

## O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática

A systematic review of the process of regionalization of Brazil's Unified Health System, SUS

Guilherme Arantes Mello <sup>1</sup>  
Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira <sup>2</sup>  
Liza Yurie Teruya Uchimura <sup>2</sup>  
Fabiola Lana Iozzi <sup>3</sup>  
Marcelo Marcos Piva Demarzo <sup>1</sup>  
Ana Luiza d'Ávila Viana <sup>2</sup>

**Abstract** *This review focuses only on specific studies into the SUS regionalization process, which were based on empirical results and published since 2006, when the SUS was already under the aegis of the Pact for Health framework. It was found that the regionalization process is now underway in all spheres of government, subject to a set of challenges common to the different realities of the country. These include, primarily, that committee-structured entities are valued as spaces for innovation, yet also strive to overcome the bureaucratic and clientelist political culture. Regional governance is further hampered by the fragmentation of the system and, in particular, by the historical deficiency in planning, from the local level to the strategic policies for technology incorporation. The analyses enabled the identification of a culture of broad privilege for political negotiation, to the detriment of planning, as one of the main factors responsible for a vicious circle that sustains technical deficiency in management.*

**Key words** *Regionalization, Decentralization, Health services reform, Health policy*

**Resumo** *Nesta revisão foram incluídos apenas estudos específicos sobre o processo de regionalização do SUS, baseados em resultados empíricos e publicados a partir de 2006, já sob o referencial do Pacto pela Saúde. Foi evidenciado que o processo de regionalização é hoje uma realidade em todas as esferas de governo, sujeito a um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país. Entre os principais, os colegiados são valorizados com espaços de inovação, mas ainda em busca da superação da cultura política burocrática e clientelista. A governança regional é ainda prejudicada pela fragmentação do sistema e, em particular, pela histórica deficiência com planejamento, desde o nível local às políticas estratégicas de incorporação tecnológica. As análises permitiram implicar a cultura de amplo privilégio para negociação política em detrimento do planejamento como uma das principais responsáveis por um ciclo vicioso que sustenta a deficiência técnica da gestão.*

**Palavras-chave** *Regionalização, Descentralização, Reforma dos serviços de saúde, Política de saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. R. Botucatu 740/4º, Vila Clementino. 04023-062 São Paulo SP Brasil. gmello@unifesp.br

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introdução

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década, caminho bem representado no principal arcabouço normativo do período, com as NOAS, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, Decreto 7.508 e seus contratos organizativos. Essa visão regional tem sido fortalecida pela crescente constatação dos limites de acesso e equidade em um sistema exclusivamente de base municipal. Dificuldade prevista ainda na própria NOB 96, principal responsável pela política de municipalização: “elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS”<sup>1</sup>.

A disjunção entre a descentralização e a regionalização na saúde brasileira tem sua explicação inicial na própria desmedida diferença de peso político, histórico e conceitual em favor da primeira<sup>2,3</sup>. O modelo dessa orientação municipalista, por sua vez, resultou da somatória das possibilidades conjunturais de cada época, na qual aquela que se inicia define as novas possibilidades sobre o molde esboçado no momento anterior<sup>4,5</sup>.

Mas, diante do primado atual da regionalização, o conhecimento internacional deixa claro que seria um erro encarar a descentralização da saúde brasileira como uma etapa estanque e definida, restando acertar o processo regional. A experiência mostra que a ordem estabelecida está sujeita à constante movimentação das correlações de forças políticas<sup>6,7</sup>; rearranjos ideológicos agudos<sup>8,9</sup>; além de alguns aspectos relacionados às novas tecnologias e cuidado “relativamente independentes das estruturas políticas”<sup>10</sup>.

A política de descentralização na saúde brasileira e, mais acentuadamente, o discurso da regionalização reconhecem no acesso equitativo uma grande força motriz. Grandes ambições, grandes desafios. A desigualdade na distribuição dos equipamentos de saúde é uma realidade antiga e comum nos contextos mais variados, questão reconhecidamente de difícil abordagem<sup>11,12</sup>. Características próprias – “único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem sistema universal de saúde. E [...] descentralização política, administrativa e financeira para o poder local”<sup>13</sup> –, e tradição do critério político na incorporação tecnológica são elementos adicionais no caso brasileiro. Mas, do lado técnico, um problema é que a relação direta entre descentralização/

regionalização com a equidade não é algo simples de demonstrar – começando pela dificuldade na definição de variáveis dependentes e independentes<sup>14</sup>. Soma-se a complexificação da leitura sobre o município<sup>15</sup>.

No intuito de contribuir com as análises do processo de regionalização assistencial da saúde, este artigo apresenta uma revisão sistemática sobre as experiências recentes de organização regional do SUS, em busca dos principais condicionantes desse processo no país.

## Metodologia

Este estudo foi despertado pela leitura de Vargas et al.<sup>16</sup>, cujas referências forneceram seis indicações iniciais de artigos. Para a revisão foi realizada busca sistematizada nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde – que inclui Lilacs e SciELO –; e Medline/PubMed. Foram utilizados os descritores “regionalização/regional health planning” AND “Brasil/Brazil” nos campos título, resumo ou assunto; incluindo artigos originais, teses e dissertações em português, inglês, espanhol. Fontes complementares incluíram as referências dos artigos selecionados e indicações de conhecimento dos próprios autores. Como critério de inclusão: estudos com objeto específico na regionalização do SUS; com resultados empíricos e publicados a partir de 2006, de forma a incluir apenas pesquisas já referenciadas ao ‘Pacto pela Saúde’ e adiante. Como critérios de exclusão: revisões; ensaios de opinião; e pesquisas com foco em políticas anteriores ao Pacto pela Saúde; ou nos quais a regionalização surge como contexto e não como objeto primário. Interessado na revisão exaustiva, foram incluídas todas as pesquisas alcançadas pela revisão, sem considerar a relevância da publicação ou opção metodológica.

A dinâmica de seleção foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, e os casos de dúvida foram julgados por um terceiro. Iniciou-se pela exclusão de textos através da leitura dos metadados. Neste ponto foi realizada busca de possíveis textos não incluídos nas bases científicas através do Google Acadêmico – “literatura cinzenta” –, sem sucesso. Em seguida foi realizada a leitura dos resumos dos textos incluídos na primeira triagem. Todos os textos selecionados após a leitura dos resumos foram lidos integralmente e tiveram os dados extraídos de modo independente por pelo menos dois dos autores, na sequência organizado em conjunto. A Figura 1 sistematiza o processo de busca e identificação dos trabalhos.

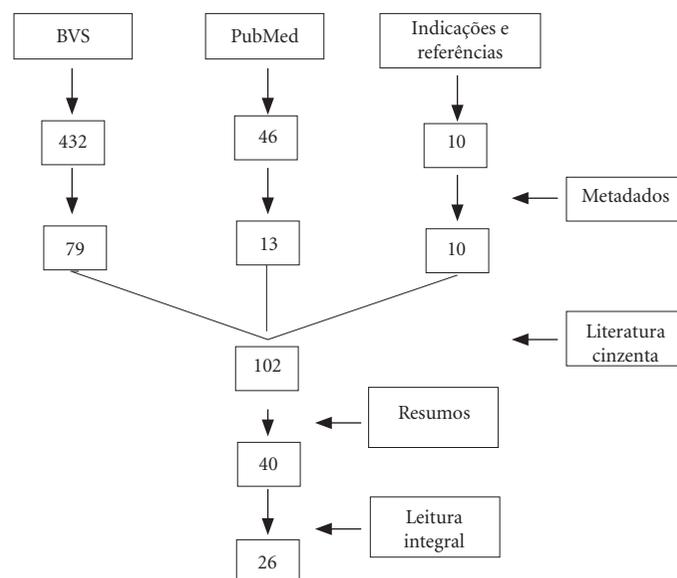


Figura 1. Esquema de busca e seleção dos artigos.

