

## Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços

Regional governance arrangements of the Brazilian Unified National Health System: provider diversity and spacial inequality in service provision

Modalidades regionales de gestión en el Sistema Único de Salud: diversidad de prestadores y desigualdad espacial en la provisión de servicios

Luciana Dias de Lima <sup>1</sup>  
Mariana Vercesi de Albuquerque <sup>1</sup>  
João Henrique Gurtler Scatena <sup>2</sup>  
Enirtes Caetano Prates de Melo <sup>1</sup>  
Evangelina Xavier Gouveia de Oliveira <sup>3</sup>  
Marília Sá Carvalho <sup>4</sup>  
Adelyne Maria Mendes Pereira <sup>1</sup>  
Ricardo Antunes Dantas de Oliveira <sup>5</sup>  
Nereide Lucia Martinelli <sup>2</sup>  
Clarice Furtado de Oliveira <sup>6</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00094618

### Resumo

O estudo analisa os arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo esfera jurídica dos prestadores e distribuição espacial da produção de serviços de média e alta complexidade no Brasil. Tais arranjos expressam o modo como a reforma do Estado e do sistema de saúde promoveram a redistribuição de funções entre entes governamentais e privados no território. Realizou-se estudo exploratório com base em dados secundários de abrangência nacional, do biênio 2015-2016. Por meio da análise de agrupamentos baseada na composição dos percentuais da produção dos principais prestadores, foram classificadas 438 regiões de saúde. Na assistência de média complexidade, predominou o prestador público municipal (ambulatorial) e o prestador privado filantrópico (hospitalar). Na alta complexidade, predominou o prestador filantrópico e lucrativo (ambulatorial e hospitalar). A produção de média complexidade foi registrada em todas as regiões de saúde, porém, em 12 estados, mais da metade dela está concentrada em apenas uma região de saúde. A produção de alta complexidade é concentrada nas regiões das capitais estaduais. Os arranjos de governança podem ser mais ou menos diversos e desiguais, se considerados os diferentes segmentos e níveis de concentração regional da produção de média e alta complexidade. O estudo sugere que a convergência entre descentralização e mercantilização favoreceu o reescalonamento da função de prestação de serviços, com ampliação da escala de atuação de prestadores privados e fortalecimento dos municípios polos. As características dos arranjos de governança desafiam a regionalização do SUS orientada pelas necessidades coletivas das populações.

Assistência à Saúde; Regionalização; Governança; Setor Privado; Política de Saúde

### Correspondência

L. D. Lima  
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde,  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação  
Oswaldo Cruz.  
Rua Leopoldo Bulhões 1480, 7º andar, sala 715, Rio de Janeiro,  
RJ 21041-210, Brasil.  
luciana@ensp.fiocruz.br

- <sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.  
<sup>3</sup> Grupo de Redes e Informação em Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>4</sup> Programa de Computação Científica, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>5</sup> Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnologia em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>6</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



## Introdução

Na literatura internacional de políticas públicas, a governança tem sido objeto de investigações frequentes, com significados, propósitos e enfoques diversos <sup>1,2,3</sup>.

Particularmente na América Latina e no Brasil, Marques <sup>4</sup> identifica a associação do conceito a duas formas distintas de organização do governo. Uma relacionada ao incremento da atuação de agentes privados nas funções e atividades do Estado; outra que remete à ampliação da participação da sociedade nos processos decisórios. Para o autor, ainda que apontem para diferentes perspectivas, em ambas as acepções, o “Estado é visto com suspeita”. Essas interpretações favoreceram a disseminação de visões prescritivas da governança, como sinônimo de “bom governo”, eficiente, horizontalizado e democrático. Além disso, contribuíram para disseminar “*ficções sobre as políticas públicas e sobre a política que as cercam*” <sup>4</sup> (p. 15), tais como o uso de governança como arranjo alternativo às instituições tradicionais de governo e o sentido necessariamente positivo de governança.

Mesmo reconhecendo essas limitações, vários trabalhos ressaltam a pertinência da governança como categoria de análise de políticas públicas. O conceito de governança está associado à “ação de governar as políticas”, e seu uso permite problematizar o significado desse processo frente às mudanças no exercício de poder nas décadas recentes, que favoreceram a emergência de novos atores e a atuação simultânea, autônoma e interdependente de diversos grupos e organizações, públicos, privados e corporativos <sup>5,6</sup>. Enfatiza, portanto, a necessidade de compreensão das configurações policêntricas dos arranjos de governo que expressam maior ou menor protagonismo estatal nos processos de formulação, implementação e controle de políticas.

Tal abordagem também possibilita o questionamento da interação entre Estado, mercado e sociedade em sistemas dotados de vários graus de institucionalização, assumindo a existência de limites nem sempre claros entre eles e a incorporação de dispositivos informais pelos quais são guiadas as ações coletivas <sup>4</sup>. Além disso, diversos trabalhos valorizam a dimensão territorial da governança ao incorporarem formas de reescalonamento da ação estatal, múltiplos níveis de governo e escalas espaciais na análise das instituições e dos atores nos processos que envolvem as políticas públicas <sup>7,8,9</sup>.

Nos estudos sobre políticas de saúde, é possível observar conotações e usos distintos da governança <sup>10,11,12</sup>. A disseminação do conceito ocorreu a partir dos anos 1990, quando se intensificaram movimentos de reformas de sistemas públicos de saúde e variações no exercício da autoridade estatal passaram a ser observadas <sup>13,14</sup>. Na Europa e América Latina, as alterações favoreceram a ampliação da atuação de governos regionais e locais, a incorporação de mecanismos de mercado na gestão pública e a maior presença do setor privado no financiamento, na provisão e na regulação de ações e serviços <sup>15,16,17</sup>. Nesse contexto, acentuaram-se as preocupações em relação aos condicionantes e repercussões das reformas para a manutenção do caráter público dos sistemas e a saúde das populações, sendo a governança utilizada ora como forma de avaliação de desempenho de modelos específicos de organização e gestão <sup>11,18,19,20</sup>, ora como método de análise para compreensão das políticas desenvolvidas <sup>21,22</sup>.

Com base nessa discussão, o artigo tem como objetivo analisar os arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a esfera jurídica dos prestadores e a distribuição espacial da produção de serviços de média e alta complexidade no Brasil.

Os arranjos regionais de governança abrangem os atores, as estruturas e os processos que conformam o exercício da autoridade e as decisões de políticas públicas no território <sup>3</sup>. Entre as várias dimensões e aspectos dos arranjos de governança, o estudo priorizou a análise das composições de estabelecimentos públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com ou sem fins lucrativos) que predominam nos segmentos da assistência especializada do SUS, em diferentes escalas espaciais. Considera-se que as configurações do *mix* público-privado da provisão de serviços expressam o modo como processos de reforma do Estado e do sistema de saúde promoveram a redistribuição de funções entre entes governamentais e privados no território brasileiro <sup>23</sup>.

