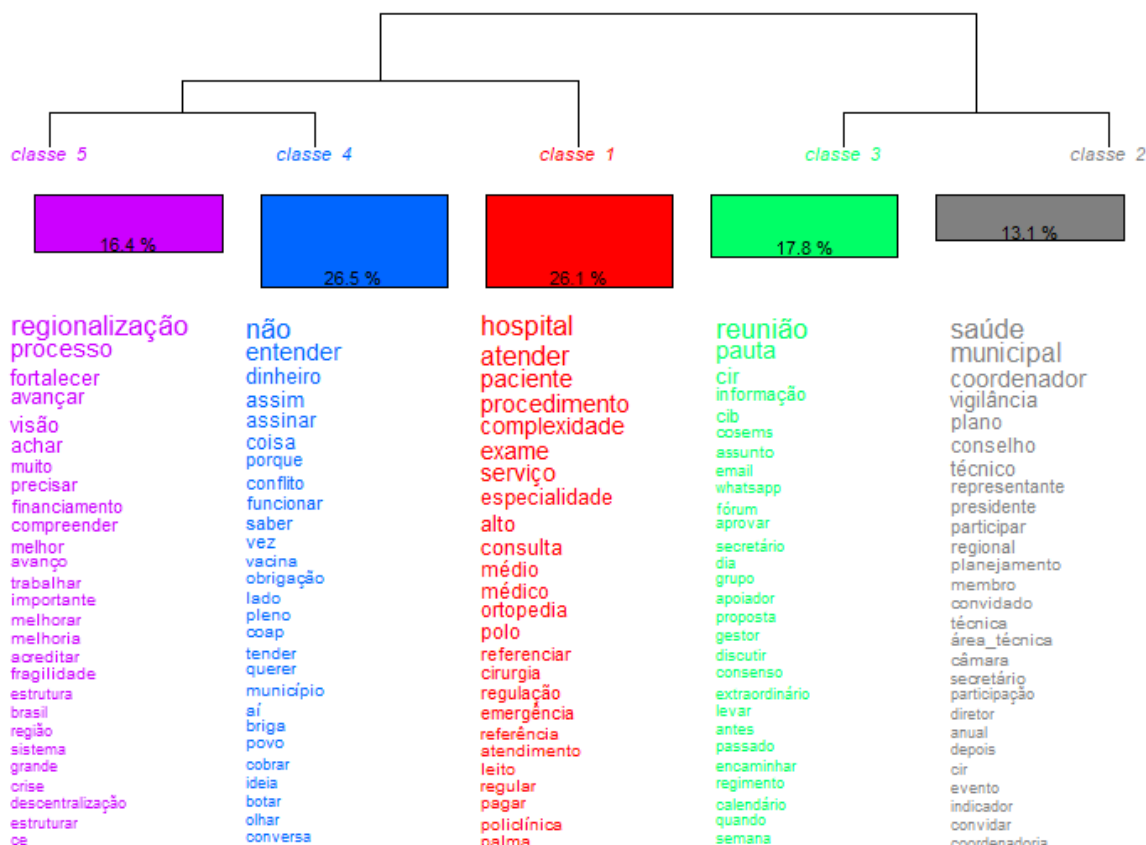


Figura 2: Dendrograma com as representações sobre o processo de regionalização em saúde no Brasil

Do primeiro eixo temático, que demonstra os avanços e desafios do processo de regionalização, temos a Classe 5, que possui 469 segmentos de texto (16,44%) e trata da confirmação pelos entrevistados da regionalização como um caminho para o SUS, que exibe diversas fragilidades, mas que tem apresentado avanços consideráveis, portanto, é preciso fortalecê-la. Dentre os inúmeros desafios, destacaram-se alguns mais importantes como a questão do financiamento, que é considerado insuficiente para prover as ações e serviços de saúde para as regiões. A necessidade de maior autonomia das regiões de saúde para as tomadas de decisões mais atinentes às suas necessidades. Isso exige capacidade de negociação entre municípios dentro e fora da região, para a distribuição mais equânime dos serviços de saúde.