## Resultados

Os critérios metodológicos permitiram incluir vinte e seis estudos sobre o processo de regionalização brasileiro (Quadro 1). Dois estudos foram incluídos como exceção. Um ensaio, por se considerar o discurso de um grupo de secretários de saúde municipais como análogo às entrevistas empíricas com estes atores<sup>17</sup>. Outro com tema em redes de atenção, mas que após leitura foi considerado que lidava precipuamente com a questão da organização regional na saúde<sup>18</sup>. Um estudo foi excluído por duplicidade e inconsistência.

Como esperado, a maioria das pesquisas concentram-se na abrangência regional (estado, macro e região)<sup>16-34</sup>; quatro apresentam dimensão nacional<sup>2,35-37</sup>; duas abordam regiões metropolitanas<sup>38,39</sup>; e apenas uma tem o foco em região fronteira<sup>40</sup>. No geral, sobressaem-se estudos de caso com método qualitativo, abordagem fenomenológica e baixo poder de generalização analítica. Mas, vários estudos se destacam pela originalidade, consistência metodológica e aprofundamento analítico<sup>2,16,22,25,27,35-37,41</sup>. À exceção da proposta de tipologia regional<sup>37</sup>, as demais pesquisas representam o universo discursivo de profissionais ligados à gestão em saúde. Ainda que de modo quase que tangencial, três estudos agregam pontos de vista do prestador<sup>23,25,32</sup>. O Quadro 2

elencas as principais categorias de análise levantadas nesses estudos. Em seguida, breves comentários sobre as dimensões gerais dessas categorias.

## Políticas e políticas

Na dimensão política (*politics*), a autonomia municipal advinda do processo de descentralização – com conseqüente fragmentação do sistema – é vista como principal entrave à organização regional dos serviços. Problema cuja solução não se dissocia do desafio próprio que o arcabouço jurídico federativo imprime. A cultura política de negociação em detrimento do planejamento, e de tendência clientelista, é observação comum. Na dimensão das políticas (*policies*), fica patente a influência da indução normativa federal, responsável por orientar a política regional na maioria dos estados pelo princípio da equidade – no âmbito particular do acesso e desigualdades de financiamento –, e aumento da capacidade instalada. Entretanto, essa indução se vê debilitada no passar do tempo por motivos variados: dificuldade em incrementar o estímulo de modo continuado e proporcional às novas necessidades do fortalecimento do processo regional – o subfinanciamento é consenso; fragmentação das pastas do Ministério da Saúde envolvidas; imprecisão normativa; e iniciativas com baixa perspectiva sistêmica.

**Quadro 1.** Estudos incluídos na revisão.

N	Autor	Objetivo/Dimensão	Período	Tipo de publicação	Metodologia
<b>Dimensão Federal</b>					
1	Viana et al. (2010)	Análise teórica. Construção de tipologias das regiões de saúde	2010	Artigo original	Ensaio teórico. Análise de dados secundários pelos modelos de análise fatorial e de agrupamentos
2	Lima et al. (2012)	Processo de regionalização nos estados brasileiros	2007 a 2010	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão(91), visitas de campo, análise documental
3	Albuquerque (2014)*	Processo de regionalização nos estados brasileiros	2001 a 2011	Tese de doutorado	Análise teórica. Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (91), visitas de campo e análise documental
4	Duarte et al. (2015)	Proposta de tipologia de regiões de saúde baseadas no desenvolvimento humano	2013 a 2015	Artigo original	Dados secundários
<b>Estadual</b>					
5	Souto Júnior (2010)	Papel da CIB na regionalização do SUS-MG	2004 a 2007	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa Fontes: atas de reuniões da CIB/MG
6	Brandão et al. (2012)	Rede regionalizada de saúde da PB	2008	Artigo original	Análise documental

continua

Quadro 1. continuação

N	Principais achados empíricos
<b>Dimensão Federal</b>	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia regional: “dois Brasis”, Norte/Sul:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. situação socioeconômica menos desenvolvida e sistema de saúde menos complexo: alta cobertura de PSF; baixa relação médicos/hab.; maior percentual de leitos SUS</li> <li>2. situação socioeconômica mais desenvolvida e sistema de saúde mais complexo: mais de 30% de planos e seguros privados, maior número de médicos e faculdades de medicina</li> </ol> </li> <li>• Prestação: mix público-privado disseminado e sem padrão definido (predominância do prestador público no Norte, seguida pelo Sul: “alinhado com os extremos”)</li> <li>• Questão regional mais acentuada do ponto de vista econômico e social do que relativo à política de saúde</li> <li>• Percepção de um vetor de encurtamento das distâncias entre os “dois Brasis”</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Três estágios de institucionalidade do processo de regionalização nos estados: incipiente, parcial, avançada</li> <li>• Impactos institucionais do processo: radicais, incrementais, embrionários ou ausentes</li> <li>• Governança: polarização: entre padrões coordenada/cooperativa vs. conflitiva ou indefinida</li> <li>• Nenhum estado com conjuntura política desfavorável ao processo de regionalização da saúde</li> <li>• <i>Grosso modo</i>: N e NE com contextos desfavoráveis ao processo</li> <li>• Processo regional orientado pela equidade – acesso e financiamento (19 estados); foco também na ampliação da capacidade instalada (17); integração com outras políticas econômicas e sociais (5)</li> <li>• Quase todos os estados: organização de redes e fluxos induzidas pelas normativas federais</li> <li>• Importância da indução federal e atuação do MS, sobretudo no N e NE</li> <li>• Estratégias de indução: CGR e regionais/SES; planejamento; regulação; capacidade instalada e qualificação técnica</li> <li>• Atores: predomínio SMS e SES; privado (11 estados), universidades (3), consórcios (3) e Legislativo (2)</li> <li>• Fragilidade da regulação da assistência: característica geral</li> <li>• Condicionadores: natureza histórico-estrutural (dinâmica socioeconômica, características dos sistemas, desigualdades); político-institucional (experiência acumulada, cultura de negociação, legitimidade, poder político e qualificação técnica); conjuntural (perfil dos atores, a dinâmica política e prioridade na agenda)</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de regionalização tende a ser mais avançado e com governança mais cooperativa e coordenada nos estados com maior tradição de planejamento regional, contextos mais favoráveis, e priorização nas agendas estaduais e municipais, além de forte atuação das SES no planejamento</li> <li>• Também nas áreas mais populosas, densamente urbanizadas e modernizadas, concentradoras de tecnologias, profissionais, fluxos materiais e imateriais, equipamentos e recursos públicos e privados de saúde</li> <li>• Amazônia – contextos menos favoráveis, institucionalidade incipiente e intermediária da regionalização</li> <li>• Nordeste – contextos mais ou menos favoráveis, institucionalidade incipiente e avançada da regionalização</li> <li>• Centro-Oeste – contextos mais favoráveis, institucionalidade intermediária e avançada da regionalização</li> <li>• Região concentrada – contextos mais favoráveis, institucionalidade intermediária e avançada da regionalização</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tipologia proposta aproxima-se dos pressupostos teóricos relacionados aos determinantes sociais do processo saúde-doença adotados no PROADESS</li> <li>• É compatível, também, com categorias de análise propostas pela corrente teórico-metodológica dos determinantes sociais da saúde tais como características populacionais, iniquidades sociais, condições de vida, necessidades e contextos dos problemas de saúde</li> </ul>
<b>Estadual</b>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIB-MG: elevado grau de participação de gestores e técnicos estaduais e municipais, também representantes de consórcios intermunicipais de saúde</li> <li>• Regionalização: forte presença nas pautas</li> <li>• Predomínio de interesses de regiões de maior poder econômico e político na repartição dos recursos, manutenção do <i>status quo</i> do sistema e modelo atenção de atenção</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aponta deficiências no processo de definição do desenho regional</li> </ul>