A justificativa para o enfoque do estudo fundamenta-se em dois argumentos principais. O primeiro está relacionado ao entendimento da prestação da assistência como dimensão econômica e espacial de poder da política de saúde. Destacam-se o expressivo volume de atendimentos e gastos públicos da assistência especializada <sup>24</sup>, os diversos grupos de interesse mobilizados e sua importância para a conformação de redes de atenção à saúde no SUS <sup>25</sup>. Assim, a esfera jurídica dos prestadores de média

e alta complexidade importa para a compreensão da governança, tendo em vista a identificação dos principais atores públicos e privados responsáveis pela provisão desses serviços. O segundo refere-se à especificidade da trajetória da política de saúde nas três últimas décadas e seus desdobramentos para a governança regional da saúde no Brasil. A implementação do SUS sofreu a influência de distintos fatores e projetos em disputa, que favoreceram a expansão da oferta de serviços públicos de forma concomitante às transformações na dinâmica econômica e ao crescimento do setor privado suplementar<sup>26</sup>. Além disso, processos associados de descentralização e mercantilização levaram à diversificação de atores (governamentais e privados) na gestão e prestação de serviços públicos, e a conformação de arranjos diferenciados de governança regional do SUS<sup>27,28</sup>.

Sob diferentes perspectivas, alguns estudos procuram explorar as relações intergovernamentais e público-privadas que permeiam a governança do SUS nos estados e regiões de saúde<sup>23,28,29,30,31,32</sup>. Entretanto, em sua maioria, as pesquisas estão voltadas à análise de um ou poucos casos, ou priorizam uma determinada escala espacial (estadual, regional ou local), faltando ainda aprofundar o significado e as repercussões desses processos no território nacional e de modo multiescalar.

A pesquisa foi orientada pelas seguintes questões: como se configuram os arranjos regionais de governança do SUS no que tange aos prestadores públicos e privados de média e alta complexidade? Quais as condicionantes e as possíveis implicações desses arranjos, tendo em vista a distribuição espacial da prestação da assistência especializada no Brasil?

## Método

Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações em saúde do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <http://datasus.saude.gov.br/>) e referentes à provisão de serviços de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares. A assistência de média e alta complexidade, por suas particularidades, foi investigada como *proxy* da diversidade de atores, públicos e privados, que atuam no SUS e da relação que se estabelece entre eles.

Procedimentos ambulatoriais e internações de média complexidade e de alta complexidade são aqueles classificados como tal na seleção “complexidade” do Sistema de Informações do SUS Ambulatoriais (SIA-SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Embora haja uma infirmitude de procedimentos ambulatoriais, classificados como de média complexidade, e que seja diversa sua ocorrência entre os estados brasileiros, no biênio em estudo, 95% deles concentravam-se em: consultas, exames laboratoriais e de imagem e fisioterapia. Da mesma forma, as internações de média complexidade abrangem ampla variedade de procedimentos, que em sua maioria (63,6%) incluíam: tratamentos clínicos diversos, parto/nascimento e cirurgia obstétrica.

No caso da assistência ambulatorial de alta complexidade, estão incluídos grupos que abrangem os seguintes procedimentos: (1) de finalidade diagnóstica; (2) clínicos; (3) cirúrgicos; (4) transplante de órgãos, tecidos e células; e (5) medicamentos. Não foi contemplado neste trabalho o grupo medicamentos por alguns motivos: (a) a dispensação de medicamentos não é um procedimento comparável aos demais; (b) em 15 estados o procedimento só ocorre na capital; (c) está sob responsabilidade estadual na quase totalidade de municípios e regiões de saúde; (d) como tal grupo representa 95% do total de procedimentos, sua inclusão inviabilizaria a apreensão da diversidade de atores que participam da provisão dos demais. Já em relação às internações de alta complexidade, elas englobam os quatro primeiros grupos de procedimentos acima mencionados.

Os dados investigados são referentes ao biênio 2015-2016, escolha fundamentada na homogeneidade das variáveis selecionadas para análise e na diminuição da influência de eventual variação casual pela agregação de dois anos subsequentes.

Do SIA-SUS, foram extraídos os dados concernentes à produção ambulatorial de média complexidade e de alta complexidade, ambas por local de realização de atendimento (quantidade aprovada) e seu processamento considerou: (a) a escala espacial: macrorregião, estado/Distrito Federal, região de saúde; (b) a esfera jurídica responsável pela prestação do referido serviço: administração pública (federal, estadual/Distrito Federal, municipal e outros), entidades sem fins lucrativos, demais entidades empresariais; (c) a concentração da assistência ambulatorial nas regiões de saúde de cada estado

e do Distrito Federal. Ressalta-se que a região de saúde corresponde a um recorte espacial específico no nível dos estados brasileiros, formalmente estabelecido para fins de planejamento, negociação e gestão intergovernamental do SUS <sup>23</sup>.

Do SIH-SUS, foram extraídos os dados relativos às internações hospitalares (Autorizações de Internação Hospitalar – AIH aprovadas) também de média complexidade e de alta complexidade, por local de internação e tendo em conta as mesmas variáveis detalhadas acima, relativas à escala espacial, esfera jurídica e concentração.

Foram calculados os percentuais da produção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade no período de 2015-2016, para cada região de saúde segundo categorização dos principais prestadores: público federal (PF); público estadual/Distrito Federal (PE); público municipal (PM); privado não lucrativo ou filantrópico (PrF); privado lucrativo (PrL).

A análise das informações foi feita em duas dimensões com o objetivo de aferir: (1) os perfis de prestadores públicos e privados nas regiões; (2) a concentração regional da prestação de serviços.

Foi realizada análise de agrupamentos (*cluster*) com o objetivo de classificar as regiões em grupos construídos pela semelhança dos perfis regionais (dados pela composição dos percentuais da produção realizada segundo categorias dos principais prestadores) e pela diferença do perfil das regiões de outro grupo. O conjunto de regiões foi submetido à análise de cluster pelo método *k-medoids* (algoritmo *partitioning around medoids* <sup>33</sup>), por meio de análise conjunta de cinco indicadores (proporção de prestadores PF, PE, PM, PrF e PrL) calculados com base na produção hospitalar e ambulatorial, tanto de média quanto de alta complexidade. O particionamento em torno dos *medoids* permitiu agrupar as regiões de saúde segundo características compartilhadas entre os principais prestadores (homogeneidade intragrupo e heterogeneidade intergrupo).

Foram representados em mapas os *clusters*, criados pelo método *k-medoids*, dos quatro segmentos da assistência estudados (ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade). Métodos de visualização gráfica e as funções *fviz\_nbclust* e *hcut* (disponíveis na biblioteca Factoextra; <https://cran.r-project.org/package=factoextra>) foram utilizados em apoio à avaliação do número ótimo de grupos. Utilizou-se a malha municipal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) agregada por região de saúde, disponível no portal do DATASUS. A análise abrangeu as 438 regiões de saúde, conjunto bastante heterogêneo na quantidade de municípios que varia de 1 a 42 municípios (o Distrito Federal constitui sozinho uma região). O processamento de dados e as análises foram realizados com auxílio do programa de domínio público R (<https://www.r-project.org>), no ambiente RStudio e com consulta às bibliotecas Cluster (<https://cran.r-project.org/web/packages=cluster>), Factoextra (métodos de visualização gráfica e as funções *fviz\_nbclust* e *hcut* foram utilizados em apoio à avaliação do número ótimo de grupos) e Glue (<https://cran.r-project.org/web/packages=glue>).

A concentração regional foi apreendida pelo percentual da produção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, de cada região de saúde, tendo como denominador a produção total do respectivo estado (e Distrito Federal), referente a cada um desses serviços. Tais informações foram tabuladas e organizadas na forma de gráficos por meio do programa Excel (<https://products.office.com/>).

## Resultados

### Diversidade territorial do perfil de prestadores públicos e privados

Na assistência ambulatorial, a análise de *cluster* identificou quatro perfis de classificação para a média complexidade e seis perfis para a alta complexidade. No que tange à assistência hospitalar, as regiões de saúde apresentaram três perfis para a média complexidade e oito perfis nitidamente distintos para a alta. Cada agrupamento reflete características compartilhadas pelas regiões de saúde e, consequentemente, configuram o padrão geral das regiões e a melhor aproximação possível para cada situação, dada a diversidade da base empírica investigada.