Os segmentos típicos de texto abaixo exemplificam a classe 5:

“Acho que a gente teve um avanço muito grande dentro desse processo de regionalização, mas é preciso fortalecê-lo, cada vez mais. Os avanços são inúmeros, claro, mas a gente tem alguns desafios e algumas



fragilidades, como a questão da regulação e do acesso”.  
(Entrevistado 34)

“É preciso criar regiões de saúde que de fato sejam autônomas e que tenham condições de atender suas necessidades de saúde”. (Entrevistado 4)

Revelou-se, sobretudo, a necessidade de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, especialmente em áreas mais vulneráveis, pois ainda é uma barreira para os usuários do sistema. Nesse sentido, destacaram que é preciso melhorar tanto o acesso como a resolutividade da Atenção Básica, e o acesso aos serviços de média e alta especialidade, que é muito difícil em algumas regiões, quer seja pelas distâncias geográficas, de infraestrutura de serviços, econômicas ou político, sociais.

“Nós precisamos instituir um serviço organizado e ter essa descentralização, essa regionalização. Nós precisamos trabalhar o serviço dentro da própria região e existem municípios que têm condições de absorver alguns serviços que estão fora do fluxo”. (Entrevistado 2)

“A gente também precisa ampliar o financiamento que ainda é muito pouco. Outra fragilidade que também temos que fortalecer é a questão da resolutividade da Atenção Básica”. (Entrevistado 34)

Ainda em relação ao primeiro eixo temático, a Classe 4, que está junto com a classe 5, é composta por 755 segmentos de texto (26,46%), e trata das tensões e conflitos, especialmente entre estados e municípios para a provisão de serviços nas regiões de saúde. Novamente, foi colocada a necessidade de melhor compartilhamento dos recursos financeiros entre os entes federados para ações e serviços nas regiões. Revelou-se que existe expectativa de que o estado coordene o processo de regionalização, por meio de oferta de apoio, que muitas vezes não tem ocorrido a contento. Nesse sentido, foi colocado que os municípios têm assumido grande parte das responsabilidades financeiras nas ofertas de serviços. Como consequência dessa experiência, expressaram o receio de assinar o COAP.

“[...] os municípios têm que entender o seu papel e o estado fazer o apoio. Então aquele estado diz

simplesmente assim 'olha, vai funcionar isso lá', mas (ele) não dá condição". (Entrevistado 16)

"(Os municípios) assinaram o Pacto (pela Saúde) e pergunta 'vai ter dinheiro?'. Nunca! Agora o COAP é a mesma lógica. É só promessa. A responsabilidade é cada vez maior para nós". (Entrevistado 31)

E, finalmente, a Classe 1 do primeiro eixo temático, com 746 segmentos de texto (26,15%) retrata as representações acerca dos desafios para organização dos serviços de média e alta complexidade, bem como dos fluxos para prover o acesso a esses serviços nas regiões de saúde.

Diversas estratégias têm sido adotadas para prover as regiões, especialmente para garantir o acesso aos hospitais de médio e grande porte que realizem procedimentos complexos. Contudo, registra-se que tem sido grande a dificuldade para prover alguns serviços especializados, como Ortopedia, Oftalmologia, dentre outros. Arranjos diferenciados tem sido implementados para prover esses serviços nas regiões de saúde.

"Mas é assim, nós temos um consórcio que atende as especialidades e temos os hospitais de referência. Por exemplo, da gestante, nós temos os hospitais de alto risco e risco intermediário". (Entrevistado 15)

"Um hospital filantrópico que assume a questão da maternidade, hemodiálise, alta complexidade em cardiologia e alguns procedimentos cirúrgicos de média complexidade também. Os procedimentos de clínica médica também são comprados alguns leitos. A gente também tem alguns tipos de procedimentos e algumas cirurgias ortopédicas que nós não temos na região". (Entrevistado 19)

A organização dos fluxos assistenciais para garantir os mecanismos de referencia e contra referência configura-se, ainda, como outro grande problema nas regiões de saúde, devido a grandes distâncias entre os serviços em algumas regiões, o problema das fronteiras entre estados, e dos vazios assistenciais.

