

Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios

Regional Health Planning in Brazil from the perspective of health managers: advances and challenges

Helena Eri Shimizu (<https://orcid.org/0000-0001-5612-5695>)¹

André Luis Bonifácio de Carvalho (<https://orcid.org/0000-0003-0328-6588>)²

Nilo Brêtas Júnior (<https://orcid.org/0000-0002-3315-1521>)¹

Raquel Rodrigues Capucci (<https://orcid.org/0000-0002-2350-7547>)¹

Abstract *The scope of this study was to analyze, from the standpoint of managers, the conformity of the process of regionalization in health in Brazil, with emphasis on the main advances and challenges. A mixed exploratory and descriptive study was conducted. In the first stage, an electronic questionnaire was given to managers from all health regions of the country. In the second stage, focus groups were staged with managers in all macro regions. A semi-structured interview was used to encourage managers to speak about the advances and main challenges of the process of regionalization. The data was analyzed using Iramuteq software, more specifically the Descending Hierarchical Classification (DHC), resulting in three main themes: the first deals with the efforts made for the regional organization at the macro level of management, with emphasis on reducing inequalities, actions and services to users; the second demonstrates the regional organization and the difficulties for the organization of the local system; the third reveals difficulties in accessing health services, especially those with greater technological complexity. The research results point to advances and challenges, involving a risk for the structuring of the regionalization process, with bureaucratic and fragmentation implications.*

Key words *Public health, Regional health planning, Health managers*

Resumo *Este estudo teve como objetivo analisar, à luz da percepção dos gestores, a conformação do processo de regionalização em saúde no Brasil, com ênfase nos principais avanços e desafios. Um estudo misto do tipo exploratório e descritivo. Na primeira etapa foi aplicado um questionário eletrônico aos gestores de todas as regiões de saúde do país. Na segunda foram realizados grupos focais com os gestores 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. Os dados foram analisados no software Iramuteq, com classificação hierárquica descendente (CHD), o que resultou em três eixos temáticos: o primeiro trata dos esforços realizados para a organização regional no nível mais macro da gestão, com destaque para a redução das desigualdades e o provimento de ações e serviços aos usuários; o segundo mostra a organização regional e as dificuldades para a organização do sistema local; o terceiro evidencia as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sobretudo os de maior complexidade tecnológica. Os resultados da pesquisa apontam para avanços e desafios, envolvendo um risco para a estruturação do processo de regionalização, com nuances burocráticas e fragmentadas.*

Palavras-chave *Saúde coletiva, Regionalização, Gestores de saúde*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Darcy Ribeiro/Faculdade de Ciências da Saúde, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. shimizu@unb.br

² Promoção de Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa PB Brasil.

Introdução

Apesar de presente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente na política nacional de saúde, sendo reforçada somente a partir de 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)¹ e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006², sendo 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 7.508³, 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 Comissões Intergestores Regionais (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 operacionalização⁴.

A edição da Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012⁵, instituiu mecanismos para a governança executiva regional resultante de pactuações intergestores, e colocou, em seu artigo 21, que estados e municípios que estabelecerem formas legais de cooperativismo para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos, observadas as pactuações intergestores e as políticas nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). A lei define ainda os mecanismos de controle e os instrumentos do planejamento ao estabelecer, em seu artigo 30, os mecanismos para planejamento e orçamento ascendentes, estabelecendo planos e metas regionais e a relação deles com o Plano Estadual de Saúde e desses com o Plano Nacional de Saúde.

No presente estudo, compreendemos a regionalização como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e no estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e

financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território. Tais interrelações estão abarcadas no processo de governança de forma colaborativa, cooperativa e participativa, definido como um arranjo de governo no qual um ou mais órgãos públicos se envolvem com instituições não estatais como partes de um processo de tomada de decisão coletiva formal^{6,7}.

Outro aspecto a destacar é que se constrói nesse processo um conjunto de instrumentos e mecanismos de planejamento, gestão e financiamento de ações e serviços de saúde, visando a provisão e organização de um sistema regionalizado, tendo como destaque a identificação de demandas e necessidades de saúde da população, o estabelecimento dos fluxos assistenciais dos serviços para a conformação de redes de atenção organizadas com base em tipologias distintas⁸⁻¹⁰.

Nesse sentido, a regionalização sofre influência das dinâmicas socioeconômicas, dos ciclos de implantação/implementação das políticas, bem como do grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais que constroem os espaços de governança do setor e que buscam gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas para construir desenhos regionais que visem a garantia de acesso a ações e serviços de saúde¹¹⁻¹³.

A governança regional é fundamental e pode ser fortalecida quando a pactuação entre entes públicos ocorre por meio da definição clara de responsabilidades, e ainda reforça a institucionalidade do planejamento regional¹⁴. Ademais, a regionalização em saúde depende da potencialização de esforços das três esferas de governo e só ocorrerá com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais dentro do pacto federativo regional.

A regionalização requer a institucionalização de rede homogênea de serviços nos diversos territórios, a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território e a regulação centralizada, com a manutenção da autonomia dos governos locais¹⁵.

Partindo do princípio de que a temática da regionalização no SUS requer leituras diversas para melhor compreensão de seus desafios e das possibilidades, em especial no que se refere às percepções dos gestores em relação às novas responsabilidades previstas na construção desse processo, o presente estudo tem como objetivos: analisar, à luz da percepção dos gestores municipais, a conformação do processo de regiona-

lização em saúde no Brasil, com ênfase em seus principais avanços e desafios.