A Tabela 1 apresenta as medianas das variáveis utilizadas para caracterizar os *clusters* de prestadores em cada segmento de provisão de serviços, bem como o número de regiões contidas em cada grupo. Na assistência ambulatorial, o Grupo 2 (predomínio do prestador municipal) se destacou entre

**Tabela 1**

Mediana de cada indicador investigado, segundo grupos de classificação. Brasil, 2015-2016.

Indicador investigado	Grupo	Número de regiões	Público federal	Público estadual	Público municipal	Privado filantrópico	Privado lucrativo
Produção ambulatorial de média complexidade	1	64	0,00	43,34	24,21	2,67	6,20
	2	180	0,00	2,87	67,71	4,95	6,50
	3	113	0,00	1,45	28,97	21,12	36,07
	4	81	0,00	0,01	37,80	46,79	6,67
Produção hospitalar de média complexidade	1	143	0,00	0,00	51,91	13,06	0,00
	2	95	0,00	63,57	10,33	4,61	0,00
	3	200	0,00	0,00	1,330	91,06	0,00
Produção ambulatorial de alta complexidade	1	36	0,00	84,44	0,01	0,00	0,00
	2	141	0,00	0,00	0,01	0,00	91,85
	3	43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	4	74	0,00	6,44	0,88	47,36	38,83
	5	36	0,00	0,00	98,60	0,00	0,00
	6	108	0,00	0,00	0,10	95,19	1,03
Produção hospitalar de alta complexidade	1	49	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00
	2	51	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
	3	94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	4	22	0,00	48,49	0,00	41,21	0,00
	5	5	93,38	0,00	0,00	4,49	0,00
	6	19	0,00	0,00	0,00	0,00	94,56
	7	40	0,00	0,74	0,13	66,67	13,79
	8	158	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00

Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

as regiões de saúde (41,1%), e o prestador municipal obteve medianas elevadas em todos os agrupamentos. Já na assistência hospitalar de média complexidade, o Grupo 3 (predomínio do prestador filantrópico) abarcou a maior parte das regiões de saúde (45,7%). O prestador filantrópico também se destacou nos demais grupos desse segmento, de forma conjunta com o prestador municipal (Grupo 1) ou com o prestador estadual e municipal (Grupo 2).

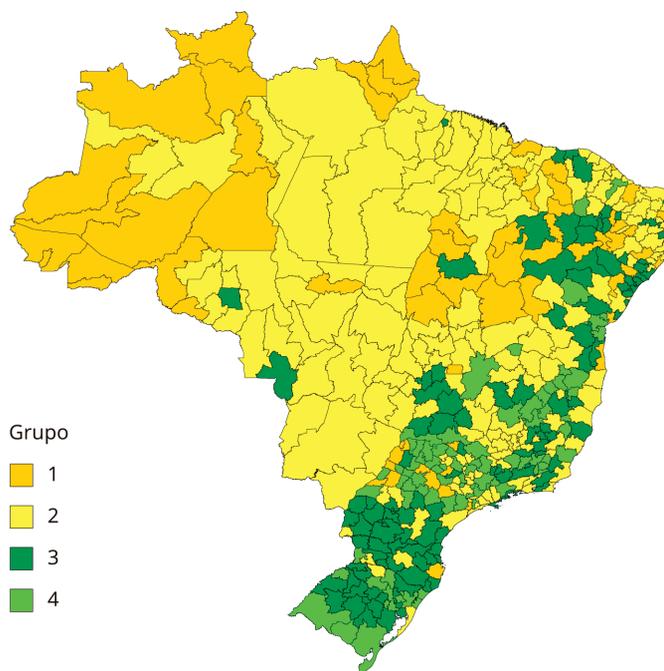
Na assistência ambulatorial de alta complexidade, o Grupo 2 (predomínio do prestador privado lucrativo) congregou 32,2%, e o Grupo 6 (predomínio do prestador filantrópico), 24,6% das regiões de saúde (Tabela 1). No tocante à assistência hospitalar de alta complexidade, o padrão observado foi o que apresentou menor diversidade de composição de prestadores predominantes, e o Grupo 8 (predomínio do prestador privado filantrópico) reuniu maior número de regiões de saúde (36,1%). Em ambos os segmentos de alta complexidade, constatou-se uma elevada proporção de regiões caracterizadas por escassez/ausência de prestadores (9,8% das regiões na assistência ambulatorial e 21,5% na assistência hospitalar).

A distribuição espacial dos quatro *clusters* de prestadores da assistência ambulatorial de média complexidade evidencia que: (a) o prestador estadual (Grupo 1) teve maior destaque nas regiões de saúde dos estados da macrorregião Norte; (b) os prestadores municipais (Grupo 2) predominaram nas regiões de saúde do Norte e Centro-oeste, e também tiveram expressiva participação no Nordeste; (c) ainda que conjuntamente com o prestador municipal (Grupos 3 e 4), os prestadores privados, filantrópicos e/ou lucrativos, destacaram-se especialmente nas regiões de saúde do Sul, Sudeste e parte do Nordeste (Figura 1).

O prestador privado filantrópico (Grupo 3) prevaleceu nas regiões de saúde dos estados das macrorregiões Sul e Sudeste na assistência hospitalar de média complexidade (Figura 2). Já os

**Figura 1**

Produção ambulatorial de média complexidade: distribuição das regiões de saúde por *cluster* de prestadores. Brasil, 2015-2016.



Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

Nota: Grupo 1: predomínio do prestador estadual, destaque secundário do prestador municipal; Grupo 2: predomínio do prestador municipal; Grupo 3: predomínio do prestador municipal e privado lucrativo, destaque secundário do privado filantrópico; Grupo 4: predomínio do prestador privado filantrópico e municipal.

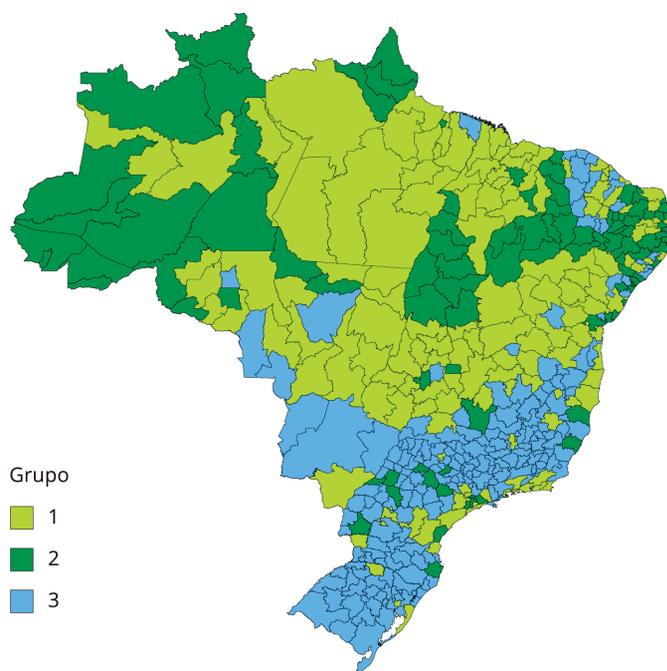
prestadores públicos municipais e/ou estaduais (Grupos 1 e 2) predominaram no Norte, Nordeste e Centro-oeste (excetuando as dos estados do Ceará e Mato Grosso do Sul), sempre tendo o filantrópico como destaque secundário. O prestador estadual foi relevante nas regiões de saúde do Norte (exceto as do Pará), do Piauí e Pernambuco, enquanto o prestador municipal se destacou nas do Centro-oeste e de vários estados do Nordeste.