continua

Quadro 1. continuação

N	Autor	Objetivo/Dimensão	Período	Tipo de publicação	Metodologia
<b>Estadual</b>					
7	Vargas et al. (2014)	Fatores de influência na implementação política de Redes Integradas de Saúde - PE	2010 a 2012	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (17), grupo focal, observação, análise documental
8	Bretas Jr, Shimizu (2015)	Planejamento macrorregional desenvolvido pelo COSEMS/ MG	2007-2012	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Análise documental. Fontes: relatórios (26) e atas (125) do COSEMS
9	Guerra (2015)	Descentralização e regionalização em SP, a partir da % de gestão municipal e índice de dependência ambulatorial e hospitalar das regiões de saúde	2013	Tese de doutorado	Revisão bibliográfica e documental. Análise de dados secundários
<b>Macrorregional (intra/interestadual)</b>					
10	Stephan-Souza et al. (2010)	Regulação do acesso em Juiz de Fora, com foco no HU/ UFJF. Macrorregião Sudeste MG (94 munic./1,6 mi hab)	2007	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (10)

continua

Quadro 1. continuação

N	Principais achados empíricos
<b>Estadual</b>	
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamento da CIR e estrutura de funcionamento indefinidos</li> <li>• Critérios de construção e coordenação das redes imprecisos</li> <li>• Iniciativas isoladas por áreas ou processos, sem perspectiva sistêmica</li> <li>• Capacidade técnica limitada nos municípios</li> <li>• Fragilidade estadual em liderar e coordenar o processo</li> <li>• Fragmentação do Ministério da Saúde prejudica coordenação da política</li> <li>• Desincentivos: autonomia municipal, baixo interesse na regionalização, competitividade por recursos, política partidária</li> <li>• Subfinanciamento</li> <li>• Rotatividade de gestores</li> <li>• Dificuldades do processo mais relacionadas à municipalização do que à política de redes em particular</li> <li>• Mais obstáculos do que facilitadores, reunidos em 4 grupos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementação baseada em negociação ao invés de planejamento</li> <li>2. Grande responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica</li> <li>3. Falhas no planejamento e coordenação das competências envolvidas</li> <li>4. Falta de clareza sobre as regras políticas de implementação</li> </ol> </li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COSEMS/MG:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- importante papel de apoio (SES: 22 apoiadores direcionados ao apoio técnico do Cosems)</li> <li>- envolvimento de todos os gestores</li> <li>- efetivo mecanismo de comunicação</li> </ul> </li> <li>• Pactuação das CIRs e Ciras: predominância de discussões fragmentadas; condução burocrática e cartorial</li> <li>• Pautas privilegiam os ritos da CIT-CIBs em detrimento dos problemas locais</li> <li>• Dificuldade de operacionalização das câmaras técnicas</li> <li>• Fragilidade no Sistema de Petição e Prestação de Contas</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 52% dos procedimentos hospitalares e 72% dos ambulatoriais foram realizados sob gestão municipal</li> <li>• Maiores índices de dependência na assistência hospitalar em relação à ambulatorial</li> <li>• As regiões da Região Metropolitana da Grande São Paulo apresentaram maior dependência em relação ao Interior</li> <li>• A gestão municipal tem influência sobre o índice de dependência, mas está condicionado ao contexto demográfico (porte populacional) e socioeconômico (IPRS)</li> <li>• Importância de mecanismos de pactuação institucionalizados e regulação entre as regiões na garantia da equidade</li> <li>• Apesar do maior papel dos municípios, a média complexidade hospitalar ainda é dividida com a SES, com gestão predominantemente privada (maioria sem fins lucrativos e OS)</li> <li>• Alta complexidade predominantemente estadual, também com grande percentual de estabelecimentos privados</li> <li>• Dificuldade com planejamento e execução da assistência nas regiões de saúde</li> <li>• A SES: execução da assistência, mas com baixa coordenação do processo de regionalização</li> </ul>
<b>Macrorregional (intra/interestadual)</b>	
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais universitários (HU)/UFJF: fluxo informal intra e interestadual</li> <li>• PDR intraestadual: não regula fluxo do RJ para MAC do município</li> <li>• Convênio/contratualização dos HU: dificuldade de integração e cumprimento dos compromissos de gestão</li> <li>• HU/UFJF: resistências internas à proposta de regionalização do SUS; descompasso entre pensamento do gestor e direção do HU; prioridade do ensino sobre extensão e pesquisa</li> <li>• Subfinanciamento</li> <li>• Baixo conhecimento dos gestores sobre instrumentos de gestão</li> </ul>

continua

Quadro 1. continuação

N	Autor	Objetivo/Dimensão	Período	Tipo de publicação	Metodologia
<b>Regional</b>					
11	Pereira (2009)	Papel da SES na regionalização do SUS/MG	2003 a 2007	Dissertação de mestrado	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (18) e análise documental
12	Assis et al.(2009)	Constituição do Colegiado Regional de Saúde Oeste VII - SP	2007	Artigo original	Relato de experiência Assinado por 11 Secretários Municipais da Região Metropolitana de Campinas-SP
13	Coelho (2011)*	Relações público-privadas na regionalização de duas regiões - ES, Cachoeira de Itapemirim-Vitória	2007 a 2011	Dissertação de mestrado	Estudo de caso de abordagem quanti-qualitativa. Fontes: visita de campo, entrevistas com gestão e prestadores (17), dados secundários, e análise documental
14	Mesquita (2011)	Consensos da CIR de Caucaia-CE	2009 a 2010	Dissertação de mestrado	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fonte: atas e resoluções da CIR
15	Venancio et al. (2011)	Práticas de referenciamento em 5 Regiões/SP; dificuldades nas pactuações	2003 a 2005	Artigo original	Estudo de caso de abordagem quanti-quali. Fontes: entrevistas ligadas à gestão(75), dados secundários.
16	Silva, Gomes (2013)	Processo de regionalização. Grande ABC – SP	2005 a 2006 (campo em 2010)	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (16), análise documental