Método

Trata-se de estudo misto, do tipo exploratório e descritivo, que utiliza a triangulação de métodos e técnicas¹⁶. Na primeira etapa do estudo foi aplicado um questionário eletrônico aos gestores de todas as regiões de saúde do país, contendo 23 perguntas fechadas distribuídas em quatro blocos: i) caracterização do respondente; ii) fatores relevantes na constituição da região de saúde; iii) organização da região (participação dos entes governamentais: Ministério da Saúde, secretários estaduais, secretários municipais e Conselhos de Saúde) e acesso a serviços (incluindo contribuição de instituições filantrópicas, privadas e organizações sociais); e iv) funcionamento da CIR, com detalhamento da participação das instituições ligadas à comunidade.

Para o desenvolvimento da coleta de dados foram realizadas reuniões envolvendo representação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para a definição das estratégias de identificação dos gestores municipais de saúde que coordenam as regiões de saúde. Após a identificação dos coordenadores das regiões do CONASEMS foi enviado o *link* do questionário aos coordenadores de cada uma das 438 microrregiões de saúde.

Simultaneamente às ações da pesquisa foram liberadas para os secretários(as) executivos(s) e apoiadores dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) informações destacando a natureza da pesquisa, listando o nome dos municípios e dos gestores para que se fizesse a devida mobilização, tendo em vista a necessidade de cumprimento do prazo estabelecido.

O questionário foi aplicado entre os meses de janeiro e junho de 2018. A análise dos resultados foi feita por meio de tabulação por frequência das respostas,

Na segunda etapa do estudo foram realizados dois grupos focais com os gestores municipais, coordenadores das microrregiões de saúde, com o mínimo de seis meses na função. Participaram dois coordenadores de cada microrregião do país (Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste, Norte e Sul) em cada grupo focal, que foram realizados durante o Congresso do Conasems. Essa etapa visou conhecer em maior profundidade como se deu o processo de regionalização nas diferentes microrregiões do país. Utilizou-se um roteiro

semiestruturado que visava apenas estimular os gestores municipais a falarem livremente sobre o estado da arte do processo de regionalização, os avanços e os principais desafios, a saber: 1) Fale sobre a importância da regionalização; 2) Fale sobre como se deu o processo de regionalização na microrregião; 3) Fale como foi a organização administrativa da regionalização; 4) Fale como foram planejados os fluxos assistenciais; 5) Fale como se dá o acesso aos serviços de saúde; 6) Fale sobre os avanços proporcionados pela regionalização; 7) Fale sobre as dificuldades e desafios da regionalização.

Os dados das entrevistas dos grupos focais foram analisados no software Iramuteq¹⁷, utilizando classificação hierárquica descendente (CHD) simples, que permite a categorização dos discursos compartilhados pelos sujeitos envolvidos com o processo de regionalização. A CHD permite análise lexical do material textual, além de demonstrar contextos (classes lexicais) constituídos por um vocabulário específico e pelos segmentos de textos que compõem esse vocabulário. As classes geradas a partir da CHD revelam o contexto de sentido das palavras e podem indicar os elementos compartilhados do objeto social estudado¹⁷.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB. Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 372 questionários enviados aos representantes, 161 foram respondidos (43,40%). Das 438 regiões de saúde selecionadas, em termos de distribuição por Unidades Federativas (UF), sete delas não responderam o questionário (AL, AP, DF, ES, PA, RO e RR). Em contrapartida, AC, AM e SE tiveram retorno de 100%.

No que se refere às características dos gestores das regiões respondentes (Tabela 1), destacam-se os seguintes aspectos: a maioria é do sexo feminino (60%), com faixa etária entre 35 e 60 anos (73%) e com pós-graduação (94%). Com relação ao tempo de gestão, observou-se a predominância de gestores com oito ou mais anos de experiência na gestão (42,24%), porém cabe destacar que (21,12%) das gestoras têm menos de um ano de experiência na gestão.

Quanto à estruturação da região de saúde, identificamos que 40,4% foram criadas há 16 anos ou mais; 34,78% entre 8 a 15 anos; e ape-

Tabela 1. Características sociodemográficas dos respondentes, Brasil, 2019.

Variável	%
Sexo	
Feminino	59,63
Masculino	40,37
Faixa Etária	
Até 25 anos	1,24
De 25 a 35 anos	22,98
De 35 a 45 anos	36,65
De 45 a 60 anos	36,02
Acima de 60 anos	3,11
Escolaridade	
Ensino Médio	8,07
Graduação	26,71
Especialização	55,28
Mestrado	5,59
Doutorado	0,62
Outros	3,73
Tempo de gestão	
Menos de 1 ano	21,12
De 1 a 3 anos	15,53
De 4 a 7 anos	21,12
De 8 a 11 anos	19,88
De 12 a 15 anos	11,18
16 anos ou mais	11,18

Fonte: Elaborado pelos autores.

nas 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%) (Gráfico 1).

Quanto à percepção dos gestores a respeito do papel do estado no apoio às CIR, entenda-se, as secretarias estaduais, mesmo atuando de forma cooperativa e solidária na implementação das políticas (50,93%), ainda enfrentam dificuldades (30,43%).

Especificamente com relação ao Ministério da Saúde, repete-se a tendência dos respondentes (47,2%), o que sinaliza a atuação da instituição de forma cooperativa e participativa, mesmo com dificuldades na implementação das políticas que envolvem a regionalização. Todavia, chama a atenção o fato de 52,8% dos respondentes terem

avaliado o Ministério como passivo, normativo e com baixa responsabilização pela implementação das políticas que envolvem a regionalização (Gráfico 2).

Quanto ao funcionamento das CIR, têm-se as respostas positivas nos quesitos avaliados: a) coordenação (98,76%); b) calendário de reuniões (98,14%); c) regimento interno (98,14); e d) secretaria executiva (91,93%). Uma pequena parte das CIR não tem um grupo de trabalho e/ou canais de comunicação de forma organizada (16,77% e 14,29%, respectivamente).