Na assistência ambulatorial de alta complexidade, o conjunto dos seis agrupamentos informa (Figura 3): (a) escassez ou ausência de prestadores predominantes (Grupo 3) em todas as macrorregiões, ainda que de diversa magnitude e localização, dependendo do estado; (b) maior destaque de prestadores públicos (Grupos 1 e 5) nas regiões de saúde dos estados que compõem a Amazônia Legal; (c) proeminência de prestadores privados filantrópicos e lucrativo em todas as macrorregiões, seja partilhando com o prestador público estadual (Grupo 4), seja dominando a prestação (Grupos 2 e 6); (d) predominância de prestadores privados filantrópicos (Grupo 6) nas regiões de saúde do Sul e Sudeste, em comparação com as do Nordeste, onde a frequência do privado lucrativo (Grupo 2) foi maior.

Finalmente, além da maior escassez ou ausência de prestadores predominantes em todas as macrorregiões e na maioria dos estados (Grupo 3), os oito agrupamentos conformados na assistência hospitalar de alta complexidade evidenciaram situações particulares: (a) predominância do prestador privado (Grupos 6, 7 e 8) nas regiões de saúde situadas nas macrorregiões do Sudeste, Sul e parte do Centro-oeste; (b) predomínio do prestador público estadual e/ou municipal na metade norte do país,

**Figura 2**

Produção hospitalar de média complexidade: distribuição das regiões de saúde por *cluster* de prestadores.  
Brasil, 2015-2016.



Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

Nota: Grupo 1: predomínio do prestador municipal, destaque secundário do privado filantrópico; Grupo 2: predomínio do prestador estadual, destaque secundário do municipal e privado filantrópico; Grupo 3: predomínio do prestador filantrópico.

isoladamente (Grupos 1 e 2) ou com o privado filantrópico (Grupo 4); (c) predomínio do prestador público federal (Grupo 5) em uma ou duas regiões de saúde de alguns estados (Amazonas, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul); (d) presença marcante do prestador privado filantrópico, que, de forma isolada (Grupo 8) ou partilhada com o privado lucrativo (Grupo 7), distribuiu-se por regiões de saúde de todo o território nacional, excetuando-se a região Norte; (e) vazios assistenciais (Grupo 3) concentrados no Norte, Centro-oeste e Nordeste (Figura 4).

### **Concentração regional da prestação de serviços**

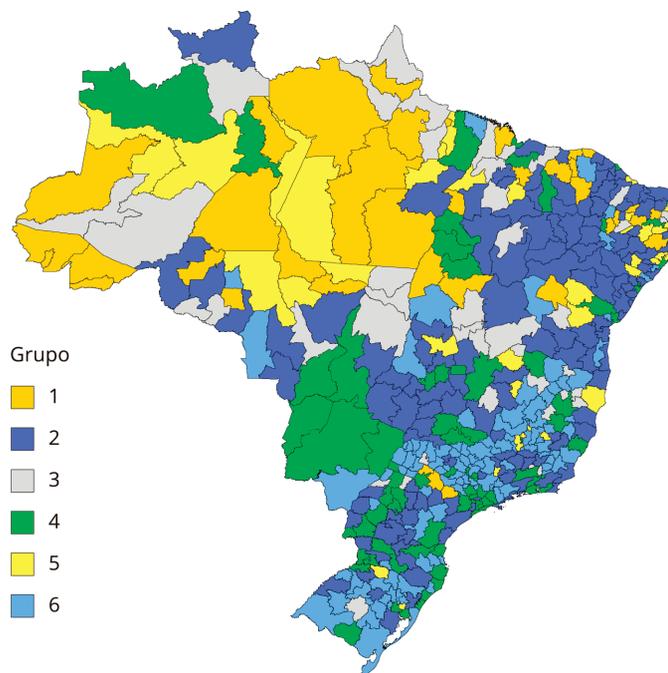
A provisão de assistência ambulatorial de média complexidade, no biênio 2015-2016, foi registrada por 5.162 municípios (92,7% dos municípios existentes) e em todas as 438 regiões de saúde brasileiras.

Os estados com maior percentual de concentração regional da produção ambulatorial de média complexidade foram aqueles em que uma única região deteve mais de 50% de toda produção estadual. Excetuando-se o Distrito Federal, por sua particularidade, doze estados encontravam-se nessa situação, porém se destacaram com os maiores percentuais cinco estados da macrorregião Norte, quatro do Nordeste, além de Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul (Figura 5). Os percentuais mais elevados de concentração foram registrados na região em que se insere a capital.

Por outro lado, quanto maior o número de regiões de saúde dividindo o quantitativo dessa produção, maior a desconcentração. Logo, os estados mais desconcentrados foram Santa Catarina, Minas

**Figura 3**

Produção ambulatorial de alta complexidade: distribuição das regiões de saúde por *cluster* de prestadores. Brasil, 2015-2016.



Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

Nota: Grupo 1: predomínio do prestador estadual; Grupo 2: predomínio do prestador privado lucrativo; Grupo 3: escassez/ausência de prestadores; Grupo 4: predomínio do prestador privado filantrópico e lucrativo, destaque secundário do estadual; Grupo 5: predomínio de prestador municipal; Grupo 6: predomínio de prestador privado filantrópico.

Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo, Mato Grosso e Goiás. No primeiro, 13 regiões foram responsáveis por 51,5% da produção; nos demais, 48,5% não se concentraram em uma única, mas se diluíram entre outras três regiões.

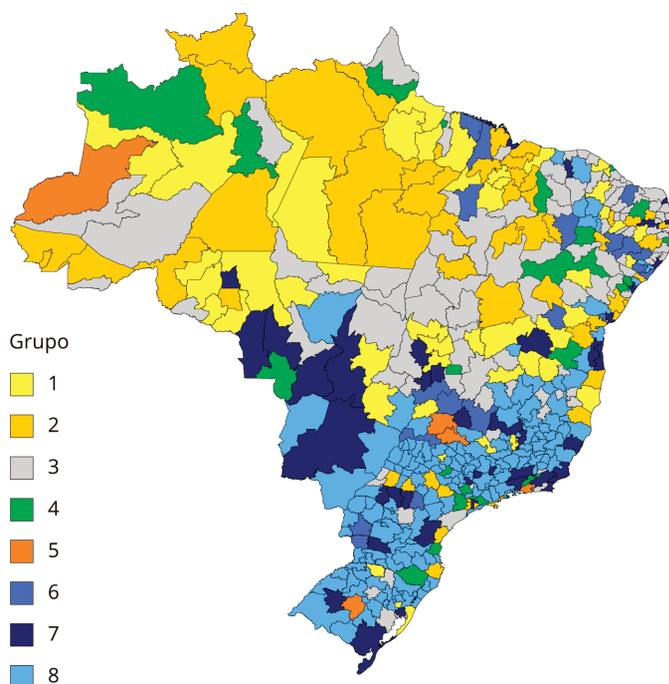
Referentemente à assistência hospitalar, foram registradas internações de média complexidade em 3.277 municípios brasileiros (58,8%), que se distribuíram por todas as 438 regiões de saúde existentes.

