

# *Regionalização em saúde no Brasil:* uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais

I<sup>1</sup> Helena Eri Shimizu, <sup>2</sup> Vinícius Oliveira de Moura Pereira, <sup>3</sup> André Luís Bonifácio de Carvalho, <sup>4</sup> Nilo Brêtas Júnior, <sup>5</sup> Maíra Catharina Ramos I

**Resumo:** O estudo tem como objetivo conhecer as percepções dos gestores acerca dos avanços, barreiras e desafios do processo regionalização. Estudo qualitativo realizado por meio de 40 entrevistas em profundidade com os gestores das regiões de saúde dos estados do Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Minas Gerais e Tocantins, analisadas com auxílio do *software* Iramuteq. O primeiro eixo demonstrou a falta de financiamento, a dificuldade e os esforços para prover as ações e serviços, bem como as iniquidades no acesso. O segundo eixo revelou dinâmica da organização e funcionamento regional, que apresenta avanços, sobretudo no *modus operandi* da organização regional, que conta com melhorias na organização e no desempenho dos Colegiados Intergestores Regionais. Todavia, demonstrou-se que há que se continuar investindo na construção de coordenação federativa cooperativa para melhor organização e redução das desigualdades regionais.

► **Palavras-chave:** Sistemas de saúde. Regionalização. Governança.

<sup>1</sup> Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (shimizu@unb.br).  
ORCID: 0000-0001-5612-5695

<sup>2</sup> Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (viniciusomp@yahoo.com.br).  
ORCID: 0000-0002-0529-7603

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil (andrelbc4@gmail.com).  
ORCID: 0000-0003-0328-6588

<sup>4</sup> Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília-DF, Brasil (nilo@conasems.org.br).  
ORCID: 0000-0002-3315-1521

<sup>5</sup> Fundação Oswaldo Cruz. Brasília-DF, Brasil (mairacramos@gmail.com).  
ORCID: 0000-0003-3829-975X

Recebido em: 17/08/2020  
Aprovado em: 27/03/2021  
Revisado em: 15/12/2021

## 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 (BYWOOD; ERNY-ALBRECHT, 2016; UCHIMURA; VIANA; MARCHILDON, 2019). 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 (DUARTE *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2012). 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 (VIANA; MACHADO, 2009) e entre Estado e sociedade civil (OUVERNEY; FLEURY, 2017).

Os países com sistemas universais que adotam a regionalização com resultados positivos na oferta de cuidados integrados eficazes e eficientes apresentam articulação entre os três níveis do sistema de saúde: nível macro (financiamento, governança e desempenho), nível meso (colaboração no nível organizacional) e micro (serviços no nível do paciente), segundo Bywood e Erny-Albrecht (2016). As estruturas regionais operam principalmente no nível meso do sistema, mas não podem operar sozinhas, portanto requerem um sistema de governança que auxilie na articulação dos três níveis do sistema (BYWOOD; ERNY-ALBRECHT, 2016).

No Brasil, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estão previstas a descentralização e a regionalização como pilares importantes no processo de enfrentamento das desigualdades, por meio do 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 (DUARTE *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2012).

As normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde tiveram grandes contribuições para o processo, dentre as quais 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 (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). A NOAS SUS 01/2002 trouxe outras inovações para aprofundar a regionalização, especialmente

com ênfase na forma de organização, o estabelecimento do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com o propósito de organizar os territórios estaduais em regiões/microrregiões com seus módulos assistenciais e fluxos assistenciais (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012).

O Pacto Pela Saúde enunciou a região de saúde 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 (BRASIL, 2006). Posteriormente, o Decreto n. 7.508/2011 retomou a regionalização do ponto de vista dos acordos políticos entre os gestores dos três entes federados na organização do sistema e proporcionou a intensificação dessa pauta na agenda da gestão, que ampliou o papel das Comissões Intergestores no nível regional (CIR) e ainda buscou fortalecer a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização (BRASIL, 2011).

Alguns estudos têm demonstrado que houve avanços no processo de regionalização, sobretudo devido ao modelo de governança estabelecido pelas CIRs, que têm auxiliado a reunir os sujeitos responsáveis pela tomada de decisão e pela negociação da alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de saúde de uso comum na região (LIMA *et al.*, 2012; VIANA; MACHADO, 2009). Entretanto, 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, mais detidamente atinentes ao Decreto n. 7.508/2011 e dela derivadas – Resoluções CIT 23/2017 (BRASIL, 2017), 37/2018 (BRASIL, 2018) e 44/2019 (BRASIL, 2019) – têm contribuído para a melhoria das redes de atenção e, conseqüentemente, do acesso aos serviços de saúde nas regiões, particularmente no avanço da integralidade da atenção.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar o processo de regionalização nos estados do Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná e Tocantins, a fim de verificar os avanços, bem como as barreiras e seus principais desafios para a garantia da integralidade da atenção no SUS.