Com relação às principais atribuições desenvolvidas pela CIR, 94,41% dos gestores consideram preponderante a pactuação de ações e serviços de saúde em nível regional, seguida pela constituição de um canal de negociação e decisão entre os gestores municipais (80,12%) e a organização das ações e serviços de saúde em nível regional (76,4%). Apenas 21,12% afirmaram que a CIR tem por atribuição a criação de critérios de acessibilidade e escala de conformação dos serviços, e 18,01% disseram que a CIR tem caráter de incentivo da participação da comunidade.

A maior parte dos secretários participa pessoalmente e com regularidade das reuniões da CIR (73,29%). Nos casos em que não há participação dos secretários de forma regular, 31% dos respondentes alegaram que a representação é feita por meio de um técnico da própria Secretaria Municipal de Saúde.

Sobre o planejamento regional, 90% dos respondentes afirmaram que existem ações relacionadas no âmbito da CIR das quais participam de forma ativa os secretários municipais (99,3%), os secretários estaduais (47,6%), os conselhos estaduais e municipais de saúde (24,14%) e o Ministério da Saúde (11,72%). Apenas 4,8% dos respondentes destacaram a participação de usuários no processo de planejamento regional.

Dos atores que participaram na definição das ações de saúde na região, foi avaliada como plena a participação dos secretários municipais (46%), dos usuários (24%) e do Ministério da Saúde (18,6%), e como baixa a participação do Conselho de Saúde (11,8%).

Com relação ao acesso a ações e serviços de saúde nas regiões, os gestores avaliaram, de forma geral, as equipes de Saúde da Família, Urgência e Emergência e Vigilância Sanitária como “plenamente acessível” (67,08%, 36% e 31,6%, respectivamente). Entre os serviços avaliados como “pouco acessível” ou “inacessível”, destacam-se a saúde mental (39,13%) e os serviços especializados (35,5%).

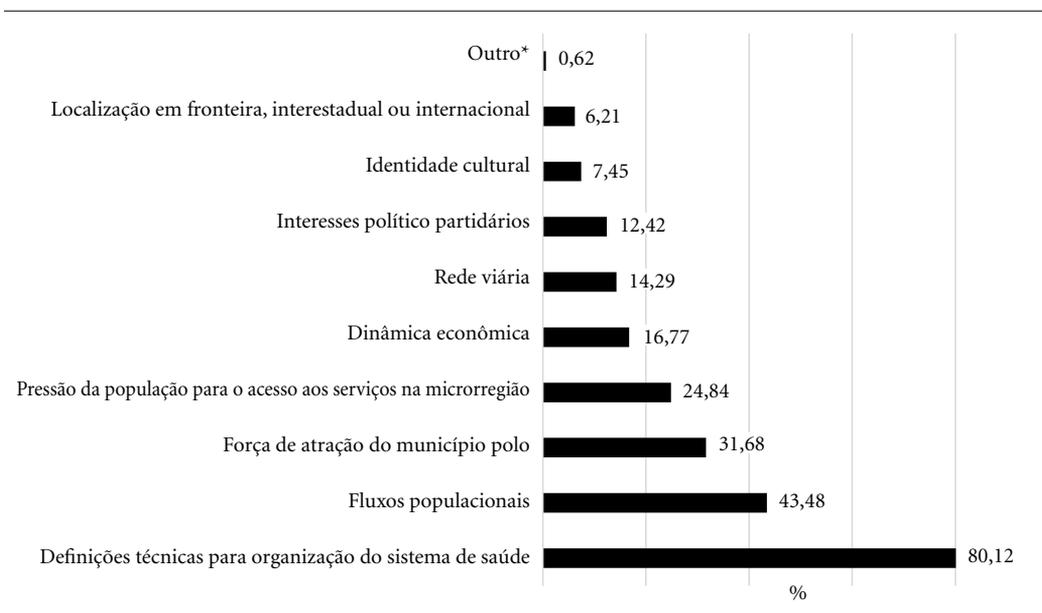


Gráfico 1. Estruturação das Regiões de Saúde sob a perspectiva dos gestores, Brasil, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A maioria dos respondentes julgou como implementadas as redes de atenção à saúde na sua região, em maior ou menor grau. As redes de urgência e emergência tiveram o maior percentual entre as respostas positivas (86%), e as redes de cuidado à pessoa com deficiência e de atenção às doenças e condições crônicas tiveram os maiores percentuais de respostas negativas, 40,4% e 42,2% respectivamente, o que sinaliza para a necessidade de uma maior atenção no que tange a esses serviços (Tabela 2).

Com relação às contribuições para a oferta de serviços de saúde, 55,9% avaliaram a contribuição dos governos municipais como alta, seguida pela estadual, com 47,8% dos gestores avaliando como média a sua contribuição. Instituições privadas, filantrópicas e organizações sociais figuram com os maiores percentuais de baixa ou pouca contribuição: 39,14%, 34,16% e 33,54%, respectivamente.

Cabe ressaltar que os dados referentes à contribuição dos consórcios municipais de saúde são os mais contraditórios: obtiveram percentuais consideráveis das afirmativas entre média e alta contribuição (34% e 23%), mas também aparecem com 28% das respostas no item “nenhuma contribuição” e 16% de baixa.

Dos resultados da segunda etapa da pesquisa, logrados por meio dos grupos focais e analisados com auxílio do *software* Itamuteq, obteve-se um

dendrograma (Figura 1) que, além de apresentar as classes, demonstra a ligação entre elas, que estão associadas entre si. A leitura dos resultados das classes deve ser feita da esquerda para a direita¹⁹.