A concentração também se fez presente nesse segmento, mas foi um pouco menor se comparada à encontrada na assistência ambulatorial. Em 11 estados, apenas uma região congregou mais que 50% das internações. Estados do Norte (Roraima, Amapá, Acre, Amazonas) e Nordeste (Pernambuco, Sergipe) destacaram-se com os percentuais mais elevados de concentração (Figura 6), que sempre se deu na região em que se insere a capital. Por outro lado, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Bahia, Minas Gerais, Maranhão e São Paulo foram aqueles que apresentaram maior desconcentração da assistência hospitalar de média complexidade, ou seja, em um expressivo número de regiões de saúde desses estados ocorreram de 73,4% a 100% de todas as internações de tal complexidade.

Quanto à assistência ambulatorial de alta complexidade, o número de municípios que a proveu (1.020) foi bem menor, correspondendo a 18,3% do total. No entanto, em 399 regiões de saúde (91,1%) houve registro dessa produção, ainda que de forma concentrada em poucos municípios, geralmente capital e polos regionais. Já as internações de alta complexidade ocorreram em 668 municípios

**Figura 4**

Produção hospitalar de alta complexidade: distribuição das regiões de saúde por cluster de prestadores.  
Brasil, 2015-2016.



Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

Nota: Grupo 1: predomínio do prestador municipal; Grupo 2: predomínio do prestador estadual; Grupo 3: escassez/ ausência de prestadores; Grupo 4: predomínio do prestador estadual e privado filantrópico; Grupo 5: predomínio do prestador federal; Grupo 6: predomínio do prestador privado lucrativo; Grupo 7: predomínio do prestador privado filantrópico, destaque secundário do privado lucrativo; Grupo 8: predomínio do prestador privado filantrópico.

(12%) e 350 regiões de saúde (79,9%), refletindo maior concentração de tal assistência e ratificando vazios assistenciais.

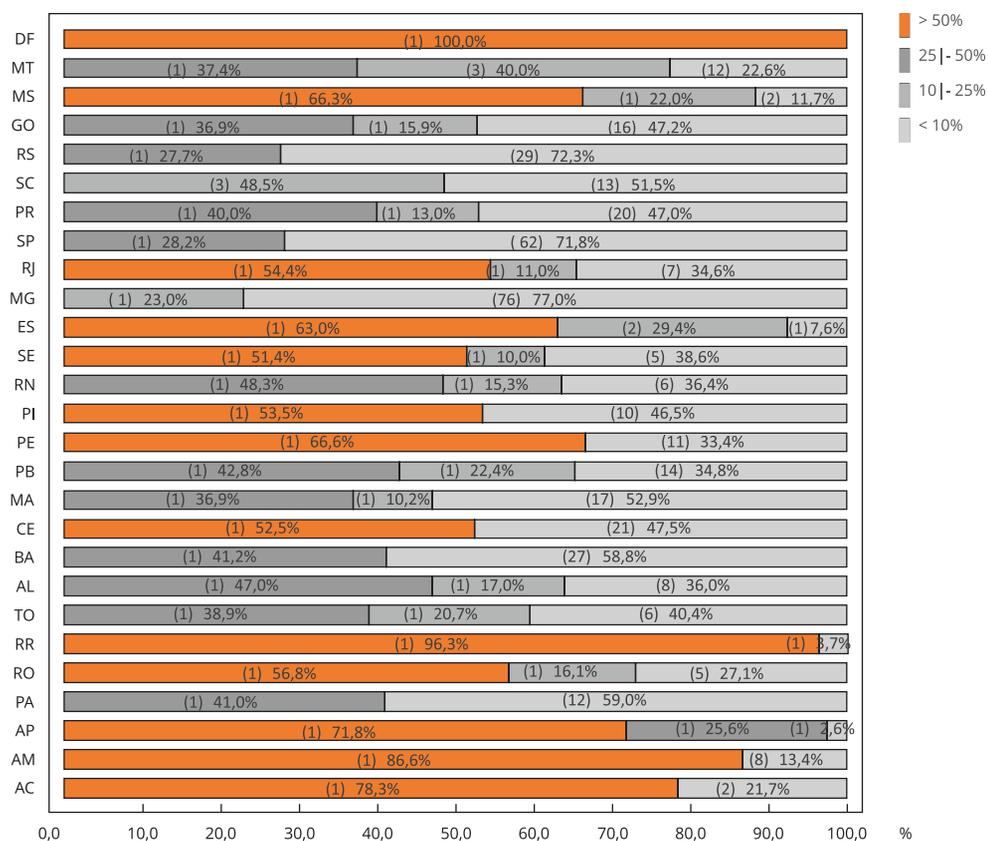
Em geral, a assistência de alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, está extremamente concentrada nas regiões em que a capital é o município polo. Isso foi a regra nos estados do Norte, Nordeste e Centro-oeste. Tal concentração só foi um pouco menor nos três estados do Sul, além de Minas Gerais e São Paulo.

## Discussão

O estudo evidenciou diferenças significativas na quantidade e composição de prestadores dos arranjos de governança regional do SUS. No caso da assistência ambulatorial de média complexidade, o principal prestador é municipal, de forma partilhada com o estado, sobretudo na macrorregião Norte, ou com o privado, particularmente o filantrópico, no Sul, Sudeste, Nordeste e parte do Centro-oeste. Contudo, quando a produção é mais desconcentrada (como no Sul e Sudeste), o perfil dos prestadores que predominam na provisão é mais diversificado, envolvendo esferas públicas (municipal e estadual) e privadas (filantrópicas e lucrativas). A única exceção foi o Nordeste, pois, na maior parte dos estados

**Figura 5**

Distribuição do número de regiões de saúde e de seus percentuais \* de produção ambulatorial de média complexidade nos estados e Distrito Federal. Brasil, 2015-2016.



AC: Acre; AL: Alagoas; AM: Amazonas; AP: Amapá; BA: Bahia; CE: Ceará; DF: Distrito Federal; ES: Espírito Santo; GO: Goiás; MA: Maranhão; MG: Minas Gerais; MS: Mato Grosso do Sul; MT: Mato Grosso; PA: Pará; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; PI: Piauí; PR: Paraná; RJ: Rio de Janeiro; RN: Rio Grande do Norte; RO: Rondônia; RR: Roraima; RS: Rio Grande do Sul; SC: Santa Catarina; SE: Sergipe; SP: São Paulo; TO: Tocantins.

Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

\* A legenda expressa, em quatro estratos, a concentração individual de cada região. No corpo da figura, as proporções apresentadas se referem ao somatório das concentrações por estrato.