## Métodos

Trata-se de estudo qualitativo realizado junto a regiões de saúde de cinco estados – Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná e Tocantins. A escolha desses 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 as que possuíam o número de regiões igual ou menor que dez, foram incluídas 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. As características das regiões de saúde encontram-se detalhadas na tabela 1. De uma forma geral, a média do IDHm das regiões incluídas foi homogênea, com poucas regiões com média do IDHm abaixo de 0,600. Destaca-se, entretanto, que das nove regiões incluídas do Paraná, seis possuíam média do IDHm acima de 0,700. Tocantins, apesar de ser o estado com pior IDH entre os selecionados, é o que tem maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 93,89%. Apenas três regiões possuem cobertura ESF de mais de 95%.

**Tabela 1.** Caracterização das regiões de saúde, segundo número de municípios, população, IDHm e Cobertura ESF, 2019

Região	n municípios	População*	Média IDHm**	Cobertura ESF*
CE	184	9.020.460	0,682	79,84%
Fortaleza	4	2.815.208	0,681	53,90%
Caucaía	10	622.567	0,626	81,61%
Baturité	8	138.884	0,619	98%
Canindé	6	205.936	0,593	75,72%
Quixadá	10	322.824	0,615	91,10%

continua...

Região	n municípios	População*	Média IDHm**	Cobertura ESF*
Acaraú	7	228.503	0,616	94,49%
Crateús	10	296.665	0,600	84,97%
Iguatu	10	320.563	0,604	97,04%
Juazeiro do Norte	6	423.996	0,629	98,88%
<b>MG</b>	<b>853</b>	<b>21.119.536</b>	<b>0,731</b>	<b>80,04%</b>
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	13	3.412.820	0,690	74,47%
Itajubá	15	206.917	0,694	74,42%
Itaobim	6	82.788	0,597	100%
Leopoldina/Cataguases	10	184.423	0,701	88,01%
Manga	5	58.582	0,594	100%
Minas Novas/Turmalina/Capelinha	8	125.932	0,635	100%
Pirapora	7	147.477	0,641	99,20%
São João Del Rei	18	241.683	0,696	86,26%
Sete Lagoas	24	446.105	0,678	78,61%
Ubá	20	315.455	0,669	82,29%
<b>MS</b>	<b>79</b>	<b>2.713.147</b>	<b>0,729</b>	<b>70,28%</b>
Campo Grande	34	1.482.654	0,683	65,56%
Corumbá	2	132.489	0,702	79,54%
Dourados	33	820.875	0,668	76,23%
Três Lagoas	10	277.129	0,691	73,46%
<b>PR</b>	<b>399</b>	<b>11.320.892</b>	<b>0,749</b>	<b>64,17%</b>
Paranaguá	7	291.687	0,701	71,81%
Metropolitana	29	3.572.326	0,697	43,89%
Ponta Grossa	12	628.284	0,698	64,93%
União da Vitória	9	176.934	0,690	63,74%
Campos Mourão	25	339.264	0,703	85,94%
Paranavaí	27	276.665	0,704	88,25%

continua...

Região	n municípios	População*	Média IDHm**	Cobertura ESF*
Maringá	30	816.771	0,732	64,96%
Apucarana	17	378.787	0,713	92,20%
Cornélio Procópio	21	229.548	0,701	87,58%
<b>TO</b>	<b>139</b>	<b>1.550.194</b>	<b>0,699</b>	<b>93,89%</b>
Médio Norte Araguaia	17	296.851	0,623	81,75%
Bico do Papagaio	24	208.286	0,621	97,05%
Sudeste	15	98.481	0,640	95,95%
Cerrado Tocantins Araguaia	23	160.369	0,635	95,75%
Ilha do Bananal	18	183.790	0,669	94,96%
Capim Dourado	14	363.093	0,630	97,84%
Cantão	15	128.292	0,649	96,47%
Amor Perfeito	13	111.032	0,649	98,27%

\* e-Gestor AB/MS, ano de referência 2018

\*\* PNUD, ano de referência 2010

Para cada região de saúde, foi entrevistado um representante da 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; e representantes que haviam participado de pelo menos três reuniões da CIR.

As entrevistas foram realizadas por um pesquisador com domínio no roteiro semiestruturado, e continham perguntas que versavam sobre: 1) processo de organização e funcionamento da regionalização; 2) planejamento regional; 3) organização e do fluxo assistencial 4) financiamento para as regiões de saúde; 5) organização e funcionamento da CIR. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 40 minutos e ocorreram no período de novembro de 2016 a outubro de 2017.

Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas 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

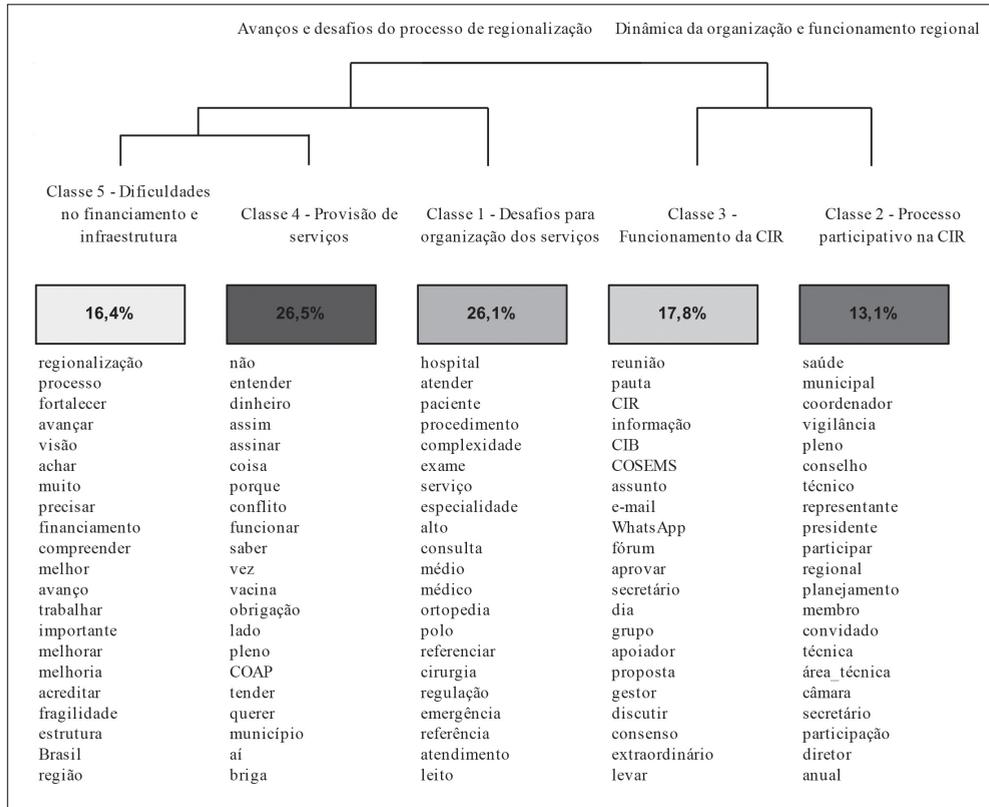
no *software* R e que permite realizar análises estatísticas de *corpus* textuais, como a lexicografia básica que faz o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Na primeira etapa do estudo foi realizada a CHD, na qual os segmentos de texto são classificados em função de 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  $\chi^2$  (X2 de associação da palavra com a classe), e fornece resultados que permitem a descrição de cada uma das classes, sobretudo pelo seu vocabulário característico e por suas variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2013).

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 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

No total foram analisadas 40 entrevistas, com 4122 formas e média de 2.624,88 ocorrências por texto. Segundo o Método de Reinert (CAMARGO; JUSTO, 2013), a análise resultou em 3.010 segmentos de textos, sendo classificados 94,78% desses, gerando o dendograma (figura 1). 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 (CAMARGO; JUSTO, 2013). Destaca-se que as palavras contidas nas classes representam os conteúdos compartilhados pelo grupo social sobre o processo de regionalização, não sendo possível, portanto, a análise de cada região em particular. Trata-se de representações sociais acerca do processo de regionalização, ou seja, de conteúdos partilhados com certo grau de consenso sobre o fenômeno (CAMARGO; JUSTO, 2013).

**Figura 1.** Dendograma com as representações sobre o processo de regionalização em saúde no Brasil



A segunda etapa foi a análise fatorial de correspondência (AFC), que 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 (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A terceira etapa foi a análise de similitude, baseada na teoria dos grafos, que possibilita identificar as co-ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, o que auxilia na identificação da estrutura do conteúdo de um *corpus* textual (CAMARGO; JUSTO, 2013). Foram selecionadas as 50 palavras de maior importância.

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 CNPq 41/2013: processo 405073/2015-5).

## Resultados

O dendograma (figura 1) demonstra a distribuição das cinco classes que emergiram das entrevistas. Localizam-se em uma mesma classe palavras com a mesma base lexical e com proximidade semântica, ou seja, que são co-ocorrentes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

No dendrograma, podem ser observados dois grandes eixos temáticos: o primeiro denominado “Avanços e desafios do processo de regionalização”, que congrega as classes 5 e 4, que estão juntas, e a classe 1, que se encontra isolada. A classe 5 trata das dificuldades no financiamento e da precariedade da infraestrutura do sistema, e a classe 4, das relações entre estados e municípios na provisão de serviços nas regiões de saúde. A classe 1 aborda os desafios para organização dos serviços de média e alta complexidade nas regiões de saúde.