“Também existe um vazio assistencial muito grande dentro da própria macrorregião, então ainda se precisa garantir esses serviços para atender nossa população”.  
(Entrevistado 34)

Os sujeitos deste estudo trouxeram a importância do adequado funcionamento do sistema de regulação para garantir distribuição equânime dos serviços de saúde públicos de saúde nas regiões para que todos os cidadãos tenham acesso a serviços que necessitam, especialmente os de média e alta complexidade, que representa a maior dificuldade.

O segundo eixo temático que trata da dinâmica da organização e funcionamento da CIR, composta pela Classe 3, ligada à Classe 2, é constituída por 508 segmentos de texto (17,81%). Nesta classe demonstra-se o modus operandi das CIRS que possui regimento, um calendário regular para encontro dos diversos sujeitos envolvidos no processo de regionalização, no qual as pautas são compartilhadas por diversos meios de comunicação, a fim de possibilitar discussão e consensos possíveis sobre diversos temas.

Os trechos abaixo são segmentos típicos desta Classe:

“Antes, o modelo da CIR era muito informativo. Chegava à reunião, a GRS dava aula ou matéria e o gestor saía com as tarefinhas pra fazer em casa. Mudou bastante, tanto que a pauta é construída praticamente a pedido do gestor”. (Entrevistado 20) “Logo que a agenda da CIR sai no começo do ano, faltando pouco tempo para iniciar a reunião, é feita uma chamada para pautas e nós temos até 10 dias antes da reunião para solicitar as pautas, informações e orientações”. (Entrevistado 2)

A Classe 2, do segundo eixo temático é composta por 375 segmentos (13,14%), e deu-se o nome de “Participação na CIR”, que reitera a importância dos atores permanentes, usualmente os representantes da gestão estadual e municipal, para discutirem e pactuarem as questões relativas a organização das ações e serviços nas regiões de saúde.

Demonstra ser uma instância, que além de permitir o encontro entre os atores estratégicos envolvidos na gestão, possibilita planejar ações compartilhadas para as regiões de saúde.

“Os participantes, os membros, são os secretários de saúde, os coordenadores. Referências técnicas do estado também participam e os visitantes são convidados de acordo com o tema ou até mesmo se querem participar por conta própria da CIR”. (Entrevistado 21)

Contudo, os sujeitos deste estudo revelam que os usuários só têm participação por meio dos conselhos municipais de saúde nas questões relativas a planejamento das ações de saúde para as regiões.

“Os usuários estão voltados a participar mais das reuniões dos conselhos municipais da saúde, que é onde ele participa ativamente. Eles participam bem das reuniões do conselho. O planejamento é realizado por região, cada região faz o seu planejamento e depois consolida tudo”. (Entrevistado 1).