O dendrograma (Figura 1) é composto por três eixos temáticos: o primeiro, denominado desafios da construção da macro política regional, contém as classes 6, 3, 5 e 1, e trata dos esforços realizados, no nível mais macro da gestão, para a organização regional, com destaque para a redução das desigualdades e o consequente provimento de ações e serviços aos usuários. O segundo eixo, denominado desafios da CIR (classes 2 e 4) demonstra a organização regional, bem como as dificuldades para a organização do sistema local. O terceiro eixo (classe 7) revela as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sobretudo aos de maior complexidade tecnológica.

O primeiro eixo temático, a classe seis (12,1%), contém as palavras que enunciam como ocorre a construção da macro política para as regiões de saúde. São destacadas as emendas parlamentares e as negociações com os deputados para angariar recursos financeiros para as regiões de saúde. Além disso, mostra que o governo federal, o estado e os prefeitos são atores relevantes na construção da regionalização. A classe três (17,7%) realça as palavras que tratam das dificuldades e das desigualdades entre as grandes regiões

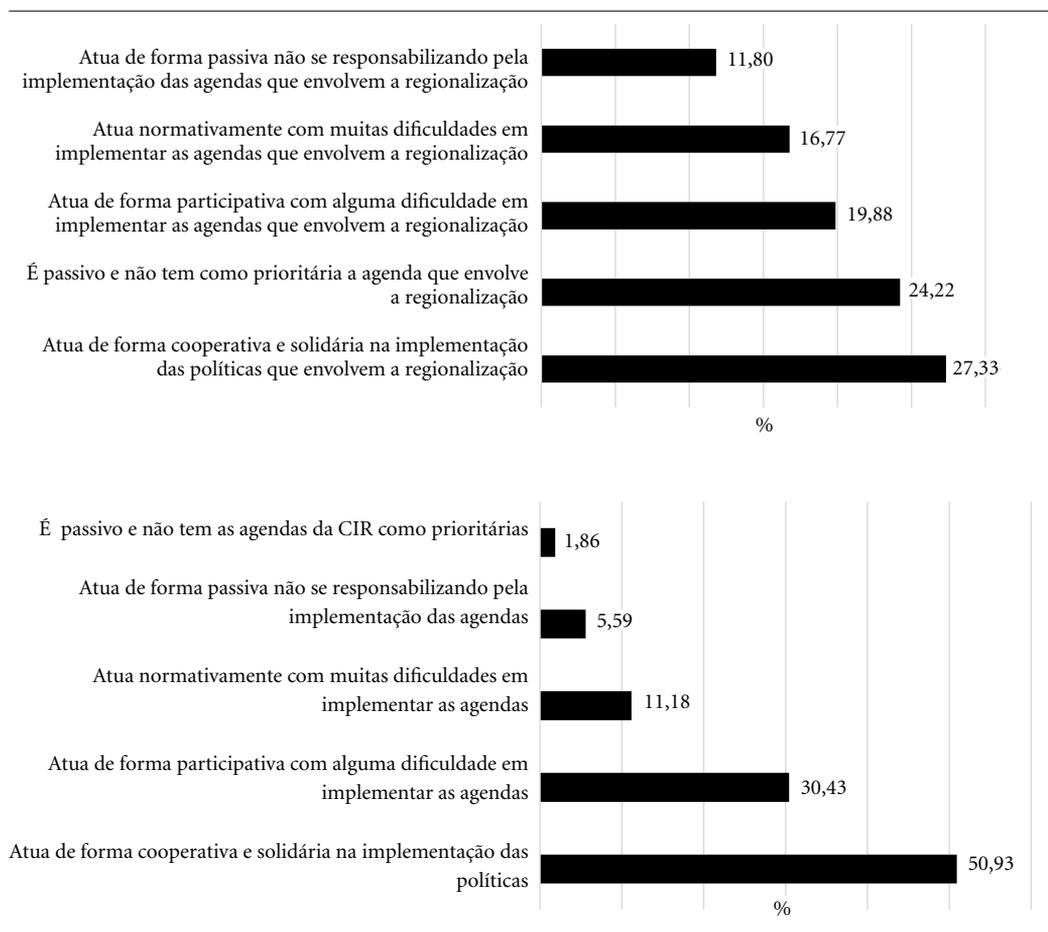


Gráfico 2. Apoio institucional às CIR sob a perspectiva dos secretários de saúde, Brasil, 2019.

Fonte: Elaborado pelo autores.

do país. São apontados os contrastes entre as regiões Sul e Sudeste e a região Norte. Além disso, demonstra que os estados que apresentam grandes dimensões territoriais e diferenças na densidade populacional têm mais dificuldades para o provimento das ações e serviços de saúde, o que tem sido agravado pelo subfinanciamento. A classe 1 (13,1%) ressalta as palavras que tratam dos esforços para pactuar, no âmbito do Colegiado Intergestor, a oferta de serviços, sobretudo os de maior complexidade tecnológica, que usualmente estão concentrados em regiões de maior porte. E a classe 5 (11,6%) apresenta as palavras que demonstram que o Colegiado Intergestor trabalha para prover a oferta de serviços, que são cada vez mais requeridos, para os usuários no seu território.

O segundo eixo temático, com as classes 2 (16,2%) e 4 (16,7%), trazem as palavras que demonstram a importância da CIR para os gestores municipais, especialmente como espaço para

compartilhar decisões sobre o sistema local de saúde. Trata-se de um espaço para pensar, com a participação de gestores qualificados e com experiência sobre mudanças no sistema de saúde. Prevalece nesse espaço a lógica da complementariedade na construção das redes de atenção.