O segundo eixo temático, denominado “Dinâmica da organização e funcionamento regional”, é constituído pelas classes 3 e 2, que estão juntas. A classe 3 retrata a dinâmica da organização e funcionamento da CIR, e a classe 2 mostra o processo participativo na CIR.

Do primeiro eixo temático, que trata dos avanços e desafios do processo de regionalização, temos a Classe 5, com 469 segmentos de texto (16,44%). As palavras mais representativas foram: regionalização, processo, fortalecer, avançar, visão, muito, precisar, financiamento, avanço, importante, melhorar, fragilidade, estrutura, sistema, crise, descentralização, entre outras. Essas palavras evidenciam que, na visão dos gestores, há avanços na regionalização, mas é preciso fortalecê-la, tendo em vista as deficiências no financiamento, além da falta de infraestrutura do sistema, que tem dificultado o acesso aos serviços necessários nas regiões.

O segmento típico de texto abaixo exemplifica 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. A gente também precisa ampliar o financiamento que ainda é muito pouco. (Entrevistado 34).

Os sujeitos trouxeram a importância do adequado funcionamento da regulação da assistência para garantir a distribuição equânime dos serviços de saúde públicos de saúde nas regiões, especialmente dos serviços de média e alta complexidade, que representam a maior dificuldade.

Os avanços são inúmeros, claro, mas a gente tem alguns desafios e algumas fragilidades, como a questão da regulação e do acesso (Entrevistado 34).

Outro desafio colocado nesta classe refere-se à maior autonomia das regiões de saúde para as tomadas de decisões mais atinentes a suas necessidades, e sobretudo poder provê-las com todos os serviços requeridos pela população.

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

Ainda em relação ao primeiro eixo temático, a Classe 4 é composta por 755 segmentos de texto (26,46%) e aborda as relações entre estados e municípios na provisão de serviços nas regiões de saúde. As palavras que mais contribuíram para a formação desta classe foram: não, dinheiro, conflito, funcionar, obrigação, COAP, município, município, briga, povo, cobrar, dentre outras. Foi recolocada nesta classe a dificuldade de compartilhamento dos recursos financeiros entre os entes federados, sobretudo entre estados e municípios no provimento das ações e serviços nas regiões, o que tem causado, por vezes, tensões e conflitos. Ademais, evidenciou-se nesta classe que existe expectativa de que o estado coordene o processo de regionalização, por meio de oferta de apoio, e do compartilhamento das tomadas de decisões acerca do provimento das ações e serviços para as regiões.

[...] 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).

Foi colocado também nesta classe que os municípios têm assumido grande parte das responsabilidades financeiras nas ofertas de serviços. Como consequência dessa experiência, expressaram o receio de assinar, à época, o COAP. Além disso, demonstrou-se nesta classe que a população cobra diretamente dos municípios o acesso a todos os serviços necessários.

(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, bem como dos fluxos assistenciais para prover o acesso a serviços de média e alta complexidade nas regiões de saúde. As palavras que corroboraram mais fortemente para a formação desta classe foram: hospital, atender, paciente, procedimento, complexidade, exame, especialidade, alto, médio, polo, referenciar, regulação, emergência, dentre outras. Trata-se dos esforços realizados para compor as regiões com serviços de saúde. Diversas regiões possuem dificuldade para conseguir leitos hospitalares, devido ao baixo número de hospitais médio e de grande porte, que ficam localizados, em sua maioria, nas capitais ou próximo delas. Os hospitais filantrópicos têm contribuições significativas na constituição do sistema regional de saúde, como pode ser percebido na fala a seguir:

Um hospital filantrópico que assume a questão da maternidade, hemodiálise, alta complexidade em cardiologia e alguns procedimentos cirúrgicos de média complexidade também (Entrevistado 19).

Outra estratégia adotada são os consórcios, sobretudo para compor os diversos serviços necessários, como pode ser visto na fala abaixo:

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).

Demonstrou-se que há dificuldades para se conseguir serviços de emergência. Ressalte-se que em diversas regiões ainda não existe esse tipo de serviço ou estão localizados em locais muito distantes:

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 referência e contrarreferência configura-se como outro grande problema nas regiões de saúde, devido às grandes distâncias entre os serviços em algumas regiões, além do problema das fronteiras entre os 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).