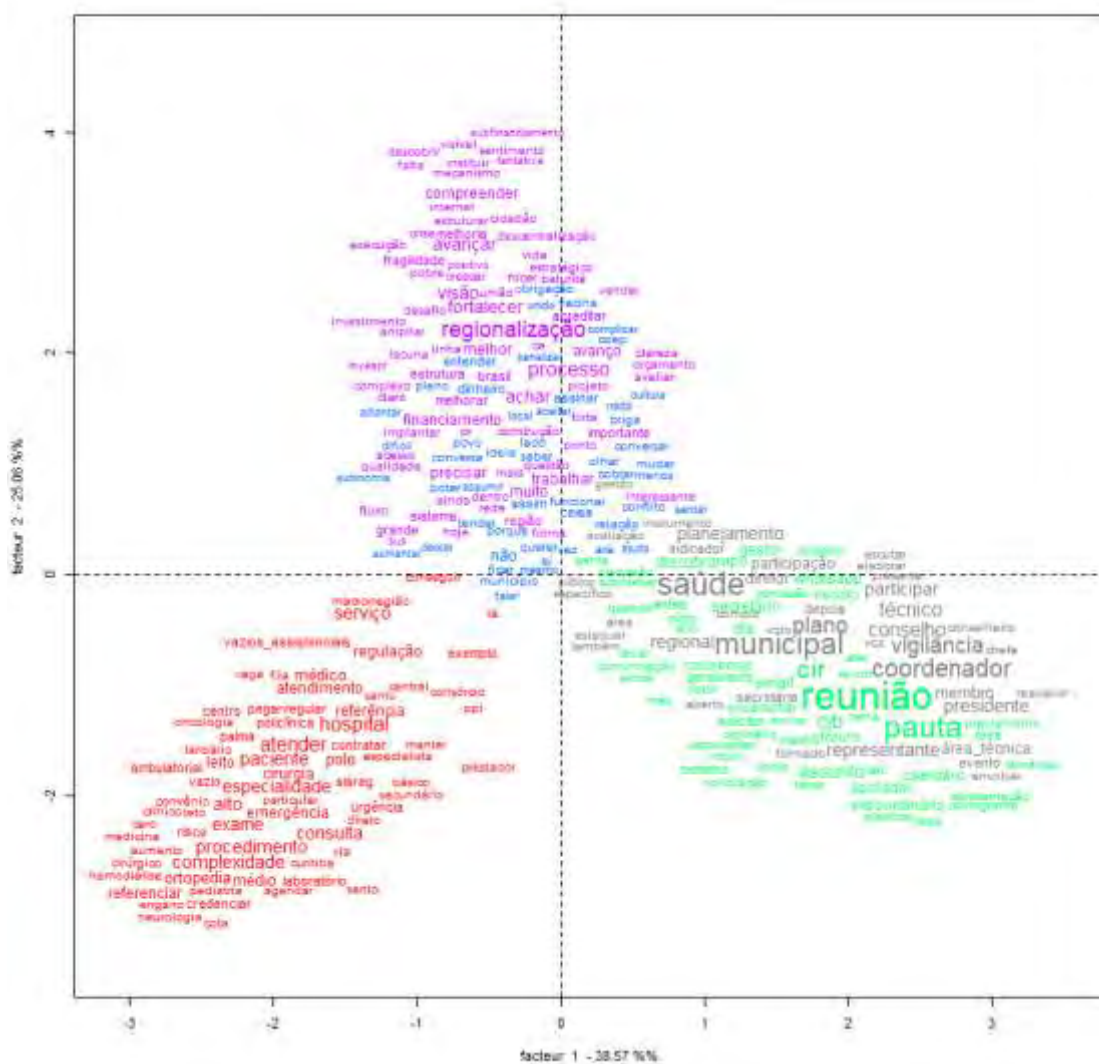


Figura 3: Plano fatorial das representações do processo de regionalização em saúde no Brasil

Da segunda etapa de análise, a Análise Fatorial (3) demonstra a oposição entre as classes. No quadrante inferior, à esquerda, temos os conteúdos da Classe 1 que retrata os esforços realizados para o provimento das ações e serviços nas regiões, especialmente os de média e de alta complexidade. No quadrante superior, mediano, encontramos os conteúdos das classes 4 e 5, que tratam da discussão das macro política de regionalização e os seus desafios. No quadrante inferior direito estão os conteúdos das classes 2 e 3, que tratam da dinâmica da organização e funcionamento da CIR.