O terceiro eixo temático, com a classe 7 (12,6%), que se encontra isolada das demais classes, contém as palavras que enunciam as inúmeras dificuldades para o suprimento de serviços de média e alta complexidade, como ressonância magnética, leitos de UTI, entre outros, quer seja pelo alto custo ou pela complexidade tecnológica. Alguns serviços e equipamentos superespecializados ainda estão concentrados nas grandes cidades ou polos, o que exige transporte e outros custos. Contudo, mostra-se que têm sido realizados esforços para instalar esse tipo de serviços nas regiões de saúde para melhorar o acesso, porém ainda estão concentradas em poucas regiões.

Tabela 2. Organização do acesso, da oferta de serviços e da constituição das redes na perspectiva dos gestores das regiões de saúde, Brasil, 2019.

Variável	%			
	Inacessível	Pouco acessível	Mediamente acessível	Plenamente acessível
Acesso aos serviços de saúde				
Vigilância sanitária	1,86	9,32	57,14	31,68
Serviços especializados	2,48	37,27	55,28	4,97
Saúde mental	6,21	32,92	49,07	11,8
Urgência e emergência	1,86	14,29	57,76	26,09
Equipes Saúde da Família	0,62	4,35	27,95	67,08
Hospitais especializados	4,35	39,75	52,8	3,11
Hospitais gerais	0,62	24,84	67,08	7,45
Contribuição para a oferta de serviços	Nenhuma contribuição	Baixa/pouca contribuição	Média contribuição	Alta/muita contribuição
Governo estadual	0	47,2	47,83	4,97
Governo municipal	0	6,21	37,89	55,9
Consórcios intermunicipais de saúde	27,95	15,53	33,54	22,98
Instituições filantrópicas	19,25	34,16	39,13	7,45
Instituições privadas	27,33	39,13	31,06	2,48
Organizações sociais	39,13	33,54	25,47	1,86
Redes de atenção implementadas		Sim		Não
Rede cegonha		75,16		24,84
Atenção a urgência e emergência		82,61		17,39
Atenção psicossocial		74,53		25,47
Atenção às doenças e condições crônicas		59,63		40,37
Cuidado à pessoa com deficiência		57,76		42,24

Fonte: Elaborado pelos autores

Discussão

Quanto ao perfil dos gestores das regiões de saúde, observou-se predominância do sexo feminino e nível de escolaridade superior, com pós-graduação, mostrando nível de formação acima dos percentuais encontrados na pesquisa realizada com gestores do SUS no passado¹⁸ e semelhante a outro estudo recente que mostra que hoje estão melhor qualificados¹⁸. Quanto à experiência dos gestores à frente das secretarias municipais, notou-se percentual considerável com mais de três anos de trabalho na gestão, fato que corrobora estudos que evidenciam melhor preparo dos gestores do SUS¹⁸.

Com relação aos fatores que contribuíram para a construção das regiões de saúde, destacou-se fortemente a influência das normativas pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e capitaneadas pelo Ministério da Saúde para fortalecer os processos de descentralização, e não tão recentemente a regionalização, para organização do sistema de saúde, considerando-se o fluxo populacional e aspectos

econômicos e sociais. É importante destacar que a regionalização ganhou maior impulso após o advento das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2001), sequenciadas pelo Pacto pela Saúde e o Decreto 7508/11, quando paulatinamente as regras que regem a relação federativa foram aprimoradas, tendo-a como diretriz norteadora^{3,4,6}.

Cabe destacar que o processo de regionalização vem sendo construído com a participação efetiva dos gestores dos estados e municípios, ainda que sofra forte indução pelo gestor federal, que é histórica, por meio de processos com envolvimento de níveis de governo com os cidadãos e os diversos segmentos da sociedade, além de instituições de natureza pública ou privada. Contudo, observou-se que a participação dos gestores estaduais, mesmo atuando de forma cooperativa e solidária na implementação das políticas, especialmente nos espaços da CIB, ainda apresenta certo grau de limitação. É, portanto, necessário fortalecer o protagonismo dos estados para a consolidação das regiões de saúde, pois possuem competência para organizar as regiões