Por fim, destacaram que é preciso melhorar tanto o acesso como a resolutividade da Atenção Básica e, principalmente, fortalecê-la como coordenadora do sistema de saúde.

Outra fragilidade que também temos que fortalecer é a questão da resolutividade da Atenção Básica (Entrevistado 34).

O segundo eixo temático que trata da dinâmica da organização e funcionamento da CIR, é constituído pela Classe 3, com 508 segmentos de texto (17,81%). As palavras mais relevantes desta classe são: reunião, pauta, CIR, informação, CIB, COSEMS, fórum, aprovar, secretário, apoiador, gestor, consenso, regimento, dentre outras. Nesta classe demonstra-se o *modus operandi* das CIR 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.

Os trechos abaixo ilustram os segmentos típicos desta classe:

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).

Nesta classe demonstram-se, também, as mudanças nas formas de compartilhar as decisões, no âmbito CIR, que têm possibilitado ampla discussão até formação de consensos possíveis sobre diversos temas.

Antes, o modelo da CIR era muito informativo. Chegava à reunião, a GRS dava aula ou matéria e o gestor saía com as tarefinhas para fazer em casa. Mudou bastante, tanto que a pauta é construída praticamente a pedido do gestor (Entrevistado 20).

A Classe 2 do segundo eixo temático é composta por 375 segmentos (13,14%). As palavras com maior destaque foram: saúde, municipal, coordenador, vigilância, pleno, conselho, representante, participar, planejamento, regional, membro convidado, área técnica, secretário, participação, entre outras. A esta classe deu-se o nome de “Processo participativo na CIR”, que reitera a importância dos diversos atores nesse fórum para discutirem e pactuarem as questões relativas ao planejamento e à organização das ações e serviços nas 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).

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.

O planejamento é realizado por região, cada região faz o seu planejamento e depois consolida tudo (Entrevistado 1).

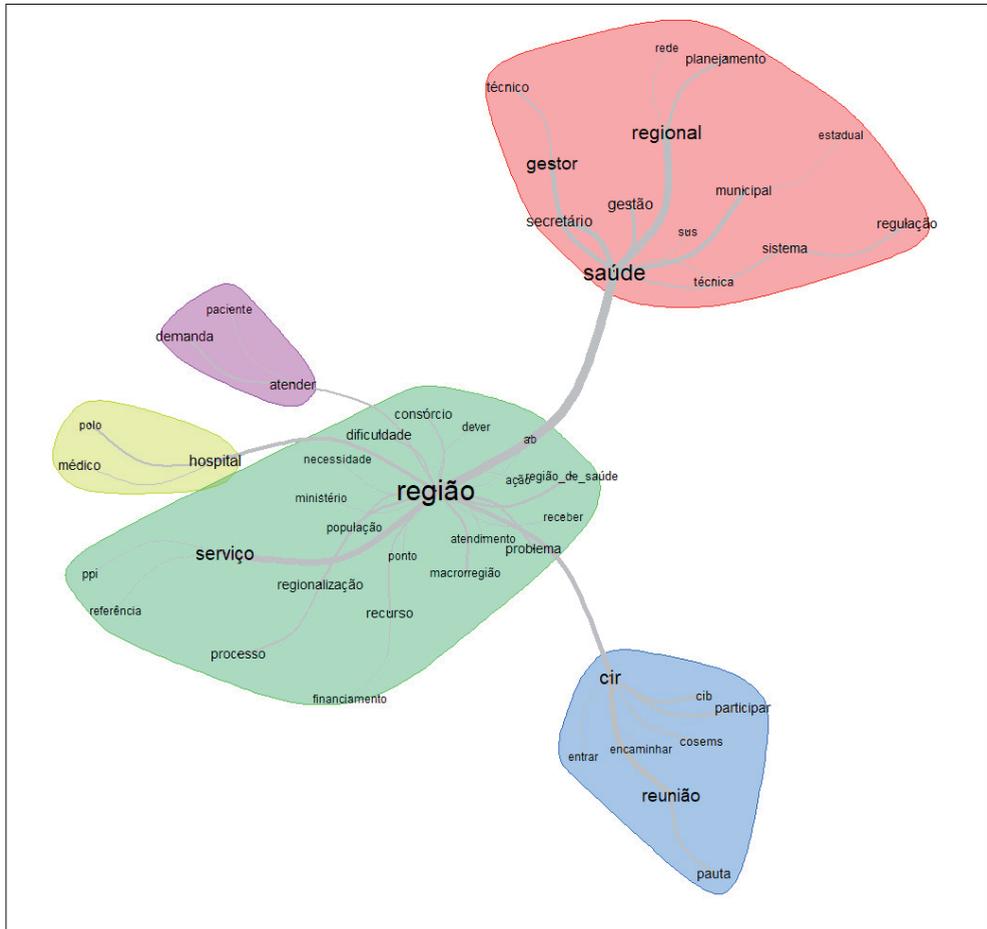


Estes resultados evidenciam dois possíveis cenários: i) A formulação da macropolítica de regionalização enfrenta dificuldades devido à escassez de recursos financeiros, precariedade da infraestrutura do sistema, fragilidades na governança regional e dificuldades no provimento das ações e serviços, sobretudo os de média e alta complexidade; e ii) A Comissão Intergestores Regional como espaço de tomada de decisão e fortalecimento da governança regional, mas com pouco ou nenhum envolvimento de atores externos a ela, como a sociedade civil organizada.