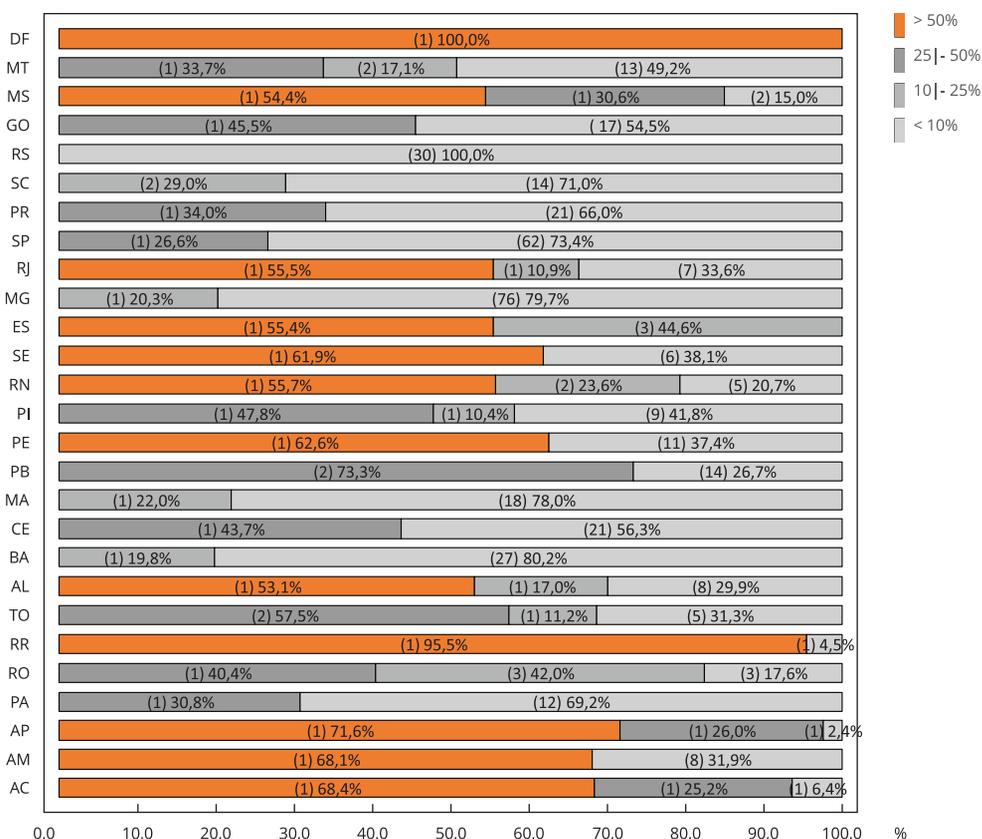
situados nessa macrorregião, há grande concentração da produção (mais de 50% em uma única região de saúde). Mesmo assim, existe grande diversidade de perfis de prestadores nas regiões de saúde.

Já na produção hospitalar de média complexidade, comparativamente à assistência ambulatorial, verifica-se maior desconcentração espacial e menor diversidade de prestadores predominantes, em que os municipais e os filantrópicos se destacam.

Na alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, embora haja maior número de agrupamentos, a diversidade de prestadores que predominam em uma mesma região de saúde é menor, denotando certa especialização de funções entre os estabelecimentos de saúde. Tal característica se associa à existência de vazios assistenciais em todas as macrorregiões e importante concentração da prestação de serviços em poucos municípios polos regionais e estabelecimentos de saúde.

Figura 6

Distribuição do número de regiões de saúde e de seus percentuais \* de produção hospitalar de média complexidade nos estados e Distrito Federal. Brasil, 2015-2016.



AC: Acre; AL: Alagoas; AM: Amazonas; AP: Amapá; BA: Bahia; CE: Ceará; DF: Distrito Federal; ES: Espírito Santo; GO: Goiás; MA: Maranhão; MG: Minas Gerais; MS: Mato Grosso do Sul; MT: Mato Grosso; PA: Pará; PB: Paraíba; PE: Pernambuco; PI: Piauí; PR: Paraná; RJ: Rio de Janeiro; RN: Rio Grande do Norte; RO: Rondônia; RR: Roraima; RS: Rio Grande do Sul; SC: Santa Catarina; SE: Sergipe; SP: São Paulo; TO: Tocantins.

Fonte: dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>).

\* A legenda expressa, em quatro estratos, a concentração individual de cada região. No corpo da figura, as proporções apresentadas se referem ao somatório das concentrações por estrato.

De forma geral, a média complexidade é mais desconcentrada espacialmente se comparada à alta complexidade<sup>34</sup>, e tanto a prestação de serviços ambulatoriais quanto hospitalares foram registradas em todas as 438 regiões do país. Esse fato pode estar relacionado aos esforços de investimentos e expansão da oferta pública e privada do SUS neste nível da atenção, decorrentes das estratégias de regionalização desenvolvidas nos estados a partir dos anos 2000<sup>35</sup>. Porém, na assistência ambulatorial, permanece elevada a concentração espacial de determinados tipos de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como ultrassonografia, métodos diagnósticos em especialidades e radiologia, que não são ofertados em grande parte das regiões de saúde. Já a assistência hospitalar, discretamente mais desconcentrada, pode estar relacionada à existência e ao escopo dos hospitais de pequeno porte, que se expandiram nos municípios e, via de regra, limitam-se à realização de partos e tratamentos clínicos<sup>34,36</sup>.

Estudos demonstram que a escassez da oferta e sua elevada concentração em poucos municípios polos nas regiões de saúde tendem a acirrar conflitos intergovernamentais e entre o público e o privado na organização da atenção à saúde <sup>28</sup>. A existência de conflitos decorreria da disputa por recursos escassos (humanos e financeiros) e pelo poder de influência dos diversos prestadores numa mesma região de saúde. No caso de regiões onde predominam prestadores públicos, municipais, estaduais ou federais, as divergências se expressam na dinâmica das relações intergovernamentais da política de saúde e, particularmente, nas negociações estabelecidas no âmbito das Comissões Intergestores Regionais. Naquelas onde se verifica maior diversidade de estabelecimentos de saúde, os conflitos incluem a interação entre o público e o privado na prestação de serviços <sup>28</sup>.

Outros trabalhos indicam que regiões de saúde marcadas pela concentração da produção em poucos prestadores privados configuram arranjos de governança menos diversos e conflituosos <sup>37</sup>. Tal padrão reflete o poder coordenador e aglutinador de políticas e interesses regionais desenvolvido por algumas empresas, em função da concentração de recursos, abrangência e alcance espacial de suas ações <sup>38</sup>.

A predominância de estabelecimentos privados (filantrópicos e/ou lucrativos) e municipais na maior parte das regiões de saúde e municípios polos regionais sugere a convergência entre os processos de descentralização e mercantilização, e a confluência de interesses públicos e privados na provisão de serviços de média e alta complexidade do SUS. A participação do setor privado na prestação de serviços públicos e a fusão de interesses públicos e privados na saúde são antigas, sendo condicionadas por uma longa trajetória histórica que modulou a assistência médica previdenciária no Brasil <sup>39</sup>. Com a implantação do SUS e a intensificação da descentralização nos anos 1990 esse processo adquiriu novos contornos.

A descentralização permitiu a expansão de estabelecimentos públicos e privados em alguns municípios que assumiram maior autonomia na gestão dos recursos financeiros federais transferidos para o financiamento da média e alta complexidade no SUS <sup>40</sup>. A partir dos anos 2000, o processo de regionalização reforçou parcerias e articulações público-privadas, envolvendo governos e prestadores, nas escalas estadual e regional <sup>41,42,43</sup>, em um contexto de: expansão de investimentos federais e estaduais <sup>23</sup>; diversificação de modelos de gestão na provisão de serviços (incluindo novas formas de terceirização, como a contratação de Organizações Sociais) <sup>27</sup>; e protagonismo de alguns prestadores privados (particularmente os filantrópicos no seguimento hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) <sup>37</sup>. Como decorrência desses processos, a interdependência entre o público e o privado na assistência à saúde é cada vez mais significativa no Brasil <sup>44</sup>. Soma-se a isso o desempenho de inúmeras funções públicas pelo privado, a delegação para organizações privadas ou civis do controle e monitoramento das ações públicas, e a forte imbricação do financiamento público e privado na política de saúde <sup>26</sup>.

A descentralização e a regionalização também tiveram efeito contraditório no enfrentamento das desigualdades. Embora avanços na expansão e melhoria do acesso à atenção básica possam ser constatados como decorrência desses processos, as diferenças regionais na oferta de serviços de média e alta complexidade permanecem significativas <sup>34,35</sup>, e dificultam a conformação de redes de atenção à saúde <sup>45</sup>.