continua

Quadro 1. continuação

N	Principais achados empíricos
<b>Regional</b>	
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalização antiga, mas historicamente, descoordenada e fragmentada</li> <li>• Falhas no papel do estado em controlar o processo</li> <li>• SES: fonte de estímulo e apoio técnico à gestão microrregional e redes de atenção; administração indireta via Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)</li> <li>• CIB e CIB micro e macrorregional: espaços importantes de negociação, em particular da PPI. Baixo consenso sobre capacidade de planejamento e regulação regional</li> <li>• Baixa capacidade técnica dos municípios</li> <li>• Visão local em detrimento da regional</li> <li>• Descontinuidade de gestão</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo participativo: importante para integração e quebra de resistências</li> <li>• COSEMS: papel importante</li> <li>• SES: participação ativa como quesito essencial</li> <li>• SES: notável fragilidade estrutural e técnica para assumir novo papel regulador</li> <li>• Plano de Saúde: importância de sua estruturação sob olhar regional</li> <li>• Ausência de instrumento jurídico que garanta o cumprimento das pactuações</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dois padrões predominantes de relações público-privadas: interdependente e cooperativo; e múltiplos arranjos com conflitos</li> <li>• Dependência mútua entre SUS e privado. Interesse privado na incorporação de tecnologia de alto custo</li> <li>• Perfil centralizador da SESA. Conflito de papéis entre Regionais de Saúde e SES</li> <li>• Baixa capacidade de planejamento e regulação do privado contratado: ausência de ferramentas eficazes de coordenação, regulação e controle</li> <li>• Regionalização fortemente influenciada pelo setor privado em relações formais e informais. Seja pela oferta, pela articulação política ou múltiplos vínculos dos profissionais</li> <li>• Baixa de condução política do Estado</li> <li>• Integração intersetorial latente</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIR: consensos em bases legalistas, governistas e tecnoburocratizadas</li> <li>• Pautas: consensos sem discussões, automaticamente aprovadas</li> <li>• Decisões pontuais com baixa intencionalidade política e de planejamento</li> </ul>
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadores da integralidade regional: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade instalada; estabilidade de gestão; fortalecimento da AB/PSF; fortalecimento dos espaços de negociação; estruturas técnicas de apoio aos gestores com funcionamento regular; microrregiões bem demarcadas; plantão regional de regulação; contratualização dos HU; Unidades de Avaliação e Controle municipais; pactuação na DRS; contratualização por recurso fixo; mecanismo de vaga zero.</li> </ul> </li> <li>• Dificultadores da integralidade regional: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade técnica limitada das SMS; desconfiança gestora sobre transparência do processo (ocultamento de oferta); coexistência de mecanismos formais e informais de pactuação; racionalidade técnica da PPI; subfinanciamento; interferência de Hospitais Municipais na regulação regional; falta de governabilidade regional e municipal para discutir a competência financeira; Regiões metropolitanas; invasão proveniente de localidades externas à região; mecanismos formais de coordenação do cuidado insuficientes; falta de protocolos de encaminhamento; foco na MAC; modelo medicalizante; redução de oferta em serviços acadêmicos; distância e transporte; pagamento por produção</li> </ul> </li> </ul>
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invasão dos serviços do SUS por municípios vizinhos</li> <li>• Disputas nas negociações com desvantagem para os municípios pequenos</li> <li>• Importância da participação da SES</li> <li>• Falta clareza do papel de regulação</li> </ul>

continua

Quadro 1. continuação

N	Autor	Objetivo/Dimensão	Período	Tipo de publicação	Metodologia
<b>Regional</b>					
17	Silva MJ (2014)	Análise do CGR Região Oeste – MT (12 municípios)	2010 a 2012	Dissertação de mestrado	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (11), observação e análise documental
18	Santos, Giovanella (2014)	Governança regional na CIR Vitória da Conquista – BA (19 municípios)	2011 e 2012	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (17), análise documental grupo focal, observação
19	Silva, Gomes (2014)	Aplicação do PDR, PPI, PDI na Grande ABC – SP	2010-2011	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão(10), análise documental
20	Martinelli (2014)*	Processo de regionalização e mix público-privado na Região de Tangará da Serra – MT (Médio Norte, 10 municípios)	2006 - 2011	Tese de doutorado	Estudo de caso de abordagem quanti-quali . Fontes: questionários auto-aplicados com gestão pública e privada, análise documental e de dados secundários
21	Mendes (2015)	Implementação do COAP em 5 regiões de SP. Proposta de análise de perfis regionais de saúde	2011	Artigo original	Estudo de caso de abordagem quanti-qualitativa Fontes: entrevistas ligadas à gestão (8), análise de indicadores de monitoramento e avaliação

continua

Quadro 1. continuação

N	Principais achados empíricos
<b>Regional</b>	
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descontinuidade da política de regionalização fortalecida entre 1995 e 2002</li> <li>• CGR enfraquecidos por “recentralização” da SES/MT</li> <li>• Institucionalidade do CGR intermediária: instituído e organizado; estrutura insuficiente ao funcionamento adequado</li> <li>• Espaço valorizado pelos atores, mas de legitimidade relativa</li> <li>• Fragilidade técnica dos gestores municipais</li> <li>• Interferências político-partidárias e clientelistas</li> <li>• Interesses municipais em detrimento aos regionais. Interesses estaduais sobressaem-se</li> <li>• Destaque do Consórcio Intermunicipal de saúde na integração dos municípios</li> <li>• Importante apoio técnico do COSEMS</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIR: principal estratégia de governança regional – conflitante e institucionalidade intermediária</li> <li>• CIR: importante espaço de interlocução, mas eminentemente burocrático</li> <li>• Baixa autonomia dos gestores em relação ao poder executivo municipal</li> <li>• Prioridade por interesses municipais, tradição clientelista e influência da política partidária</li> <li>• Rotatividade de secretários de saúde</li> <li>• Baixa qualificação técnica. Baixa capacidade de planejamento regional</li> <li>• Recursos financeiros insuficientes dificultam cumprimento da PPI</li> <li>• Baixa regulação do setor privado contratado. Compra de serviços no mercado privado por valores acima da Tabela do SUS (pagamento direto a médicos de outros municípios por procedimentos já custeados pelo SUS)</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PDR: necessidade de atualização para equilibrar a relação oferta/demanda</li> <li>• PPI: arena de competição, ao invés de um espaço de articulação, negociação e pactuação</li> <li>• PDI: pouco significativo, em função do subfinanciamento</li> <li>• Dificuldade de alterar o foco da oferta para demanda</li> <li>• CGR: inovação e ponto de mobilização e articulação regional</li> <li>• Fragilidade técnica dos municípios</li> <li>• Necessidade da liderança estadual</li> <li>• Baixa legitimidade da pactuação/percepção de baixa influência dos pequenos municípios</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descontinuidade política e administrativa nas trocas de gestão</li> <li>• CGR: espaço importante, mas com governabilidade parcial: “somatório das partes”</li> <li>• Rede de atenção fragmentada e Insuficiência da capacidade instalada</li> <li>• Ausência de construção de unidades regionalizadas</li> <li>• Privado: expansão e fortalecimento na rede de atenção</li> <li>• MAC: garantida por contratualização do setor privado (dependência mútua)</li> <li>• Baixa qualificação dos gestores municipais. Baixa cultura de planejamento</li> <li>• Interferência político-partidária</li> <li>• Necessidade da liderança da SES</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vale do Ribeira. Baixo protagonismo regional. Relação de dependência da DRS. Suporte do consórcio da região. Fragilidade técnica, político-administrativa, capacidade instalada e interesses partidários</li> <li>• Bauru: protagonismo do município-sede, força política, técnico-operativa, financeira e de estrutura instalada</li> <li>• ABC paulista: maior protagonismo, dinâmica mais compartilhada e horizontalizada. Relação com consórcio metropolitano</li> <li>• Baixada Santista: desmonte do processo anterior. Rotatividade de gestores</li> <li>• Extrema fragilidade político-administrativa, em geral, dos gestores municipais</li> <li>• COSEMS: papel importante</li> <li>• DRS: detentora do poder, mas com frágil capacidade de protagonismo político</li> <li>• Governo do Estado: distante, autoritário, burocrático, quando não dificultador. Forte prestador com baixa relação produtiva com os municípios</li> <li>• Qualidade da equipe técnica (ex. Câmara Técnica) condiciona pactos e liderança do município no colegiado regional</li> <li>• CIR: dificuldade de sair da pauta da assistência, interesses municipais, vulnerável aos interesses particulares</li> <li>• COAP pouco referido – mais na captação financeira do que de pactuação regional</li> </ul>