A última análise gerada foi a de similitude (figura 3), que permite visualizar a conexão entre as palavras, e auxilia na identificação da estrutura do corpus textual analisado, distinguindo as partes compartilhadas e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas). É possível identificar três figuras que demonstram processos distintos e independentes. No centro do gráfico, encontra-se a região de saúde com seus esforços de articulação para prover as ações e serviços necessários para a população, mais especificamente para atender às demandas dos pacientes, com maiores empenhos para conseguir médicos e hospitais, que por sua vez se encontram fora da região de saúde, como pode ser visto. Do outro lado da figura, demonstram-se os colegiados de gestão – CIB, CIR e COSEMS –, com 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 de os três processos ocorrerem de forma isolada sugere que a regionalização requer maior articulação entre esses componentes de uma forma mais sistêmica.

**Figura 3.** Análise de similitude com as cinquenta palavras de maior importância selecionadas



## Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram que a regionalização tem apresentado avanços, mas ainda apresenta diversas fragilidades, especialmente no âmbito da macropolítica, que tem sido afetada pela ausência de uma política de investimentos mais abrangente, que não é específica da saúde, mas decorre das políticas macroeconômicas e suas repercussões para as políticas sociais (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018; LIMA *et al.*, 2012; MENDES; LOUVISON, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2018).

O financiamento insuficiente em um cenário de disputas políticas e fragmentação de recursos, que tem se agravado nos últimos anos (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018; MENDES; LOUVISON, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2018), tem prejudicado demasiadamente o avanço do sistema de saúde com base regional, tornando-se imperativo superar o crônico e grave subfinanciamento, acima de tudo para melhorar a infraestrutura do sistema.

Há alguns anos, o federalismo cooperativo tem sido a estratégia adotada para alavancar a regionalização, e pressupõe a cooperação entre os três entes federativos, visando à racionalidade e à melhoria dos resultados em saúde. No entanto, têm enfrentado dificuldades, especialmente relacionadas à percepção de distribuição desigual de responsabilidades, que tem causado algumas tensões e conflitos, conforme mostram os resultados deste e de outros estudos (GALINDO *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2017). Outros instrumentos normativos, notadamente as Resoluções CIT 23/2017 (BRASIL, 2017), 37/2018 (BRASIL, 2018) e 44/2019 (BRASIL, 2019) foram criadas para reforçar a colaboração entre os entes federativos, com a finalidade de fortalecer a governança e a organização regional.

Nesse aspecto, os resultados deste estudo demonstraram que, na estrutura da governança regional, o protagonismo dos estados de forma mais contundente é fundamental para a melhoria da equidade regional (BRASIL, 2018, 2019; LIMA *et al.*, 2012). Trata-se, pois, da reconfiguração do papel da esfera estadual, que ainda apresenta limitação pela ênfase na municipalização nos 20 primeiros anos do SUS (BRASIL, 2019; LIMA *et al.*, 2012),

Outro aspecto diz respeito às disparidades estruturais no acesso, não corrigidas pelo modelo de descentralização adotado no sistema de saúde, o que dificulta o provimento de ações e serviços nas regiões de saúde do país (RIBEIRO *et al.*, 2017, 2018; VIANA *et al.*, 2018, 2015).

Diversos tipos de estratégias e arranjos têm sido adotados para provê-las, mas existem carências estruturais, desde a Atenção Primária (APS), que é a base do sistema, dado que tem recebido mais investimentos financeiros nos últimos tempos (BOUSQUAT *et al.*, 2017), porém ainda apresenta distribuição bastante desigual nas regiões, com baixa resolutividade (BOUSQUAT *et al.*, 2017). No que tange aos serviços de média e alta complexidade, em algumas regiões são completamente ausentes, existem desigualdades na oferta da atenção hospitalar, o que tem causado para boa parte das regiões insuficiência estrutural e sistêmica (LIMA *et al.*, 2012;