Estes resultados evidenciam dois cenários: i) a regionalização como sendo algo muito mais burocrática do que territorial, e por isso apresenta uma distância entre a formulação da macro política de regionalização, e o provimento das ações e serviços, que ocorre com dificuldades de composição, sobretudo os de média e alta complexidade e; ii) E a Comissão Intergestores Regional, que está localizada do outro lado com processo de tomada de decisão de forma interna, com pouco ou nenhum envolvimento de atores externos a ela, como a sociedade civil organizada e até mesmo o próprio serviço de saúde.

A última análise gerada pelo Software Iramuteq foi análise de similitude (Figura 4). Esse tipo de análise é baseado na teoria dos grafos e permite visualizar a conexidade entre as palavras, que auxilia na identificação da estrutura do corpus textual analisado, distinguindo as partes compartilhadas e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) identificadas na análise. No gráfico é possível identificar três figuras que demonstram processos distintos e independentes. No centro do gráfico encontra-se a região de saúde com os seus esforços de articulação para prover as ações e serviços necessários para a população, mais especificamente para atender as demandas dos pacientes, sobretudo com maiores empenhos para conseguir médicos e hospitais. Nota-se, todavia, que pacientes, médicos, hospitais estão fora da região de saúde. Do outro lado da figura demonstram-se os colegiados de gestão: CIB, CIR e COSEMS com os seus processos de tomada de decisão e encaminhamento dos problemas. E, por fim, observa-se a figura da regional de saúde que desempenha papel técnico-organizativo da gestão das regiões de saúde, que envolve as instâncias estaduais e municipais. Além disso, ocupa-se do planejamento, da regulação do sistema e da rede de atenção à saúde.

O fato dos três processos acima mencionados ocorrerem de forma isolada sugere que a regionalização ainda possui um viés mais técnico-burocrático do que um viés territorial, de pertencimento. Em outras palavras, os distanciamentos entre os processos revelam que a regionalização requer maior articulação entre esses componentes de forma mais orgânica.