continua

Quadro 1. continuação

N	Autor	Objetivo/Dimensão	Período	Tipo de publicação	Metodologia
<b>Regional</b>					
22	Kehrig et al. (2015)	Regionalização da saúde sob o recorte da institucionalidade e governança. Região Sul-Mato-Grossense (MT)	1995-2009	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Análise documental. Fontes: atas da CIB-CGR (também regulamentos, regimentos e instrumentos de gestão.
23	Medeiros, Gerhardt (2015)	Análise da RAS – cardiovascular – em 02 municípios de pequeno porte. 16ª região de saúde – RS	2012	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fonte entrevistas ligadas à gestão(3); grupo focal (2).
<b>Fronteira</b>					
24	Preuss, Nogueira (2012)	Regionalização na fronteira entre Brasil (RS), Argentina e Uruguai	?	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (n?)
<b>Metropolitana</b>					
25	Spedo et al. (2010)	Regionalização metropolitana do município de SP. (foco em uma Supervisão Técnica)	2005 a 2008	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão (5) e análise documental
26	Ianni et al. (2012)	Regionalização e condicionantes do acesso à AB na Baixada Santista - SP	2007 a 2010	Artigo original	Estudo de caso de abordagem qualitativa. Principais fontes: entrevistas ligadas à gestão (n?); análise das atas da CIR e CONDESB

continua

Quadro 1. continuação

N	Principais achados empíricos
<b>Regional</b>	
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte indução da SES, principalmente nos oito primeiros anos de existência da CIB Regional (1995-2002)</li> <li>• Organização de consórcios intermunicipais, criação das CIB Regionais, câmaras de compensação para AIH; câmaras de auditoria e sistema de controle e avaliação</li> <li>• Regionalização permeada pelo mix público-privado</li> <li>• Afastamento da SES no processo regional depois de 2002</li> <li>• Importante papel do COSEMS</li> <li>• Ausência de qualquer planejamento regional</li> <li>• Dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>- indefinição de responsabilidades entre as esferas de governo e as instâncias regionais</li> <li>- rotatividade dos gestores</li> <li>- predomínio de aspectos político-partidários</li> </ul> </li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo assistencial fragmentado e focado em procedimentos</li> <li>• Rede organizada principalmente sobre a oferta</li> <li>• Suficiência de serviços, mas baixa integralidade e coordenação (baixo papel da AB)</li> <li>• CIR: fórum importante de negociação e pactuação, mas com participação limitada dos gestores</li> <li>• Baixa participação social</li> <li>• Baixa capacitação técnica das SMS, baixa capacidade de planejamento</li> <li>• Ausência de monitoramento e avaliação</li> <li>• SES: centralizadora, mas ausente nas questões de regulação e pouco apoio técnico aos municípios</li> </ul>
<b>Fronteiriça</b>	
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conselho Municipal de Saúde: principal ator no processo de pactuação</li> <li>• Ações de integração isoladas, distância dos centros decisórios</li> <li>• Gestão burocrática, centralizadora e normativa</li> <li>• Gestores: compreensão superficial do Pacto pela Saúde</li> </ul>
<b>Metropolitana</b>	
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracasso da reforma regional intramunicipal</li> <li>• SMS: caráter centralizador; separação político-administrativas entre atenção básica e a assistência hospitalar e U/E. Não assumiu de fato a gestão dos ambulatórios e hospitais estaduais</li> <li>• Poder institucional e resistência dos hospitais em se integrar ao sistema de saúde</li> <li>• Rotatividade de Secretários e cargos gerenciais de coordenação</li> <li>• Falta de negociação prévia com atores institucionais. Baixa inclusão das várias representações (ex. usuários)</li> <li>• Indefinição do papel estadual</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Dupla identidade”, metrópole e região: prob. regionalização vs. prob. implantação da região metropolitana</li> <li>• “Invisibilidade” do tema metropolitano para o gestor local e regional</li> <li>• Invasão dos serviços do SUS por municípios vizinhos, incluindo MAC e AB</li> <li>• Ineficiência das instâncias e instrumentos e infraestrutura de gestão regional. Subfinanciamento</li> <li>• DRS: cultura centralizadora e fragilidades técnicas e políticas</li> <li>• CIR: importante espaço de discussão. Fragilidade técnico-política a mantém como espaço meramente homologatório</li> <li>• Baixa capacidade de regulação: mecanismos informais e interpessoais associados</li> <li>• Competitividade intermunicipal pelo aporte financeiro do estado</li> <li>• Interesses municipais sobre regional</li> </ul>

\* Recentemente foram publicados artigos das teses/dissertação. Entretanto foram mantidos os resumos dos trabalhos originais, até por terem maior amplitude do que os artigos iniciais gerados<sup>42-44</sup>.

**Quadro 2.** Categorias prevalentes sobre regionalização no discurso ligado à gestão pública em saúde no Brasil.

	Pereira, 2009	Assis et al., 2009	Viana et al., 2010	Souto Junior, 2010	Stephan-Souza et al., 2010	Spedo; et al., 2010	Venancio et al., 2011	Mesquita, 2011	Coelho, 2011	Lima Et AL, 2012	Brandão et al., 2012	Preuss; Nogueira, 2012	Ianni et al., 2012	Silva; Gomes, 2013	Albuquerque, 2013	Silva; Gomes, 2014	Santos; Giovanella, 2014	Silva, 2014	Vargas et al., 2014	Martinelli, 2014	Guerra, 2015	Mendes et al., 2015	Medeiros; Gerhardt, 2015	Kehrig; et al., 2015	Bretas Jr; Shimizu, 2015
<b>Importância da indução Federal</b>									x										x						
<b>Subfinanciamento</b>	x			x		x							x			x	x		x					x	
<b>SMS/SES: cultura burocrática, perfil centralizador</b>				x	x	x		x			x	x											x	x	
<b>SMS: baixa capacidade técnica, rotatividade</b>	x				x		x		x			x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x
<b>SES: baixa liderança e apropriação do processo</b>	x								x					x		x			x	x	x				x
<b>CIR/CGR: importância, inovação</b>	x	x		x			x	x		x			x	x	x	x	x	x	x	x				x	x
<b>CIR/CGR: burocrática, interesses, vulnerabilidade</b>	x			x				x		x			x	x	x	x	x	x	x	x			x		x
<b>Planejamento: baixa cultura, carência de instrumentos</b>								x	x	x	x						x		x	x	x				x
<b>Regulação: baixa clareza, carência de instrumentos</b>		x					x		x	x			x	x	x		x					x			
<b>Jurídico: carência de instrumentos efetivos</b>		x																							
<b>Influência do mix estado/mercado (público/privado)</b>			x						x								x				x	x			x
<b>Dificuldade na inserção/oferta dos hosp. universitários</b>					x		x		x																
<b>Apoio do COSEMS</b>		x																x					x		x

\* Duarte et. al (2015) estão ausentes do quadro por não trabalharem elementos discursivos.

### Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Categoria onipresente, as SMS, principais responsáveis pelo pressuposto da gestão cooperativa, solidária e de interdependência regional, são vistas como estruturas burocráticas de perfil centralizador. Sua atuação é ainda prejudicada pela descontinuidade política decorrente da rotatividade de secretários. A fragilidade técnica é talvez seu maior ponto de vulnerabilidade. O CONASEMS aparece citado como importante apoiador no processo regional.

### Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Como regra, a esfera estadual é vista como o parceiro ausente. Há certo clamor para que as SES assumam maior papel de liderança na ordenação do processo regional, com presença efetiva na regulação, mediação e negociação. Entretanto, é reconhecida sua fragilidade estrutural e técnica para este novo protagonismo.

### **Colegiados Intergestores Regionais (CIR/CGR)**

As instâncias regionais são amplamente valorizadas como espaço político inovador e de governança regional. Mas, naturalmente moldadas na amplitude política de uma democracia em consolidação e seus temperos históricos, ressentem-se da dificuldade em superar a reprodução da cultura política municipal e seus acentuados interesses eleitorais, clientelistas e corporativos. Com isto, infere-se que a regionalização da saúde sofre mais influência da dinâmica política e social abrangente, e seu acúmulo histórico, do que da política de saúde especificamente.

### **Mix estado/mercado (público/privado)**

Mais do que coexistência, a interdependência entre Estado e mercado é uma característica disseminada pelo país. Embora apresente regiões com maior ou menor predominância nessa composição, não há um padrão definido pelo país. É consensual a incapacidade do gestor em regular o setor privado contratado, cuja forte influência se dá pela capacidade instalada, participação nos processos de decisão e múltiplos vínculos profissionais.

### **Instrumentos**

A falta de cultura de planejamento é outro forte consenso, obstaculizado ainda mais pela debilidade dos instrumentos disponíveis: o Plano de Saúde é trabalhado de modo formal e simbólico; o PDR contaminado pela política menor; e a PPI obstada pelo subfinanciamento e disputas intermunicipais. Os instrumentos jurídicos de garantia das pactuações são débeis, praticamente ausentes nas dimensões metropolitana, interestadual e fronteira. O desenvolvimento de ferramentas eficazes de coordenação, regulação e planejamento é disposto como um dos principais desafios à governança regional.

### **Regulação**

Embora expressão corriqueira, a realidade é que falta clareza sobre o sentido mais abrangente do termo. De pragmático é assinalada a dificuldade geral de regulação de fluxos regionais, comumente referida pelos municípios mais estruturados como “invasão”.

## **Discussão**

### **Homogeneidade discursiva**

Mesmo que se trate do exercício de funções semelhantes, é mais do que notável a homogeneidade e a regularidade do corpo discursivo revisado, independente do tempo, dimensão e região analisada – e que se remete mesmo a estudos anteriores ao Pacto pela Saúde<sup>33,45</sup>. Característica de certa forma esperada, até porque a indução normativa federal determina certa coesão entre a atuação dos entes, revelando dificuldades técnicas comuns. Fóruns e representações nacionais, à exemplo de CONASS e CONASEMS, também participam nessa correspondência. Mas, é como se um grande resumo dessa literatura revisada tivesse sido encomendado no ensaio produzido por uma reunião de Secretários de Saúde municipais<sup>17</sup> – no sentido da ideia de “isomorfismo organizacional”<sup>46</sup> –, mas sem querer aqui adentrar pela abordagem institucionalista.

Uma primeira indução é que a coesão geográfica e temporal do conjunto de estudos revela substancial validade externa das categorias revisadas; de forma a assumir esse corpo discursivo como uma representação comum do discurso gerencial no processo de regionalização do SUS em todo país. A consequência mais imediata é reforçar o crédito de que os fenômenos mencionados são realmente inegáveis e importantes ao processo regional de sul a norte.

Mas isso não exclui a possibilidade de que o olhar de pesquisa esteja em sua maioria voltado para o mesmo lado, despercebendo possíveis variações do cenário (a escolha dos atores-chaves e do roteiro é opção da pesquisa – e quem pergunta não só apenas conhece parte da resposta como influencia no direcionamento do discurso). Por exemplo, apenas dois trabalhos fazem menção à perspectiva de uma regionalização intersetorial, contudo sem aprofundar os méritos<sup>25,35</sup>. O papel do prestador, em especial dos hospitais, ou questões tecnológicas e de inovação estão amplamente encobertos.

Essa baixa variação discursiva nos últimos anos também fortalece indícios de que na sequência da inflexão promovida pelas NOAS, e mais fortemente pelo Pacto pela Saúde, o processo regional atingiu há algum tempo uma espécie de platô político. Uma das causas mais fáceis de elencar seria a insuficiência de novos estímulos – diga-se recursos – para superar os estágios alcançados. A onipresença da queixa de subfinanciamento é autoexplicativa.

A esfera estadual, por sua vez, agrega pouco no cômputo global, na maioria das vezes tida como omissa, algumas como entrave. No entanto, a fragilidade técnica do ente municipal – mas também estadual – surge como um dos entraves mais categóricos do processo de regionalização no país; sem dúvida com reflexo na percebida vulnerabilidade e burocratização dos CGR/CIR.

De modo geral, as categorias temáticas resultantes são de compreensão imediata, sendo desnecessário estender discussões específicas sobre cada uma. Entretanto, a dimensão e a perenidade desse conjunto em diálogo com o contexto histórico-estrutural do país permite aprofundar as análises em categorias analíticas mais robustas, realizadas a seguir.

### **Regionalização, descentralização e re-centralização**

Há uma crítica renitente à participação da SES no processo regional. Embora seu enunciado tenha origem no âmbito da regionalização, o problema é anterior e se remete ao processo de descentralização<sup>4,5</sup>. Provavelmente, com influências mais abrangentes e antigas, pois o desenho da polarização entre municípios e federação já havia sido caracterizada na política varguista<sup>47</sup>. Uma questão, portanto, é saber em que medida o processo regional depende também da atualização da questão federativa.

Sabe-se que a municipalização trouxe um padrão mais democrático de governança local<sup>48,49</sup>. Mas, inversamente, é conhecido o problema da descentralização com a iniquidade regional, burocratização e politização dos níveis locais, ao mesmo tempo em que dificulta a regulação do nível central<sup>6</sup>, justamente as motivações para o fortalecimento da questão regional no país.