VIANA *et al.*, 2015), afetando a distribuição de leitos. Porém cabe destacar que houve discreta melhora nos últimos anos, uma vez que as regiões de saúde têm tido a capacidade de atender, pelo menos em parte, a demanda hospitalar e distribuir para outras regiões os casos de maior complexidade (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Os consórcios públicos têm sido uma solução adotada para o provimento de serviços. Esses consórcios permitem a cooperação, por livre associação, de municípios para a gestão regional na forma de associações paraestatais (RIBEIRO *et al.*, 2018) e trazem como vantagem maior autonomia para a contratação de profissionais, laboratórios, hospitais e diagnóstico por imagens, entre outros (GALINDO *et al.*, 2014; VIANA *et al.*, 2015). Alguns estados participantes deste estudo – Paraná, Minas Gerais e Ceará – têm longa experiência com consórcios (GALINDO *et al.*, 2014; VIANA *et al.*, 2015).

Constatou-se também neste estudo que, a despeito de todos os empenhos realizados pelos entes envolvidos para a provisão de serviços, com ênfase na organização do sistema de regulação, ainda são identificadas grandes lacunas entre a oferta e a demanda e assimetrias regionais. Demonstrou-se também que as desigualdades de acesso aos serviços de saúde no Sul são muito elevadas e no Norte e no Nordeste elas se reduziram, apesar do menor acesso a serviços de saúde (VIANA *et al.*, 2015). O estudo que analisou as tipologias das regiões, segundo desenvolvimento econômico e oferta de serviços, também mostrou diferenças e iniquidades consideráveis entre as regiões (RIBEIRO *et al.*, 2018).

A oferta insuficiente de serviços públicos de saúde, aliada à utilização, por vezes inadequada, dos recursos existentes, e à desarticulação entre prestadores são fatores que têm contribuído para o aumento da oferta privada financiada pelo Estado, requerendo o fortalecimento da regulação estatal (GAMARRA; PORTO, 2015; PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016). Nesse contexto, cabe ao estado a conglobação e a promoção da governança democrática dos processos de planejamento/programação, regulação (BRASIL, 2017, 2018, 2019; LIMA *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2017) e contratualização integradas de natureza regional (LIMA *et al.*, 2012). Esse desenho implica a 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 (DUARTE *et al.*, 2015). 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 (BRASIL, 2019; LIMA *et al.*, 2012; VIANA *et al.*, 2018).

Os resultados deste estudo revelaram ainda que, apesar dos avanços na institucionalização das CIRs, que têm contribuído de forma significativa nas pactuações das ações e serviços regiões, observou-se que não tem havido capacidade suficiente para mudar a formulação da macropolítica 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 tecno-burocrático voltado às questões cotidianas (micropolítica), que são relevantes, mas não suficientes para garantir o acesso a todos os serviços que a população necessita.

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 e 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 (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SHIMIZU *et al.*, 2017).

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 a identificação das necessidades regionais e também para reivindicarem por melhoria na infraestrutura de serviços de saúde. Para avanços no processo de regionalização, é relevante o envolvimento da sociedade civil organizada nas instâncias de pactuação regional do SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; SHIUMIZU *et al.*, 2017). Um dos importantes atributos da governança é o monitoramento e a avaliação das políticas, que contam com a participação dos moradores das regiões, sobretudo no que se denomina *accountability*, ou acompanhamento das ações e resultados (BYWOOD; ERNY-ALBRECHT, 2016; QUEVEDO; HECK; JARDIM, 2012; REIS *et al.*, 2017). O envolvimento da comunidade e a coesão local são fatores essenciais para a regionalização (BYWOOD; ERNY-ALBRECHT, 2016; QUEVEDO; HECK; JARDIM, 2012; REIS *et al.*, 2017).

O fortalecimento do planejamento regional com participação de todos os atores envolvidos, com vistas à adequação das múltiplas realidades do território (BYWOOD; ERNY-ALBRECHT, 2016; QUEVEDO; HECK; JARDIM, 2012; REIS *et al.*, 2017) é imperativo. Portanto, há que se continuar investindo em formas de desenvolver capacidade institucional para o planejamento e a coordenação territorial regional voltada a superação de interesses corporativos e criação de uma governança local baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental (BRASIL, 2017, 2018, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2017).

Uma das limitações deste estudo é metodológica, pois trata-se de estudo qualitativo, mais precisamente das representações dos gestores acerca da regionalização, portanto não permite aprofundar sobre as particularidades de cada região de saúde. A amostragem de conveniência é outra limitação, mas buscaram-se critérios para abarcar a diversidade das macrorregiões brasileiras.