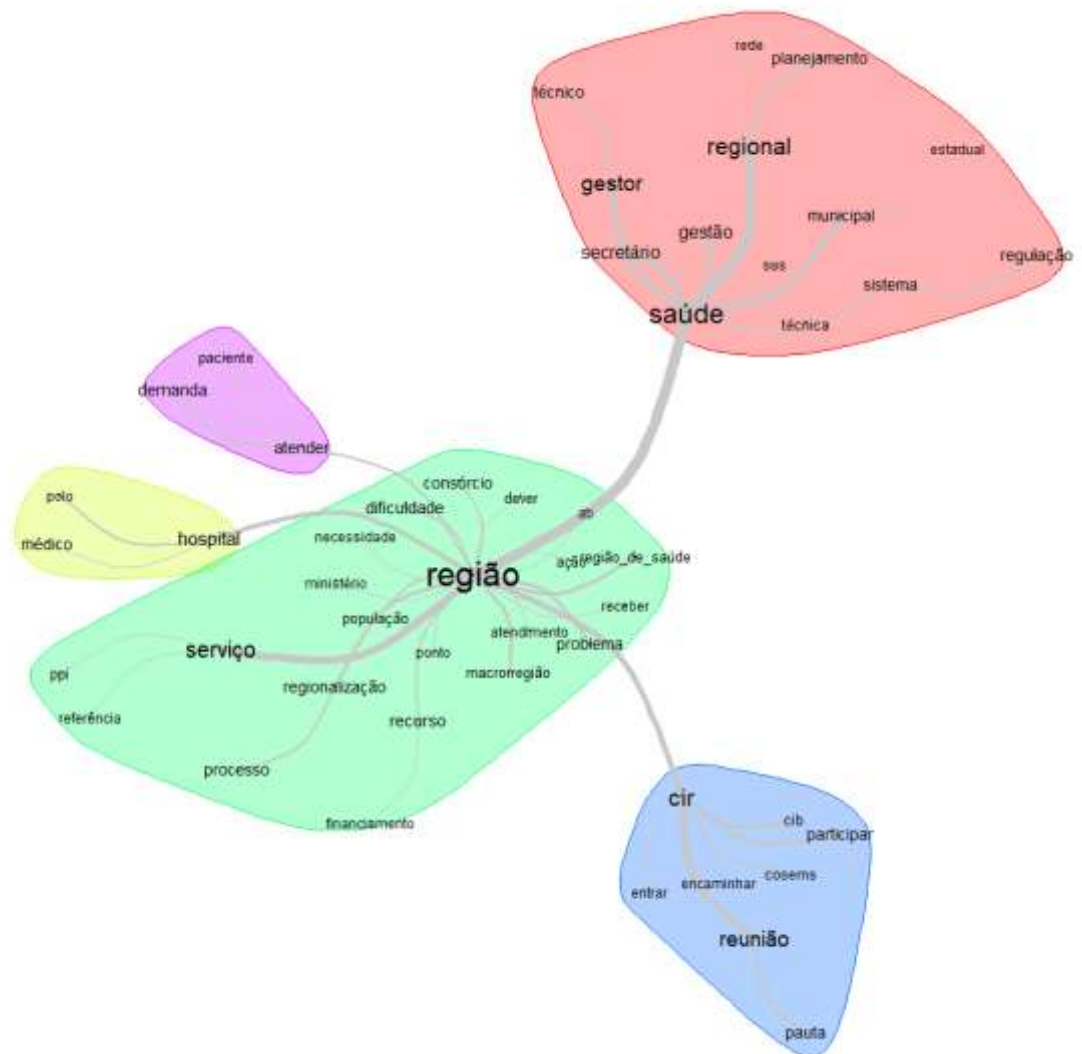


Figura 1: Análise de similitude com as cinquenta palavras de maior importância selecionadas

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a regionalização é uma estratégia relevante para a organização do sistema de saúde, portanto os esforços realizados, sobretudo o Decreto nº 7508/2011, que trouxe maior detalhamento da forma de operacionalização do compartilhamento regional têm auxiliado no avanço, mas ainda observam-se diversas fragilidades, que fazem com que o processo de regionalização se limite, na maioria das vezes, na lógica da racionalidade de distribuição de recursos escassos para as regiões de saúde. O COAP que foi previsto para fortalecer o compromisso dos entes federados na oferta de ações e serviços para as regiões de saúde não teve

aceitação, tendo sido assinado apenas por dois estados. Houveram resistências, de forma mais contundente, dos municípios para assinarem esse contrato, pois têm assumido, cada vez mais, grande parte das responsabilidades na oferta das ações serviços, que não tem sido suficiente para atender todas as demandas das diferentes regiões de saúde.

Porquanto, as principais fragilidades para o processo de regionalização continuam sendo a ausência de uma política de investimentos mais abrangente, que não é específica da saúde, mas se relaciona às características da política macroeconômicas atuais e suas repercussões para as políticas sociais<sup>3</sup>. Nesse aspecto é necessário destacar que o financiamento insuficiente do sistema de saúde brasileiro em um cenário de embates políticos e fragmentação de recursos prejudica a provisão da atenção nas regiões de saúde e que para promover avanços em um sistema de base regional, é fundamental superar o grave e crônico subfinanciamento do setor saúde<sup>9,10</sup>. É preciso fortalecer a construção de uma lógica de coordenação federativa cooperativa que se comprometa com o alcance dos objetivos da política de saúde de combate às desigualdades e promoção da cidadania nacional. Trata-se, pois, de edificação de política que avance no planejamento nacional integrado, considerando-se os investimentos de diversos setores, e que reduzam o predomínio de políticas que priorizam o modelo de mercado<sup>11</sup>, que demonstra querer avançar a cada dia.