A relação entre o Estado e o mercado na prestação de serviços do SUS expressa a penetração cada vez mais intensa do capital em todas as escalas espaciais, que tende a valorizar e acentuar as diferenças regionais <sup>7,46</sup>. No caso da atenção à saúde, os perfis socioeconômicos das populações, a integração e densidade da rede urbana e a riqueza das distintas regiões são fatores preponderantes no contexto da valorização do capital <sup>35</sup>. Contudo, no período recente, tem crescido a capacidade de atuação regional dos estabelecimentos privados, em função do reescalamento de prestadores filantrópicos e lucrativos. A acentuação das diferenças se dá pela reiterada concentração espacial dos investimentos, que reforça as desigualdades socioeconômicas e regionais <sup>46</sup>.

Em relação aos prestadores públicos, desde a década de 1990, sua atuação foi ampliada em escala local, sobretudo por meio de estabelecimentos municipais ou sob gestão dos municípios <sup>47</sup>. Com a regionalização nos anos 2000 e 2010, os governos estaduais ampliaram suas funções e os estabelecimentos sob gestão dos estados voltaram a se expandir <sup>23</sup>, mas, grosso modo, os prestadores públicos são predominantes em regiões em que é menor a atuação (ou o interesse) do mercado, como parte do Norte e interior do Nordeste.

As desigualdades regionais também influenciam o processo de regionalização do SUS. A regionalização pressupõe desconcentração da produção, com maior equilíbrio do poder de negociação entre polo e demais municípios, cooperação do ente estadual e maior coordenação entre níveis de governo <sup>23</sup>. Porém, a desigualdade gera tensões e conflitos porque há disputa por recursos escassos, o que dificulta o estabelecimento de uma relação solidária entre o polo e demais municípios em âmbito regional. Por sua vez, o protagonismo dos municípios na prestação da assistência de média e alta complexidade na região reforça a concentração de poder no município polo e a lógica local de organização das redes assistenciais. Soma-se a isso o peso do prestador privado que atua especialmente a partir de negociações bilaterais com cada ente governamental, o que não necessariamente fortalece a lógica regional e o comando público da organização das redes assistenciais <sup>30</sup>. Em um cenário de fragilidade regulatória do Estado <sup>48</sup>, verifica-se a concentração de poder de influência e a ampliação da escala de atuação regional dos prestadores privados.

O estudo sugere a complexidade dos arranjos regionais de governança do SUS, o que permite compreender alguns dos principais desafios apontados pelos governos na regionalização do sistema <sup>49</sup>: (1) a incipiente integração de ações e serviços; (2) as dificuldades de regulação do sistema; (3) a desigualdade de oferta e acesso; (4) a disputa por recursos escassos nas regiões.

Por fim, algumas limitações deste artigo devem ser mencionadas. A opção pela análise da governança do SUS mediante a prestação de serviços (esfera jurídica e distribuição espacial da produção) não permitiu aprofundar outras dimensões e aspectos igualmente relevantes para a compreensão do exercício de poder na política de saúde. Além disso, a variável “esfera jurídica” utilizada para categorização dos prestadores é insuficiente para a identificação das formas híbridas de gestão dos estabelecimentos públicos e privados que se apresentam no SUS na atualidade <sup>27</sup>. Destaca-se que, a partir de 2014, novas estruturas de poder emergem como consequência de mudanças na dinâmica econômica do setor saúde <sup>50</sup>, e rearticulações entre organizações privadas (com destaque para os hospitais filantrópicos) e públicas diversas <sup>51</sup>. Em razão disso, fazem-se necessários outros estudos com diferentes abordagens e enfoques para aprofundamento da governança da política de saúde no Brasil.

Essas limitações não comprometem as contribuições trazidas neste artigo. A abordagem metodológica adotada permitiu o uso criativo de dados secundários disponíveis, bem como a sistematização e a apresentação de forma inovadora dos arranjos regionais de governança que envolvem a prestação de média e alta complexidade do SUS.

## Conclusão

No Brasil, os arranjos de governança do SUS podem ser mais ou menos diversos e desiguais, se consideradas as composições de prestadores e os níveis de concentração regional da produção nos segmentos de média e alta complexidade, em diferentes escalas espaciais. Destacam-se vários padrões multiníveis (federal, estadual e municipal), híbridos (público e privado) e polarizados (concentração regional) da provisão desses serviços nas macrorregiões, estados/Distrito Federal e regiões de saúde.

Os níveis de concentração regional da produção estão relacionados aos arranjos de governança do SUS. A tendência geral encontrada é de escassez e elevada concentração com menor diversidade da composição de prestadores predominantes nos segmentos de maior complexidade.

O estudo sugere que a convergência entre descentralização e mercantilização nos processos de reforma do Estado e do sistema de saúde do país favoreceu o reescalonamento da função de prestação de serviços, com ampliação da escala regional de atuação de prestadores privados filantrópicos e lucrativos e fortalecimento dos municípios polos.

Os arranjos de governança regional do SUS são caracterizados pela diversidade de prestadores públicos e privados e a desigualdade na distribuição espacial da provisão de serviços. Tais aspectos desafiam a regionalização orientada pelas necessidades coletivas das populações, em diferentes escalas regionais.

## Colaboradores

L. D. Lima e M. V. Albuquerque foram responsáveis pela redação da *Introdução* e *Discussão*, participando da análise de informações e redação dos *Resultados*. J. H. G. Scatena participou da redação do *Método* e dos *Resultados*, foi responsável pelo processamento e análise das informações e confecção dos gráficos. E. C. P. Melo colaborou na redação do *Método* e dos *Resultados*, foi responsável pelo processamento e análise das informações e confecção da tabela. E. X. G. Oliveira participou da redação do *Método* e dos *Resultados*, foi responsável pelo processamento e análise das informações e confecção dos mapas. M. S. Carvalho participou da redação do *Método* e do processamento e análise das informações. A. M. M. Pereira, R. A. D. Oliveira e N. L. Martinelli colaboraram com a redação em diversas seções do artigo. C. F. Oliveira participou da revisão bibliográfica. Todos os autores contribuíram com a concepção e revisão final do artigo

## Informações adicionais

ORCID: Luciana Dias de Lima (0000-0002-0640-8387); Mariana Vercesi de Albuquerque (0000-0002-0763-6357); João Henrique Gurtler Scatena (0000-0002-7660-3479); Enirtes Caetano Prates de Melo (0000-0003-4240-8365); Evangelina Xavier Gouveia de Oliveira (0000-0002-6199-9394); Mari- lia Sá Carvalho (0000-0002-9566-0284); Adelyne Maria Mendes Pereira (0000-0002-2497-9861); Ricardo Antunes Dantas de Oliveira (0000-0003-0144-7288); Nereide Lucia Martinelli (0000-0003-3574-8716); Clarice Furtado de Oliveira (0000-0001-7799-5606).