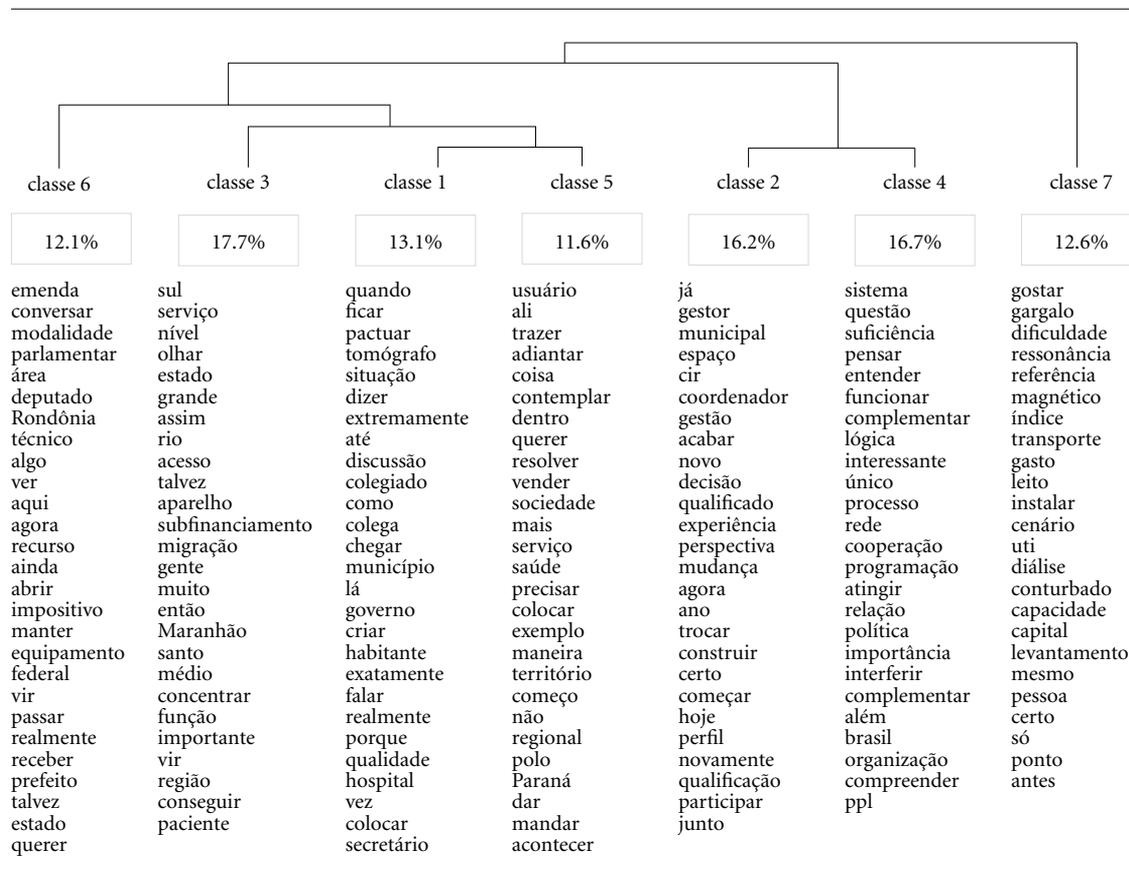


Figura 1. Dendrograma do processo de regionalização, seus avanços e principais desafios, sob a perspectiva dos gestores de saúde, Brasil, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores.

para além dos limites municipais, com possibilidade de contribuir de forma mais contundente para a redução das iniquidades geográficas¹⁹⁻²¹. Todavia, é necessário considerar que os governos estaduais perderam capacidades, desde a década de 1990, como consequência dos ajustes econômicos, das crises financeiras e das dívidas, o que tem favorecido a centralização federativa²².

Observou-se também que o nível federal, mais detidamente o Ministério da Saúde, apresenta com atuação passiva, normativa e com baixa responsabilização, ou seja, sem o envolvimento requerido para a construção de política de regionalização fortemente articulada com os estados e municípios, o que tem contribuído para uma política fragmentada, dificultando o acesso aos recursos para a saúde nas regiões⁴.

Conforme demonstram os resultados deste estudo, a construção da macro política regional

apresenta diversos desafios. A primeira delas é a dificuldade de obtenção de recursos financeiros para a provisão de serviços nas regiões de saúde, que apresentam capacidades diferenciadas, uma vez que exigem atenção para não aprofundar as desigualdades²³⁻²⁵. A disputa pelo uso dos recursos financeiros para o SUS, transferidos pela União para os entes subnacionais, ocorre desde a década de 1990 e alcança o processo de regionalização do SUS a partir do início da década de 2000²³⁻²⁵. Assim, as diversas normas que favoreceram a regionalização ampliaram as transferências fragmentadas de recursos financeiros, sobretudo por meio de repasses em forma de incentivo para uma grande variedade de componentes²³⁻²⁵.

Além disso, desde a aprovação da Emenda Constitucional 86/2015 ocorre grave processo de perda de financiamento da saúde. Essa EC ainda instituiu o Orçamento Impositivo – que estipula

a obrigatoriedade de execução total das emendas parlamentares no orçamento²⁶. Essas emendas parlamentares individuais e coletivas, embora possam atender algumas necessidades, contribuem para ampliar a fragmentação do sistema quando não estão estabelecidas claramente dentro de planejamento regional²⁷. Verificou-se neste estudo que essas emendas parlamentares se apresentam como forte elemento na construção da macro política regional, o que sugere discussão mais ampliada da questão do orçamento, tendo como finalidade a concretização das garantias fundamentais e a consecução dos fins do Estado^{26,27}.

Há que se destacar que, apenas recentemente, com a edição da Resolução nº 37 de 22 de março de 2018, completou-se o debate sobre o processo de planejamento regional e as Redes de Atenção à Saúde (RAS) com as responsabilidades dos três entes federados²⁸. Certamente essa normativa, construída de forma compartilhada, poderá facilitar a governança colaborativa^{14,29}.

Outros entraves podem ser observados na governança regional, como o atravessamento do controle externo do Tribunal de Contas da União (TCU), que estipula métricas de eficiência, efetividade e eficácia para a gestão dos sistemas e serviços de saúde mas que não são condizentes com a boa governança em políticas públicas de saúde³⁰. Além disso, as regras e os processos de funcionamento do Estado e dos poderes legislativo e judiciário também limitam a autonomia dos entes federados ao definir, por exemplo, investimentos em saúde e acesso a ações e serviços de saúde³¹.

Ficou patente que as CIR se configuram num espaço de planejamento regional, no qual a participação dos gestores municipais é preponderante, fato que aponta para uma situação controversa quanto à construção solidária e cooperativa dos processos de gestão^{31,32,33}. As agendas das CIR se aproximam das atribuições definidas nas normas federativas atuais, porém a participação dos gestores estaduais e federais – embora apresente um componente cooperativo – ainda é frágil, orientada por uma atuação normativa e sem articulação com as necessidades da regionalização.