Além dessas mudanças na condução da macro política, é necessária a reconfiguração do papel da esfera estadual, que ainda apresenta limitação pela ênfase na municipalização nos vinte primeiros anos do SUS<sup>3,12</sup>, que apesar de todos esforços, não foi modificada a contento. Embora os estados tenham enfraquecido nos últimos anos, devido às dificuldades de financiamento, o seu protagonismo é fundamental para a consolidação das regiões de saúde, pois possuem a competência para organizar as regiões para além dos limites municipais, com possibilidade de contribuir de forma mais contundente para a melhoria da equidade regional<sup>3,12,13</sup>. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de fortalecimento do planejamento regional das políticas de saúde, com vistas à adequação das múltiplas realidades do território brasileiro<sup>14</sup>.

Os resultados deste estudo evidenciaram, também, que é grande o desafio para prover as ações e serviços nas regiões de saúde, devido às



disparidades no acesso não corrigidas pelo modelo de descentralização adotado. A provisão de serviços de Atenção Primária (APS) também apresenta distribuição bastante desigual, apesar dos investimentos financeiros recebidos nos últimos tempos<sup>12</sup>. Os outros tipos de serviços de média e alta complexidade são mais escassos ainda, e em algumas regiões são completamente ausentes. Nesse aspecto, é importante reiterar que a atenção hospitalar tem sido marginalizada no âmbito do SUS há longa data, o que tem causado para boa parte das regiões insuficiência estrutural e sistêmica<sup>3</sup>. Há que destacar que os hospitais não se viabilizam sem uma inserção orgânica com a APS e esta não se viabiliza sem uma integração sistêmica com os hospitais e também com a atenção especializada<sup>3</sup>.

Da mesma forma, conforme afirmado anteriormente neste estudo, fica clara a necessidade dos governos estaduais liderarem a organização regional e estadual da oferta especializada e hospitalar nesse contexto de construção sistêmica, que deve ser coordenada pela APS pelos municípios em escala regional, cabendo aos estados à conglobação e a promoção da governança democrática dos processos de planejamento/programação, regulação<sup>15,16</sup> e contratualização integradas de natureza regional<sup>3</sup>. Esse desenho implicará na efetiva descentralização de capacidades técnicas e decisão política para as regiões e o fortalecimento dos processos integrados da gestão das unidades hospitalares mediante a unificação dos processos contratuais da rede estatal de administração direta, de administração indireta e contratada estatal e privada. Nessa lógica, poderá ocorrer a devida inserção dos serviços hospitalares em um desenho sistêmico de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e linhas configurando espaços de forte participação dos prestadores e lideranças profissionais na construção participativa do Sistema<sup>3</sup>.

Há que se ressaltar que o Decreto nº 7.508 trouxe modificações importantes na forma de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, por meio do incentivo à implementação das RAS, que são essenciais para melhoria da atenção à saúde, mas têm induzido a transferência de grande parte dos incentivos financeiros às ações e aos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). Como consequência, essa estratégia tem ampliado a transferência fragmentada, dificultando que atores locais/ regionais possam utilizar mais livremente os recursos financeiros, a

partir de planejamento e programação das ações de saúde baseado no reconhecimento dos problemas de saúde da população<sup>17,18</sup>.

Os resultados deste estudo revelaram ainda que, apesar dos avanços na institucionalização das CIR, que têm contribuído de forma significativa no processo de regionalização, especialmente por meio das pactuações das ações e serviços, observou-se, que não tem tido a capacidade para mudar a formulação da macro política de saúde. Nesse sentido, verificou-se que há distanciamento entre a região propriamente dita, as instâncias gestoras e a CIR, que apresentam, por vezes, um viés tecnoburocrático voltadas às questões cotidianas (micro política), que são relevantes, mas que não conseguem resolver muitas das demandas das regiões de saúde, pois as possíveis soluções dependem de outras instâncias gestoras do SUS. Outros estudos também verificaram que o exercício da governança limita-se ao espaço da CIR, visto que os demais atores que participam da rede regionalizada estabelecem interfaces hierárquicas e/ou informais no processo decisório, comumente buscam defender seus interesses junto ao estado ou influenciar suas decisões sobre políticas setoriais que os afetam em um cenário de poucos recursos financeiros<sup>19</sup>.