## Agradecimentos

O artigo contou com o apoio do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e do Ministério da Saúde, por meio da Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013. L. D. Lima e M. S. Carvalho são bolsistas de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Referências

- Rhodes RAW. The new governance: governing without government. *Polit Stud (Oxf)* 1996; XLIV:652-67.
- Stoker G. Governance as theory: five propositions. *Int Soc Sci J* 1998; 50:17-28.
- Levi-Faur D. *The Oxford handbook of governance*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- Marques EC. Government, political, actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. *Braz Political Sci Rev* 2013; 7:8-35.
- Schneider V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. *Civitas* 2005; 5:29-58.
- Defarges PM. *La gouvernance*. Paris: PUF; 2008.
- Brandão CA. Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas: Editora da UNICAMP; 2007.
- Kazepov Y. Rescaling social policies: towards multilevel governance in Europe. Burlington: Ashgate; 2010.
- Smith A. Governança de múltiplos níveis: o que é e como pode ser estudada. In: Peters GG, Pierre J, organizador. *Administração pública: coletânea*. São Paulo: Editora Unesp; 2010. p. 619-36.
- Barbazza E, Telo JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014; 116:1-11.
- Ciccione DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low- and middle-income countries. *Soc Sci Med* 2014; 117:86-95.
- Pyone T, Smith H, Broek N. Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy Plan* 2017; 32:710-22.
- Jakubowski E, Saltman RB. The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia. Brussels: The European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization; 2013.
- Greer SL, Jarman H, Azorsky A. A reorganisation you can see from space: the architecture of power in the new NHS. London: Centre for Health and Public Organization; 2014.
- Almeida C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc Saúde Colet* 1999; 4:263-86.

16. Giovanella L, Stegmuller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2263-81.
17. Fleury S. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2:e00058116.
18. Nuti S, Vola F, Bonini A, Vainieri M. Making governance work in the health care sector: evidence from a “natural experiment” in Italy. *Health Econ Policy Law* 2016; 11:17-38.
19. Ramesh M, Wu X, He AJ. Health governance and healthcare reforms in China. *Health Policy Plan* 2014; 29:663-72.
20. Repullo JR, Freire JM. Implementando estratégias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2016; 30:3-8.
21. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 Suppl:S35-45.
22. Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. *Rev Salud Pública* 2010; 12 Suppl 1:39-61.
23. Viana ALd'A, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
24. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho I, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547-76.
25. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde Debate* 2014; (52):38-49.
26. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2:e00129616.
27. Viana ALd'A, Miranda AS, Silva HP. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 151-88.
28. Lima LD, Scatena JHG, Albuquerque MV, Oliveira RAD, Martinelli NL, Pereira AMM. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2017; 17 Suppl 1:S107-19.
29. Vianna RP, Lima LD. Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis (Rio J)* 2013; 23:1025-49.
30. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:622-31.
31. Kehrig RT, Souza ES, Scatena JHG. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde Debate* 2015; 39:948-61.
32. Heloisa G, Andrade SR, Mello ALSF. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00133516.
33. Kaufman L, Rousseeuw PJ. Finding groups in data: an introduction to cluster analysis. Hoboken: John Wiley & Sons; 2009.
34. Santos IS, Pessoa LR, Machado JP, Martins ACM, Lima CRA. Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro. In: Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 63-111.
35. Albuquerque MV, Viana ALd'A, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1055-64.
36. Ugá MAD, Lopez EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12:915-28.
37. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1141-54.
38. Santos M. Da política dos estados à política das empresas. *Cadernos da Escola do Legislativo* 1998; 3:9-23.
39. Menicucci TMC. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
40. Viana ALd'A, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:S139-51.
41. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:622-631.
42. Almeida APS, Lima LD. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saúde Debate* 2015; 39 Suppl:51-63.
43. Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Physis (Rio J)* 2015; 25:1095-115.
44. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00067218.

45. Xavier DR, Matos VP, Magalhães MAFM, Beldido JG, Velasco WD, Viacava F. Polos e fluxos de deslocamento de pacientes para internação hospitalar e procedimentos selecionados no Sistema Único de Saúde. In: Noronha JC, Lima LD, Chorny AH, Dal Poz MR, Gadelha P, organizadores. *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 113-49.
46. Araújo TB. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In: Brandão CA, Siqueira H, organizadores. *Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2013. p. 39-51.
47. Viana ALd'A, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7:493-507.
48. Grau NC. O que tem acontecido com o público nos últimos trinta anos? In: Menicucci T, Gontijo JGL, organizadores. *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 325-55.
49. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1155-64.
50. Bahia L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no Governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 91-113.
51. Mattos L, Sestelo J, Braga I, Travassos C, Bahia L, Scheffer M. Febraplan e a disputa real pelo sistema de saúde universal: considerações sobre a atuação recente do setor privado nas políticas saúde. <http://www.iesc.ufrj.br/gpdes/images/arquivos/PrivadoNaSaude.pdf> (acessado em Mai/2018).

## Abstract

*The study analyzes regional Brazilian Unified National Health System (SUS, in Portuguese) governance arrangements according to providers' legal sphere and the spacial provision of middle and high-complexity services. These arrangements express the way in which State and health system reforms promoted the redistribution of functions between governmental and private entities in the territory. We carried out an exploratory study based on national-scope secondary data from 2015-2016. Using cluster analysis based on the composition of the provision percentages of the main providers, we classified 438 health regions. In middle-complexity health care, municipal public providers (outpatient) and private philanthropic providers (hospital) predominate. In high complexity provision, philanthropic and for-profit providers (outpatient and hospital) predominate. Middle-complexity provision was recorded in all health regions. However, in 12 states, more than half of the provision is concentrated in only one health region. High-complexity provision is concentrated in state capital regions. Governance arrangements may be more or less diverse and unequal, if different segments and regional concentration levels of middle and high-complexity provision are considered. The study suggests that the convergence between decentralization and mercantilization favored re-scaling of service provision, with increase in the scale of participation of private providers and strengthening of reference municipalities. Governance arrangement characteristics challenge SUS regionalization guided by the collective needs of the population.*

*Delivery of Health Care; Regional Health Planning; Governance; Private Sector; Health Policy*

## Resumen

*El estudio analiza las modalidades regionales de gestión en el Sistema Único de Salud (SUS), según la categoría jurídica de los prestadores y la distribución espacial para la provisión de servicios de media y alta complejidad en Brasil. Tales modalidades expresan el modo mediante el cual la reforma del Estado y del sistema de salud promovieron la redistribución de funciones entre entes gubernamentales y privados en el territorio nacional. Se realizó un estudio exploratorio, basado en datos secundarios de alcance nacional, durante el bienio 2015-2016. Mediante un análisis de agrupamientos, basado en la composición de porcentajes relacionados con la provisión de servicios de los principales prestadores, se clasificaron 438 regiones de salud. En la asistencia de media complejidad, predominó el prestador público municipal (ambulatorio) y el prestador privado filantrópico (hospitalario). En la alta complejidad, predominó el prestador filantrópico y lucrativo (ambulatorio y hospitalario). La provisión de media complejidad se registró en todas las regiones de salud, sin embargo, en 12 estados, más de la mitad de la misma está concentrada en sólo una región de salud. La producción de alta complejidad está concentrada en las regiones de las capitales de los estados. Las modalidades de gestión pueden ser más o menos diversas y desiguales, si se consideran los diferentes segmentos y niveles de concentración regional en la provisión de servicios de media y alta complejidad. El estudio sugiere que la convergencia entre descentralización y mercantilización favoreció el reescalamiento de la función de prestación de servicios, con una ampliación de la escala de actuación de prestadores privados y el fortalecimiento de los municipios más importantes. Las características de las modalidades de gestión desafían la regionalización del SUS, orientada por las necesidades colectivas de las poblaciones.*

*Prestación de Atención de Salud; Regionalización; Gobernanza; Sector Privado; Política de Salud*

---

Recebido em 14/Mai/2018  
Versão final reapresentada em 19/Set/2018  
Aprovado em 01/Out/2018