## Considerações finais

A regionalização nos estados do Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná e Tocantins apresentou avanços, especialmente no que diz respeito ao aprimoramento da governança compartilhada, com melhorias na organização e no desempenho das CIRs. No entanto, ainda requer aperfeiçoamentos, sobretudo para ampliar sua capacidade para agir na formulação da macro e da micropolítica, com aumento da participação de outros atores sociais oriundos da comunidade local (sociedade civil organizada, usuários, entre outros), visando aprofundar o conhecimento da realidade, bem como ampliar as capacidades para o desenvolvimento regional, o *accountability* ou acompanhamento das ações e resultados.

Verificou-se que as deficiências no financiamento têm causado desigualdades no acesso aos serviços nas regiões, desde a Atenção Básica, que ainda apresenta baixa resolutividade, mas especialmente aos de média e alta complexidade, configurando, em algumas delas, insuficiência estrutural e sistêmica. Nesse contexto, é importante destacar que o sistema de saúde necessita fortalecer a política de Atenção Básica, mas principalmente a política de atenção especializada e hospitalar que tem se apresentado como um grande gargalo, com mecanismos de planejamento e monitoramento voltadas para o fortalecimento rede regional de saúde e sob a regulação do Estado.

Destarte, além da necessidade de uma política de investimentos mais abrangente, tendo como finalidade o avanço da regionalização, o desafio continua sendo 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.<sup>1</sup>

## Referências

- BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de julho 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, 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jun. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 ago. 2017.
- \_\_\_\_\_. 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, 2018. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 mar. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado, 2019. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 maio 2017.
- BYWOOD, P. T.; ERNY-ALBRECHT, K. *Regionalisation of health services: Benefits and impact*. [s.l: s.n.].
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-8, 2013.
- DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 472-85, 2015.
- DUARTE, L. S.; MENDES, Á. 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*, v. 42, n. 116, p. 25-37, 2018.

- GALINDO, J. M. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: A experiência gerencial do consórcio intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, 2014.
- GAMARRA, T. P. das N.; PORTO, M. F. de S. Regulação em Saúde e Epistemologia Política: Contribuições da Ciência Pós-normal para Enfrentar as Incertezas. *Organizações & Sociedade*, v. 22, n. 74, p. 405-422, set. 2015.
- LIMA, L. D. de *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2881-92, 2012.
- MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: A governança em região de pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 129-40, 2017.
- MENDES, Á.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 398-402, 22 jun. 2015.
- OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: Uma interpretação histórico-institucionalista. *Revista de Administração Pública*, v. 51, n. 6, p. 1085-1103, 1 dez. 2017.
- PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. de M.; OLIVEIRA, W. F. de. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 111, p. 63-73, dez. 2016.
- QUEVEDO, A.; HECK, R.; JARDIM, V. Conselhos de saúde e regionalização em saúde. v. 2, n. 1, p. 28-37, 2012.
- REIS, A. A. C. *et al.* Thoughts on the development of active regional public health systems. *Ciencia & saúde coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017.
- RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1031-44, 2017.
- \_\_\_\_\_. Federalism and health policy in Brazil: Institutional features and regional inequalities. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, 1 jun. 2018.
- SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
- SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, Á. W. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 265-274, 2012.
- SHIMIZU, H. E. *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, abr. 2017.

UCHIMURA, L. Y. T.; VIANA, A. L. D'ÁVILA; MARCHILDON, G. P. Managers and clinicians: Perceptions of the impact of regionalization in two regions in Canada. *Healthcare Management Forum*, v. 32, n. 3, p. 163-166, 1 maio 2019.

VIANA, A. L. *et al.* Regionalization and health networks. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 1 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Tipologia das regiões de saúde: Condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VIANA, A. L.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: A experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807-819, 2009.

## Nota

<sup>1</sup> H. E. Shimizu foi responsável pela concepção e planejamento do estudo, e; revisão do manuscrito. V. O. de M. Pereira e M. C. Ramos participaram da concepção e planejamento do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados, e; elaboração e revisão do manuscrito. A. L. B. de Carvalho e N. Brêtas Júnior participaram da coleta, análise e interpretação dos dados.

## *Abstract*

### *Health regionalization in Brazil: an analysis of the managers' perceptions of the Regional Intermanager Commissions*

The study aims to understand the perceptions of managers about the advances, barriers and challenges of the regionalization process. Qualitative study carried out through 40 in-depth interviews with managers of health regions in the states of Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Minas Gerais and Tocantins, analyzed using the Iramuteq software. The first axis demonstrated the lack of funding, the difficulty and efforts to provide actions and services, as well as inequities in access. The second axis revealed the dynamics of the regional organization and functioning, which presents advances, especially in the modus operandi of the regional organization, which includes improvements in the organization and performance of the Regional Inter-Management Collegiate. However, it showed that it is necessary to continue investing in the construction of cooperative federative coordination for better organization and reduction of regional inequalities.

► **Keywords:** Health Systems. Regionalization. Governance.