Resultados semelhantes foram encontrados em recente trabalho feito junto ao Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e ao CONASEMS em pesquisa nacional sobre o funcionamento destes colegiados³². Outro aspecto que aponta para a consolidação desse espaço como um importante *locus* de governança é a posição dos respondentes quanto à participação dos

gestores, em que a maioria afirmou participar pessoalmente e com regularidade, fato confirmado em levantamento feito pelo CONASEMS em 2016 junto a 734 gestores que estavam fechando o ciclo de gestão 2013-2016 e em trabalho recente feito com 3.200 gestores, em que se verificou que mais de 80% dos mesmos participavam ativamente das atividades dessa Comissão³¹⁻³³.

Diversos estudos que analisaram os efeitos da governança regional destacam a importância da participação de uma diversidade de atores, sobretudo os moradores da região^{29,34}. No entanto, os resultados deste estudo mostram que é frágil a participação dos usuários no processo de planejamento regional. Tal processo se relaciona à nossa história política, marcada pela centralização de poder, que tem como uma de suas bases algo que os autores definiram como recorrência da verticalidade programática³⁴, determinando o planejamento a partir de um conjunto de decisões técnicas dissociadas de seus efeitos políticos de produção da realidade local. Desse modo, é desejável a participação maciça dos conselheiros de saúde nesse espaço, pois são os sujeitos incumbidos de transmitir as necessidades da população das regiões³⁴.

Observou-se neste estudo que há grandes dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade nas regiões de saúde, com grandes disparidades na oferta desse tipo de serviço, especialmente em áreas consideradas remotas^{22,23}. Tais evidências demonstram que, embora medidas regulatórias de três décadas por melhor redistribuição regional dos recursos do SUS tenham sido implementadas, os efeitos da municipalização associada à coordenação regional e a indução federal não foram suficientes para dirimir, a contento, as fortes desigualdades regionais^{22,23}.

Vale destacar que, no âmbito do SUS, a oferta de atenção hospitalar e de serviços especializados tem sido relegada a segundo plano, o que tem gerado insuficiência estrutural e sistêmica em grande parte das regiões do país²⁰. Fica evidente a necessidade de os governos estaduais liderarem as organizações regional e estadual de oferta especializada e hospitalar, a ser coordenada pela APS, pelos municípios em escala regional e cabendo aos estados a promoção da governança dos processos de planejamento/programação, regulação e contratualização integradas regional²⁰.

Observou-se ainda que a institucionalização do artigo 5º do Decreto 7508/11(9) encontra-se prejudicada, tendo em vista que o mesmo estabelece que a região para se considerar constituída deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde³.

Diversos esforços são realizados nos âmbitos federal, estadual e municipal para prover ações e serviços nas regiões de saúde. Verificou-se neste estudo que os gestores percebem mais fortemente a presença da vigilância, da atenção primária e da urgência e emergência nas regiões de saúde. Cabe destacar que houve investimentos importantes na organização da vigilância à saúde, e mais recentemente na atenção básica, notadamente com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família, o incremento do Programa Mais Médicos e a melhoria do acesso em áreas remotas³⁵. Todavia, ainda ocorrem desigualdades regionais na provisão de serviços de atenção primária²².

Desde 2010, com incentivo do Ministério da Saúde para a criação das redes de atenção, reforçadas pelo Decreto nº 7.508, as redes temáticas de atenção à saúde ganharam destaque, inclusive por haver direcionamento de transferências financeiras vinculadas ao processo de regionalização do SUS²⁴.

Observou-se neste estudo que as regiões possuem redes de urgência e emergência, porém há que se considerar que são desenvolvidas de forma bastante diversa em todo o país³⁶, dependendo do contexto específico, do grau de adesão estadual e municipal à política, da estrutura do sistema de saúde local e da organização em vigor antes da rede de serviços³⁷.

A existência das demais redes (cegonha, atenção psicossocial, atenção às pessoas com doenças crônicas e com deficiência) também foram citadas como presentes nas regiões de saúde. Entretanto, o acesso a esses serviços é bastante limitado, com diferenças regionais expressivas. Além disso, no que diz respeito aos efeitos da indução financeira para criação das redes, estudo mostra que, em vez de o financiamento das redes temáticas trazerem novos recursos para a promoção de transformações nas formas de organização assistencial de caráter regional até então vigentes, ele reforça os modelos de atenção hegemônicos no Brasil, a saber: o médico-assistencial e o sanitário, que não privilegiam os determinantes mais gerais da situação de saúde da população²⁵.

Por fim, fica claro que a regionalização tem alcançado uma formatação bastante profícua, sobretudo no sentido de superar os limites impostos pelo complexo sistema federativo brasileiro. Contudo, existem diversas dificuldades, especialmente financeira, que depende de emendas parlamentares, e consequentemente de articulações

com deputados e outros atores para compor um orçamento para atender às necessidades das regiões de saúde. Nesse sentido, é evidente a necessidade de maior coordenação central para gerar maior cooperação regional e local em favor do maior compartilhamento intergovernamental³⁷.

Nesse sentido, observou-se que, não obstante o empenho para a consolidação dos espaços de gestão regional, que tem nas CIR o *locus* estratégico de interlocução, ainda é evidente o descompasso dos gestores na construção e implementação da agenda federativa, ato que fragiliza muito a implementação da diretriz de regionalização.

Apesar dos esforços realizados para o compartilhamento dos serviços no âmbito das CIR, o acesso aos serviços de saúde, sobretudo de maior complexidade, aos serviços especializados e também a hospitais com mais recursos tecnológicos, é difícil, exigindo que os usuários percorram grandes distâncias para conseguirem o atendimento necessário.