Observou-se, também, que as instâncias de governança das regiões de saúde contam com pouco ou nenhum envolvimento de atores externos a ela, como a sociedade civil organizada e até mesmo o próprio serviço de saúde. Esses atores são fundamentais para expressarem sobre as necessidades regionais, e também para reivindicarem por melhoria na infraestrutura de saúde.

É necessário destacar que o envolvimento da sociedade civil organizada nas instâncias de pactuação regional do SUS é relevante para os avanços no processo de regionalização<sup>10,20</sup>.

Ademais, há que se continuar investindo em formas de desenvolver capacidade institucional para o planejamento e a coordenação territorial regional voltada para superação de interesses corporativos e criação de uma governança local baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental<sup>21</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização apresenta avanços, o Decreto nº7508/11 trouxe contribuições para melhor organização das regiões, mas ainda baseia-se na racionalidade de distribuição de recursos escassos para as regiões de saúde, que apresentam grandes desigualdades. Portanto, há que se continuar investindo em política de investimentos mais abrangente e na construção de uma lógica de coordenação federativa cooperativa para melhor organização e para o avanço na equidade.

## REFERÊNCIAS

1. Lima, LD de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2012; 17(11): 2881-2892.
2. Duarte, LS et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc.*, 2015; 24(2): 472-485.
3. Viana, ALD.; Machado, CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2009; 14(3): 807-817.
4. Ouverney, AM & Fleury, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. *Rev. Adm. Pública*, 2017; 51(6): 1085-1103.
5. Sauter, AMW; Girardon-Perlini, NMO; Kopf, A.W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde. *Rev. Min. Enferm. [Internet]*, 2012;16(2): 265-274. ISSN (on-line) 2316-9389. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>.
6. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão-Regulamento. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol 2. Brasília, Ministério da Saúde;2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto 7508, DF, 2011.
8. Camargo B V., Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicol [Internet]*. 2013 [cited 2018 Apr 24];21(2):513–518. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>

9. Shimizu HE, Cruz MS, Bretas Júnior N, Schierholt SR, Ramalho WM, Ramos MC, et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2017; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002401131&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401131&lng=pt&tlng=pt)
10. Reis, AAC et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1045–1054, abr. 2017.
11. Viana, AL d'Á.; Lima, LD; Ferreira, MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010; 15(5):2317-2326.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Regionalização da Saúde. Brasília: MS; 2013. (Painel de Indicadores do SUS; v. 5, n. 8).
13. Ribeiro, JM et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2017; 22(4):1031-1044.
14. Viana, AL d'A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2018; 23 (6): 1791-1798. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>.
15. BUSS, P. M. Saúde pública hoje. In: HORTALE, V. A. et al. *Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.33-55.
16. Gamarra, TPN; Porto, MF de S. Regulação em Saúde e Epistemologia Política: Contribuições da Ciência Pós-normal para Enfrentar as Incertezas. *Organ. Soc.*, 2015; 22(74): 405-422. ISSN 1984-9230
17. Duarte, L. S., Mendes, A. N., Louvison, M.C.P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde em Debate*, 2018; 42 (116): 25-37.
18. Áquilas, M., Louvison, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saude Soc.*, 2015; 24 (2): 393-402. ISSN 0104-1290.

19. Santos, Adriano Maia dos and Giovanella, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev. Saúde Pública*, Aug 2014, vol.48, no.4, p.622-631. ISSN 0034-8910
20. Quevedo, André Luis Alves de; Heck, Rita Maria; Jardim, Vanda Maria da Rosa. Conselhos de saúde e regionalização em saúde. *Journal of Nursing and Health*, p. 28–37, 2012.
21. Medeiros, Cássia Regina Gotler et al. Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saude soc.*, Mar 2017, vol.26, no.1, p.129-140. ISSN 0104-1290.