Os estados brasileiros alcançaram estágios diferenciados de descentralização na saúde, o que se traduz em particular no grau de controle sobre a média e a alta complexidade (MAC), definindo posição privilegiada ao hospital de referência na organização do sistema. O papel que esse hospital exerce na governança regional é ainda pouco compreendido no processo de regionalização<sup>14</sup>. Há certa percepção de que os estados que mais avançaram na descentralização dos seus sistemas de saúde têm hoje mais dificuldade em regular o processo regional, o que levantaria a possibilidade de que algum grau de recentralização poderia ser benéfico em alguns casos (questão certamente incompleta, uma vez que São Paulo detém considerável componente da MAC e é também visto

como elo frágil do processo). Balança em que se pesam continuamente medidas estruturais e não estruturais na busca de um equilíbrio dinâmico<sup>10</sup>.

### **Necessidades municipais e a regionalização**

A gestão municipal é amplamente interpretada como um elo frágil e dificultador do processo regional, questão que naturalmente embute a ideia de que a melhoria técnica do quadro municipal impactaria na capacidade regional. Sem dúvida, mas, de fato, os estudos não avançam em uma questão nuclear: porque essa fragilidade não dá mostras de reversão ao longo do tempo? Não parece ser apenas um problema do ‘como fazer’, algo para o qual alguém logo sugeriria cursos técnicos, de especialização e afins, ou apenas ligada à rotatividade.

Sob outro olhar, pode ser aventado que o foco das análises esteja demasiadamente concentrado no conteúdo regional da reforma, na formação de redes, na assistência, em detrimento dos atores envolvidos<sup>50</sup>. Aqui pensando especificamente em inverter a perspectiva da visada para o município como ator principal interessado na regionalização e suas próprias necessidades (e não na ‘regionalização’ interessada no município). Deste novo ponto de vista, aparentemente paradoxal, parece despontar a necessidade de apoio, reforço e investimento na gestão municipal como parte inerente das próprias políticas de regionalização. Questão que releva também a discussão do papel do COSEMS, ator pouco lembrado nos estudos, mas sempre de forma positiva.

A indução exitosa da capacidade técnica municipal é uma possibilidade histórica concreta<sup>51</sup>. Fica o desafio de se pensar um modelo de indução que fortaleça tecnicamente município e região em paralelo, e em período de tempo aceitável. É como se necessitasse – e se necessita – entrar em uma sociedade pós-industrial, sem antes experimentar a industrialização; ou entrar em uma administração pública moderna, sem antes experimentar uma administração burocrática eficiente.

Em posição serena e reflexiva, Gilles Dusault<sup>52</sup> assinala aquela que lhe parece a maior diferença gerencial entre as culturas anglo-saxãs e latinas: “o grau de profissionalização e correspondente despolitização da gestão dos serviços de saúde e, em geral, dos serviços públicos”; aliada a uma tradição de formação em gestão e favorecimento da nomeação meritocrática, especialmente “para postos de direção em que esta resulta das competências e experiências que correspondem às exigências específicas da função”.

Mas, se a necessidade de maior foco nas necessidades municipais, favorecimento de carreiras de gestão e escolhas gerenciais mais apropriadas fornecem parte da resposta, outra característica particular da política brasileira, discutida a seguir, também contribui para determinar a abrangência e a perenidade da incapacidade municipal revelada nas pesquisas.

### Planejamento: juntando as partes

O argumento desenvolvido aqui se beneficia da análise de Vargas et al.<sup>16</sup>, na qual observam que os desafios da regionalização da saúde no Brasil reúnem quatro maiores categorias de análise:

1. Implementação baseada em negociação ao invés de planejamento
2. Grande responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica
3. Falhas no planejamento e na coordenação das competências envolvidas
4. Falta de clareza sobre as regras políticas de implementação

Não é o caso de rediscuti-las, senão remeter os interessados à discussão original. Mas, aqui interessa observar que essas categorias não se dispõem no mesmo plano histórico de análise; de forma que é possível discriminar uma hierarquia do tipo causa e consequência entre elas. Nesse raciocínio a cultura política de consenso mediado por negociação, em relação inversa com a política baseada em planejamento, ganha anterioridade às demais – muito particularmente quando contextualizada às tradições do modelo de negociação política no país (barganha), apontadas extensivamente desde Oliveira Viana<sup>53</sup>, Victor Nunes Leal<sup>54</sup>, ou Rodolfo Mascarenhas<sup>55</sup>, este na especificidade paulista da saúde pública.

Vargas et al.<sup>16</sup> trazem um problema essencial ao debate. No pragmatismo norte-americano, por exemplo, são antigos os exemplos de como a questão metropolitana e regional ligada à saúde pública encontram-se primariamente no âmbito do planejamento e não da barganha política<sup>56</sup>.

Em nosso histórico sanitário, um tanto tributário dessa formação pragmática, Barros Barreto<sup>57</sup>, principal responsável pela conformação sanitária do país na primeira metade do século XX, já chamava a atenção para a necessidade do planejamento da distribuição dos serviços de saúde no interior do país, atento ao que viria ser abordado como integração intersetorial. Em termos de cultura institucional, a Fundação SESP, de forte influência norte-americana, foi quem mais insistiu na necessidade da organização ra-

cional, planejamento e integração dos serviços de saúde entre nós<sup>3,55-58</sup> – escola fortemente combatida com a ascensão do pensamento político crítico que culminaria na Saúde Coletiva. Entre as principais motivações, justamente a contraposição ao que se via como uma cultura eminentemente técnica que desconsiderava a importância estratégica da intencionalidade política no planejamento. De todo modo, embora se possa pensar nas repercussões específicas desta ruptura na formação em saúde pública, os resultados revisados sugerem que a dinâmica regional diz mais respeito à cultura social e política aberta do que à questão setorial da saúde propriamente<sup>16,35</sup>. Notadamente uma cultura político-administrativa com dificuldades de planejamentos virtuosos de longo alcance<sup>2</sup>.

Mas, como interpretar a perenidade dessa deficiência em planificação? Uma questão central é que em última análise a lógica da barganha mantém a ideia de planejamento em saúde eminentemente subordinada ao rol de possibilidades restantes da negociação política – de condições desiguais entre os municípios. Desequilíbrio que aniquila a própria concepção de planejamento (como aprimorar um conceito mutilado?). Completa-se assim um círculo vicioso composto pela baixa qualificação técnica e gerencial, alta rotatividade profissional e esvaziamento do sentido de planejamento. Enfim, numa reafirmação de que a categoria do primado da negociação política sobre o planejamento acaba por subordinar as demais elaboradas. Um contexto certamente pouco favorável ao desenvolvimento de ferramentas efetivas e inovadoras de planejamento regional e, por conseguinte, à superação dos limites alcançados pela inovação das novas instâncias regionais. Contribui ainda para compreender a baixa possibilidade de reversão do modelo de planejamento sobre a oferta – obviamente prioridade quando a negociação vem primeiro – para outro sobre a demanda, capaz de conduzir o setor privado complementar a aderir aos objetivos precípuos do SUS.

### Considerações finais

A revisão evidenciou que o processo de regionalização é hoje uma realidade vívida na gestão da saúde em todas as esferas de governo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país. Os colegiados são valorizados como importantes espaços de inovação, mas ainda em busca da superação de uma cultura política burocrática e clientelista. A go-

vernança regional deve enfrentar a fragmentação do sistema e a histórica deficiência com planejamento, desde as questões locais às políticas estratégicas, como a incorporação tecnológica. As análises permitiram uma incisiva implicação da cultura de amplo privilégio da negociação política em um ciclo vicioso que sustenta a deficiência técnica da gestão.

Uma produção científica em franco amadurecimento releva, entre outras características, a latência entre as prioridades políticas estabelecidas no setor saúde e a capacidade de reação acadêmica em prover evidências e indicadores do processo. A distância entre as prioridades acadêmicas e

a política parece bem representada na presença significativa das universidades no processo regional em apenas três estados<sup>35</sup>, além da histórica dificuldade de inserção dos hospitais universitários no planejamento da rede assistencial<sup>23</sup>. De fato, o descompasso entre a implementação de políticas sociais e a pesquisa acadêmica tem sido descrito na literatura internacional como um desafio comum<sup>59</sup>. Uma variável fundamental na baixa reflexividade do desmonte recente dos processos regionais da saúde canadense teria sido justamente a ausência de evidências científicas sobre as políticas instituídas<sup>9</sup>.

### Colaboradores

GA Mello, APCM Pereira, LYT Uchimura, FL Iozzi, MMP Demarzo e ALA Viana participaram da elaboração, análise e escrita do texto. ALA Viana e FL Iozzi fizeram a seleção inicial de textos. APCM Pereira realizou a busca sistemática. GA Mello fez a primeira versão do texto.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96). *Diário Oficial da União* 1996; 6 nov.
2. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2317-2326.
3. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2012; 19(4):1219-1240.
4. Viana ALA. *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização*. São Paulo: Hucitec Editora; 2013.
5. Ouverney ALM. *Federalismo e descentralização do SUS: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2015.
6. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead: Open Univ. Press; 2007. (European observatory an health systems and policies series).
7. Pisco L. Centralizar ou descentralizar a gestão da saúde? [Entrevista]. [acessado 2016 maio 15]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/centralizar-ou-descentralizar-a-gestao-da-saude/>
8. Greer SL, Jarman H, Azorsky A. A reorganisation you can see from space. The architecture of power in the new NHS [Internet]. Center for Health and the Public Interest; 2014 [acessado 2016 fev 21]. Disponível em: <http://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2014/01/The-architecture-of-power-in-the-NHS-Scott-Greer-Jan-2014.pdf>
9. Marchildon GP. The crisis of regionalization. *Health Manage Forum* 2015; 28(6):236-238.
10. Jakubowski E, Saltman RB, European Observatory on Health Systems and Policies, editors. *The changing national role in health system governance: a case-based study of 11 European countries and Australia*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2013. Observatory studies series.
11. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 297(7696):405-412.
12. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006; 4:12.
13. Monteiro O. Integralidade truncada [Entrevista]. [acessado 2016 maio 15]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/integralidade-truncada/>
14. European Union. Committee of the Regions. *The management of health systems in the EU Member States the role of local and regional authorities*. Luxembourg: Publications Office; 2012.
15. Roux AVD. Health in cities: is a systems approach needed? *Cad Saude Publica* 2015; 31(Supl. 1):9-13.
16. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger J-P, da-Silva MRF, De Paepé P, Vázquez M-L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan* 2015; 30(6):705-717.
17. Assis E, Cruz VS, Trentin EF, Lucio HM, Meira A, Monteiro JCK, Cria SM, Focesi MR, Cielo CA, Guerra LM, Farias RMS. Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde Soc.* 2009; 18(Supl. 1):17-21.
18. Medeiros CRG, Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Debate* 2015; 39(n.spe):160-170.
19. Souto Junior JV. *O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
20. Brandão ICA, Martiniano CS, Monteiro AI, Marcolino EC, Brasil SKD, Sampaio J. Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização. *R bras ci Saude* 2012; 16(3):347-352.
21. Bretas Junior N, Shimizu HE. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde Debate* 2015; 39(107):962-971.
22. Guerra DM. *Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
23. Stephan-Souza A, Chebli ICF, Jacometti EJM, Piva MG. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. *Rev APS* 2010; 13(Supl. 1):S35-45.
24. Pereira AMM. *Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
25. Coelho APS. *O público e o privado na regionalização da Saúde: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
26. Mesquita RMS. Consensos da comissão intergestores regional para a organização do sistema regional de Saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2011.
27. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Morais MLS, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3951-3964.
28. Silva EC, Gomes MHA. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde Soc.* 2013; 22(4):1106-1116.
29. Silva EC da, Gomes MH de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde Soc.* 2014; 23(4):1383-1396.
30. Silva MJV. *Regionalização da saúde no oeste de Mato Grosso: um estudo de caso do Colegiado de Gestão Regional* [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2014.
31. Santos AM, Giovannella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):622-631.
32. Martinelli NL. *A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato grossense* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.

33. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, Duarte L, Weiller JAB, Lara NCC, Botelho LAM, Almeida CALO. O processo da gestão regional da saúde no Estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):423-437.
34. 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(107):948-961.
35. Lima LD, Viana AL d'Ávila, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2881-2892.
36. Albuquerque MV. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
37. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(6):1163-1174.
38. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde Soc.* 2010; 19(3):533-546.
39. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Moraes MLS, Barboza R. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(5):925-934.
40. Preuss LT, Nogueira VMR. O pacto pela saúde nas cidades gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. *Texto e Contexto* 2012; 11(2):320-332.
41. Lima JC, Rivera FJU. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2179-2189.
42. Albuquerque MV, Viana ALA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde Debate* 2015; 39(n.spe):28-38.
43. Almeida APSC, Lima LD. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saúde Debate* 2015; 39(n.spe):51-63.
44. Martinelli NL, Viana ALA, Scatena JHG. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. *Saúde Debate* 2015; 39(n.esp):76-90.
45. Lotufo M, Miranda AS. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. *Rev. Adm. Pública* 2007; 41(6):1143-63.
46. Cecilio LCDO, Andreazza R, Souza ALM, Lacaz FADC, Pinto NRS, Spedo SM, Lacaz FAC, Sato WNS, Bestetti LMA. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde* [Internet]. 2007; 1(2). [acessado 2015 out 15]. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84/79>
47. Melo MABC. Municipalismo, nation-building e a modernização do Estado no Brasil. *Rev. Bras. Ci. Soc.* 1993; 6(23):85-99.
48. Viana AL d'Ávila, Machado CV. Descentralização e ordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):807-817.
49. Fleury S, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ* 2010; 28(6):446-445.
50. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan* 1994; 9(4):353-370.
51. Arretche M, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):455-479.
52. Entrevista com o professor Gilles Dussault: desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Ligia Giovannella e José-Manuel Freire. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2889-2892.
53. Viana O. Instituições políticas brasileiras. Brasília: Conselho Editorial do Senado Federal; 1999.
54. Leal VN. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
55. Mascarenhas RS. Problemas de saúde pública no estado de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo* 1954; 8(1):1-13.
56. Adams T. Regional Planning in relation to public health. *Am J Public Health* 1926; 16(11):1114-1121.
57. Barreto JB. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. *Arquivos de Higiene* 1939; 9(1):5-29.
58. Campos ALV. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
59. Oliver K, Lorenc T, Innvær S. New directions in evidence-based policy research: a critical analysis of the literature. *Health Res Policy Syst* 2014; 12(1):34.

---

Artigo apresentado em 11/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 23/09/2016