Com relação às limitações do estudo, o primeiro deles se refere ao método, que embora tenha utilizado a triangulação de métodos e técnicas, com intenção de captar o estado da arte da regionalização, certamente não conseguiu captar todas as dimensões desse processo, que é relativamente novo, complexo e dinâmico.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa apontam para um conjunto de avanços, mas também para a identificação de uma série de desafios que precisam ser analisados, envolvendo o risco de estruturação de formas de construir o processo de regionalização com nuances burocráticas e fragmentadas.

As CIR demonstraram ser espaços relevantes de construção de acordos regionais, mas ainda apresentam fragilidades quanto ao estabelecimento de prioridades do processo de planejamento regional. Além disso, a despeito dos esforços realizados pelos gestores nas CIR, é difícil a provisão do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade pela população.

Há que se destacar a necessidade de um maior aprofundamento com relação à temática, tendo em vista sua complexidade, importância e dinâmica. Também se faz necessário a previsão, na agenda de gestão, de uma forma proativa de atuar sobre os principais problemas relacionados à construção de arranjos que respaldem o desenvolvimento das políticas e dos programas, enxergando o espaço regional como um campo

profícuo para o estabelecimento das mudanças necessárias e pertinentes ao fortalecimento das doutrinas e princípios do SUS.

Colaboradores

E Shimizu: desenho da pesquisa, concepção inicial do projeto, redação crítica, revisão final. ALB de Carvalho: tabulação, análise estatística, redação crítica. N Brêtas Júnior: revisão bibliográfica, análise estatística, criação de tabelas e gráficos, redação crítica. RR Capucci: revisão bibliográfica, redação crítica, padronização de normas e revisão final.

Agradecimentos

Agradecemos a Maira Catharina Ramos pela organização dos dados como bolsista do projeto.

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada por meio de edital do CNPQ/MCT/Decit.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Trata da regionalização da assistência à saúde, aprofundando a descentralização com equidade no acesso. *Diário Oficial da União* 2002; 28 fev.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão-regulamento. *Série pactos pela saúde* 2006, v. 2. Brasília: MS; 2006.
3. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
4. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):901-911.
5. Brasil. Presidência da República. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União* 2012; 12 jun.
6. Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.
7. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):413-422.
8. Santos L, Andrade MOL: *SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: CONASEMS-IDISA, 2007.
9. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TW. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: Viana ALD, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 97-123.

10. Assis MMA, Santos AM, Jesus WLA, Pereira MJB. A expressão saúde, organização da rede de serviços e cuidado integral no SUS: descompassos entre o normativo e a legitimidade social. In: Bliacheriene AB, Santos JS, organizadores. *Direito à vida e à saúde: orçamentoário e judicial*. São Paulo: Atlas; 2010. p. 237-254.
11. Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
12. Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(6):446-455.
13. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: Assis MMA, Almeida MVG, organizadores. *Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2014. p. 43-75.
14. Bretas Junior N, Shimizu HE. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1085-1095.
15. Bifulco L. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: Lacoumes P, Galés P. *Gli strumenti per governare*. Italia: Bruno Mondadori; 2009. p. 283-305.
16. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 19-51.
17. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: ASP Moreira, organizador. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005. p. 511-539.
18. Carvalho ALB. *Pesquisa Nacional para a Construção do Perfil dos Gestores(as) Municipais de Saúde Ciclo 2017/2020*. Documento preliminar da pesquisa realizada pela parceria CONASEMS/UFPB/Fiocruz. 2018.
19. Viana AL, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):807-817.
20. 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)
21. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1777-1789.
22. Viana AL, Bousquat A, Melo GA, Negrini Filho AA, Medina MG. Regionalização e redes de saúde. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1791-1798.
23. Duarte LS, Mendes AN, Louvison MCP. 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.
24. Áquilas M, Louvison MCP. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saude Soc* 2015; 24(2):393-402.
25. Smith N, Mitton C, Byrian S, Davidson A, Bonnie U, Jennifer LG, Stuart P, Donaldson C. Decision maker perceptions of resource allocation processes in Canadian health care organizations: a national survey. *BMC Health Services Research* 2013; 13:247.
26. Oliveira CL, Ferreira FGBC. O orçamento público no Estado constitucional democrático e a deficiência crônica na gestão das finanças públicas no Brasil. *Sequência* 2017; 76:183-212.
27. Turino F, Sodré F. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. *Trab Educ Saude* 2018; 16(3):1201-1219.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. *Diário Oficial da União* 2018; 23 mar.
29. Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2008; 18(4):543-571.
30. Tribunal de Contas da União. *Governança e gestão em saúde* [página na Internet]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/governanca/governancapublica/>.
31. Fleury S, Mafort OA, Molle RC. Democratização do poder local e as dimensões da inovação em saúde: desafios metodológicos da investigação, In: Fleury S. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes/Editora Fiocruz; 2014. p. 121-199.
32. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1155-1164.
33. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Governança regional no SUS*. Brasília: MS; 2011.
34. Shimizu HE, Florentino M, Cardoso AJC, Bermudez, XPD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2275-2284.
35. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto ICHC, Palmeira PA, Comes Y, Santos FOS, Santos W, Oliveira JPA, Pessoa VM, Shimizu HE. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization* 2017; 95:103-112.
36. O'Dwyer, G, Konder MT, Machado CV, Alves CP, Alves PR. The current scenario of emergency care policies in Brazil. *BMC Health Services Research* 2013; 13:70.
37. Ribeiro JM, Moreira M R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. *Saúde debate* 2016; 40(n. esp.):14-24.

Artigo apresentado em 13/05/2019

Aprovado em 18/11/2019

Versão final apresentada em 20/11/2019

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva