



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

D'Ávila Viana, Ana Luiza; Bousquat, Aylene; Chancharulo de M. Pereira, Ana Paula;  
Teruya Uchimura, Liza Yurie; Vercesi de Albuquerque, Mariana; dos Santos Mota, Paulo  
Henrique; Piva Demarzo, Marcelo Marcos; Paula Ferreira, Maria  
Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no  
Brasil  
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 413-422  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263641004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil<sup>1</sup>

## Typology of health regions: structural determinants of regionalization in Brazil

### Ana Luiza D'Ávila Viana

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: analuizaviana@usp.br

### Aylene Bousquat

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: aylenebousquat@usp.br

### Ana Paula Chancharulo de M. Pereira

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: apmoraes75@gmail.com

### Liza Yurie Teruya Uchimura

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lytuchimura@gmail.com

### Mariana Vercesi de Albuquerque

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mari\_valb@yahoo.com.br

### Paulo Henrique dos Santos Mota

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: paulohsmota@gmail.com

### Marcelo Marcos Piva Demarzo

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: demarzo@unifesp.br

### Maria Paula Ferreira

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: mpferrei@seade.gov.br

### Correspondência

Aylene Bousquat

Av. Dr. Arnaldo, 715, Térreo.

São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-904.

### Resumo

O desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade das ações e dos serviços de saúde no contexto regional podem ser considerados condicionantes estruturais para o êxito do atual processo de regionalização da saúde no Brasil. O presente estudo tem como objetivo identificar os condicionantes estruturais do processo de regionalização por meio da construção de uma tipologia das regiões de saúde no Brasil. Foi construída tipologia das regiões de saúde brasileiras a partir de fonte de dados secundários disponível. A identificação das dimensões e dos grupos – que compõem a tipologia – foi realizada por meio de análise fatorial e de agrupamentos/*clusters*. Também foram identificados o tipo de prestador de ações e os serviços predominantes na região tanto para a produção ambulatorial quanto para a internação. As regiões foram classificadas em cinco grupos, de forma independente, de acordo com suas características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde. A caracterização das regiões de saúde brasileiras, a partir da tipologia apresentada, demonstra heterogeneidade do território nacional e a complexidade de organizar sistemas de saúde regionais. A tipologia proposta pode auxiliar na investigação e no melhor entendimento desse cenário contraditório e complexo, apoiando o urgente desenvolvimento de políticas públicas regionais integradas que envolvam, concomitantemente, desenvolvimento econômico e social; e o fortalecimento dos espaços de governança regional, a fim de promover a organização de sistemas de saúde regionais alicerçados nos princípios do SUS e numa gestão compartilhada e solidária que tenha como imagem-objetivo a garantia do direito à saúde.

**Palavras-chave:** Regionalização; SUS; Sistema Único de Saúde; Políticas de Saúde.

1 Financiamento: CNPq processo 404997/2013-9 (Política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde no Brasil)

## Abstract

The socioeconomic development, supply and complexity of the actions and health services in a regional context can be considered structural constraints to the success of the current process of regionalization of health in Brazil. The main objective of this study is to identify the structural determinants of the process of regionalization through the construction of a typology of health regions in Brazil. Development of a Brazilian health regions' typology from available secondary data source. The identification of dimensions and groups - that make up the typology - was performed by means of factor analysis and cluster analysis. The type of services provider both for out and inpatients were also identified. Results: the regions were classified into five independent groups according to their socioeconomic profile and the supply of health services characteristics. The characterization of Brazilian health regions through the typology demonstrates high levels of heterogeneity in the Brazilian territory, and the complexity of organizing regional health systems. The proposed typology can assist future research protocols to better understanding this complex and contradictory scenario, supporting the required development of integrated regional public policies that simultaneously involve economic and social development and the strengthening of regional spaces of governance in order to promote the organization of regional health systems grounded in the principles of the SUS (), and a shared goal to guarantee the universal right to health.

**Keywords:** Regionalization; Health Policy; SUS; Brazilian National Health System.

## Introdução

Nos últimos 25 anos dois fenômenos emergiram nas políticas públicas de saúde no Brasil, com impactos diferenciados segundo Estados e regiões. O primeiro, é o da descentralização da formulação, gestão e implementação das políticas de saúde; o segundo, o crescimento do número e tipo de atores envolvidos na oferta e gestão de serviços, com o incremento do papel e da importância de atores não governamentais nas atividades-fim. Esse processo associa-se ao surgimento de diversas iniciativas de contratualização privada para a gestão, gerência e oferta de ações e serviços de saúde (Souza; Carvalho, 1999; Viana; Lima, 2011). Ao mesmo tempo, as ideias “gerencialistas” (ênfase nas ações de melhor custo-benefício) para a governança operacional do sistema de saúde foram difundidas e passaram a ter centralidade na política (Barbosa; Elias, 2010).

Esses dois fenômenos, a descentralização do poder regulatório e decisório para os níveis subnacionais de governo e a proliferação das atividades de “empresariamento” da gestão e oferta de serviços, foram contemporâneos e estratégicos para a conformação do sistema brasileiro de saúde, tendo introduzido ciclos diferenciados ao longo da trajetória de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) - um ciclo que cobre os anos 1990, voltado ao incremento da descentralização com foco nos municípios, e outro, já nos anos 2000, com maior ênfase na estratégia de regionalização, de forma a superar os entraves advindos das grandes desigualdades na oferta de serviços, porém ainda de pouco impacto na organização funcional do sistema de saúde (Lima et al., 2012).

O resultado desses movimentos foi um intenso processo de fragmentação da capacidade de oferta, da decisão e do planejamento das ações e serviços de saúde. O sistema é fragmentado segundo diferentes lógicas orquestradas em micros espaços decisórios muito sensíveis/permeados por interesses locais, em detrimento de uma ação pautada pelos princípios da universalidade e equidade. Vale lembrar que entre os desafios mais urgentes do SUS estão a ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados. No Brasil, a organização de regiões e redes de atenção à saúde tem sido a estratégia de regionalização privilegiada nos últimos anos para superar esses desafios (Brasil, 2011).

Essa mesma estratégia foi utilizada em diversos países que também alicerçam seus sistemas de saúde no princípio da universalidade (Leatt; Pink; Guerriere, 2000; Jakubowski; Saltman, 2013; Almeida, 2010). Nesses, resultados positivos na ampliação do acesso, melhoria do cuidado e na equidade da oferta de ações e serviços de saúde têm sido evidenciados (Saltman; Bankauskaite; Vrangbaek, 2007; Stoto, 2008).

No Brasil a regionalização da saúde é um fenômeno ainda mais complexo. As dimensões continentais, o número de usuários potenciais (acima de 200 milhões), as desigualdades e diversidades regionais subjacentes, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais; públicos e privados) envolvidos na condução e prestação da atenção à saúde são algumas das características que exemplificam essa complexidade (Dourado; Elias, 2011).

O processo de regionalização pode interferir de modo positivo na universalidade do acesso à saúde, pois permite o planejamento e a organização dos serviços da rede de atenção à saúde de acordo com as necessidades do âmbito regional, estabelecendo uma integração racional e equitativa das ações e serviços de acordo com a oferta e necessidades encontradas num determinado contexto socio sanitário, otimizando recursos humanos e tecnológicos no complexo regional de saúde, catalisando compartilhamentos políticos e de responsabilidades entre atores (Lima et al., 2012).

Ademais, as diversidades e as imensas desigualdades socioespaciais brasileiras, associadas ao modelo federativo, que condiciona o planejamento e a gestão regional do SUS, dão novas cores ao processo de regionalização em curso (Albuquerque, 2014). Apesar da potencialidade da proposta, sua efetivação enfrenta importantes obstáculos, entre eles a institucionalização de uma rede de atenção homogênea num território heterogêneo, composto por entes autônomos e marcado por forte disputa política (Machado, 2009; Santos; Giovanella, 2014).

Nesse cenário o desenvolvimento socioeconômi-

co, a oferta e a complexidade das ações e dos serviços de saúde no contexto regional podem ser considerados condicionantes estruturais importantes para o êxito do atual processo de regionalização da saúde no Brasil (Viana; Lima; Ferreira, 2010). Assim, o objetivo deste artigo é identificar os condicionantes estruturais do processo de regionalização no Brasil, por meio da construção de tipologia nacional das regiões de saúde formalmente constituídas até janeiro de 2014, ou seja, após a aprovação do Decreto 7.508/2011, o qual marca um novo momento da regulação dos processos de descentralização e regionalização no SUS (Brasil, 2011).

## Metodologia

Foi construída tipologia nacional das regiões de saúde formalmente constituídas até janeiro de 2014. Baseada na tipologia criada em 2010 para os antigos Colegiados de Gestão Regional. (Viana; Lima; Ferreira, 2010), a atual foi construída a partir de um número menor de componentes, sem perda de poder de discriminação. Essa simplificação operacional é importante frente às possíveis mudanças de composição das regiões de saúde que eventualmente venham a ocorrer ao longo do tempo, permitindo flexibilidade e adaptações, quando necessárias.

As fontes de dados utilizadas foram o Censo Demográfico 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); os bancos de dados do Sistema Único de Saúde disponíveis no Datasus<sup>2</sup>; a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), disponibilizada anualmente pelo Ministério do Trabalho<sup>3</sup>; e o Sistema de Contas Regionais (IBGE).

As unidades de análise foram as regiões de saúde, sendo consideradas as 436 que englobam os 5.565 municípios do Brasil. A identificação das dimensões e dos grupos que compõem a tipologia foi realizada por meio das técnicas estatísticas: análise fatorial e análise de agrupamentos/*clusters* (Hair, et al., 2006).

Os componentes do escore fatorial foram padronizados com média igual a 0 e variância igual a 1. A variância explicada pelo modelo de análise fatorial foi 74,3% (Tabelas 1 e 2). A operacionalização das

2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

3 Ministério do Trabalho - [www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)

**Tabela 1 - Coeficientes do escore fatorial da dimensão “Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde”**

Componentes	Coeficiente
% de beneficiários de plano de saúde (exclusive odontológico)	0,305
% de internações de alta complexidade no SUS no total de internações	0,356
% de médicos por 1.000 habitantes	0,402
% de leitos por 1.000 habitantes	0,229

**Tabela 2 - Coeficientes do escore fatorial da dimensão “Situação Socioeconômica”**

Componentes	Coeficiente
Renda domiciliar per capita (em reais)	0,257
Densidade populacional (hab./km <sup>2</sup> ), 2011	0,118
% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos o ensino fundamental	0,26
% de pessoas de 10 anos e mais com pelo menos ensino médio	0,259
PIB per capita (Em R\$ 1.000,00)	0,234

duas dimensões – situação socioeconômica e oferta e complexidade dos serviços de saúde – pela análise fatorial podem ser descritas como:

- Situação socioeconômica: relacionada ao grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às regiões.
- Oferta e complexidade dos serviços de saúde: relacionada à complexidade dos serviços ofertados nas regiões.

Na construção da tipologia os dois fatores foram classificados em três categorias, definidas relativamente ao conjunto dos dados, através de *Z score*: situação socioeconômica: baixa (-1,707 a -0,3515), média (-0,3514 a 0,8509) e alta (0,8510 a 3,5070); oferta e complexidade dos serviços de saúde: baixa (-1,2133 a -0,1250), média (-0,1249 a 0,9140) e alta (0,9141 a 2,3751).

Posteriormente, para cada agrupamento foram identificadas suas principais características socio-demográficas e seu perfil de oferta e cobertura de serviços de saúde. Além disso, buscou-se verificar o tipo de prestador predominante na região tanto para a produção ambulatorial quanto para a internação. Para tanto, considerou-se a razão entre o total da produção ambulatorial do prestador público na região de saúde no ano de 2013 e o total da produção ambulatorial em 2013; procedimento semelhante foi realizado para as internações. A partir da dis-

tribuição desses valores foram definidos pontos de corte e estabelecidos dois grupos para a produção ambulatorial e três para as internações. As regiões nas quais a razão da produção ambulatorial foi igual ou maior a 90,0% foram classificadas como de prestador predominantemente público, e aquelas com razões menores foram consideradas mistas. Quanto ao perfil de internação, as regiões com razões iguais ou maiores a 77% foram consideradas predominantemente públicas, enquanto as com menos de 50% predominantemente privadas e a restante de padrão misto.

## Resultados e discussão

É importante ressaltar que esta é a primeira vez que uma tipologia das regiões de saúde é elaborada para todo o país, pois na de 2010 os municípios dos estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí não puderam ser analisados (Viana; Lima; Ferreira, 2010).

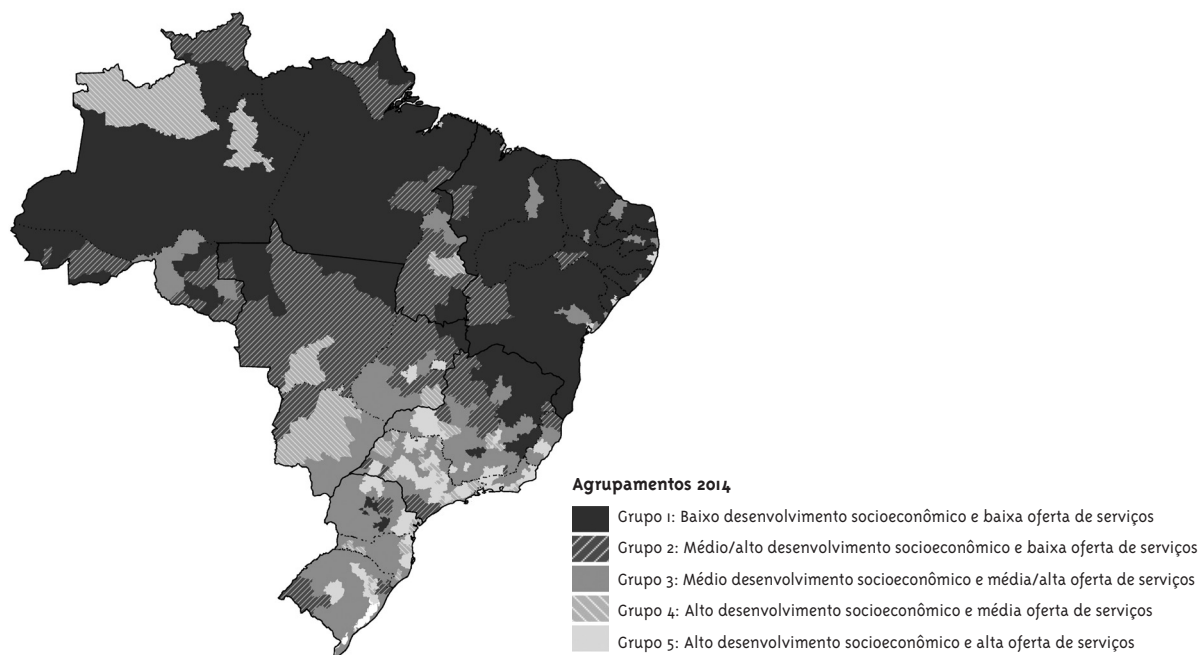
A partir do cruzamento do desenvolvimento socioeconômico e do perfil da oferta de serviços de saúde as regiões foram classificadas, de forma independente, de acordo com suas características socioeconômicas e de oferta de serviços de saúde. Foram identificados cinco grupos: **grupo 1** (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços); **grupo 2** (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta

de serviços); **grupo 3** (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços); **grupo 4** (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços); e **grupo 5** (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços). A distribuição espacial e as principais características dos distintos grupos podem ser vistas na Tabela 3 e no Mapa 1.

As regiões que atingem os maiores valores no

indicador de desenvolvimento socioeconômico caracterizam-se pelo agrupamento de municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente. O indicador oferta e complexidade dos serviços de saúde relaciona-se à complexidade dos serviços ofertados nas regiões/CIR; maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde.

**Mapa 1 - Distribuição espacial dos cinco grupos de regiões de saúde**



**Tabela 3 - Caracterização das regiões segundo grupo, 2013**

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Número de regiões de saúde	175	53	123	35	50
% no total de regiões	40,1	12,2	28,2	8	11,5
Número de municípios	2.159	590	1.803	388	630
% no total de municípios	38,8	10,6	32,4	7	11,3
População (projeção 2013)	45.466.120	14.063.158	38.722.577	24.786.600	77.994.259
% no total da população	23,6	7,3	20,1	12,9	40,5
Média de municípios por Região	12	11	15	11	13
Média da população por município	21.059	23.836	21.477	63.883	123.800
Beneficiários de plano de saúde na população (em %)	5,7	14,7	24,6	40,3	59,7
Médicos por mil habitantes	0,57	0,85	1,33	1,49	2,54
Médicos SUS no total de médicos (em %)	92,3	86,7	83,5	77,9	71,1
Leitos por mil habitantes	1,7	1,7	2,5	1,9	2,6
Leitos SUS no total de leitos (em %)	89,3	76,9	73,6	69,1	62,7



O Grupo 1 (**baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços**) inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil. É o grupo com os menores percentuais de beneficiários do sistema privado, médicos e leitos por mil habitantes. É evidente sua concentração nas macrorregiões Norte e Nordeste.

O Grupo 2 (**médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços**) é composto por 53 regiões e 590 municípios, respondendo pela menor parcela da população brasileira (7,3%). A maioria dessas regiões está localizada nos estados de Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Tocantins (Mapa 1). É uma área de ocupação periférica territorial recente, que ocorreu a partir da expansão da fronteira agrícola com uso intensivo e mecanizado da terra, subordinada às lógicas globais, e muitas vezes no circuito de produção das empresas alimentares (Santos; Silveira, 2001). Esse processo explica a melhoria global dos indicadores socioeconômicos e, também, dado o modelo de desenvolvimento adotado, a baixa oferta de serviços de saúde, criando um cenário bastante particular.

O Grupo 3 (**médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços**) inclui 123 regiões, 1.803 municípios e 20,1% da população brasileira, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul. Observa-se aumento do número de leitos, em comparação com os grupos 2 e 3, mas, paralelamente, o percentual de leitos SUS em relação ao total é menor (Tabela 3).

O Grupo 4 (**alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços**) inclui 35 regiões, 388 municípios e 12,9% da população, predominantemente nas regiões Sudeste e Sul (Tabela 3).

O Grupo 5 (**alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços**) inclui 50 regiões, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil. Destacam-se nesse grupo as regiões metropolitanas e as demais áreas de alto dinamismo econômico. Reflexo desse dinamismo é o alto peso do setor privado, que alcança quase 60% da população.

Os grupos 3, 4 e 5 reforçam a ideia de região concentrada, denominação utilizada por Milton Santos, no final da década de 1970 (Santos; Silveira, 2001). A região concentrada caracteriza-se pela densidade do sistema de relações que intensifica os fluxos de

mercadorias, capitais e informações, cuja conformação influencia toda a macroeconomia nacional. Esse crescimento desigual e altamente concentrado na região Sudeste e Sul (Toledo, 2011) traz importantes consequências no que se refere à distribuição de bens e serviços, em especial aqueles relacionados ao setor saúde. É exatamente nessas regiões que a presença do setor privado da saúde se faz presente com maior importância.

Em relação ao tipo de prestador observa-se padrão distinto entre a produção ambulatorial e a internação. Nos procedimentos ambulatoriais observa-se grande presença do setor público: média de 88,3%, mediana 90,20% e percentil 25 de 82,4% na razão entre procedimentos realizados no setor público e os realizados no privado contratado. Esse resultado pode ser explicado como o reflexo do crescimento da oferta dos serviços de atenção básica ocorrido no país nas últimas décadas (Castro; Fausto, 2012). Mesmo assim, observam-se diferenças entre os diferentes agrupamentos de regiões de saúde (Tabela 4). O prestador é predominantemente público em 220 regiões, das quais 132 encontram-se no grupo 1, de baixo desenvolvimento socioeconômico. A partir do grupo 3 há preponderância do perfil ambulatorial misto, ou seja, nos locais com maior desenvolvimento socioeconômico há maior oferta de serviços do setor privado.

No tocante às internações é evidente o maior peso do setor privado. Apenas nos grupos 1 e 2 observa-se regiões com predomínio do setor público (Tabela 5). Mas, é importante lembrar que esse predomínio dá-se exatamente nos locais com os piores indicadores de leitos e médicos por habitante. Fica mais uma vez clara a insuficiência dos recursos públicos próprios para a oferta dos necessários procedimentos hospitalares. Esse é sem dúvida um constrangimento estrutural importante nessas regiões, desafio que cobra políticas articuladas de desenvolvimento social e econômico. Por outro lado, nos grupos 3, 4 e 5 o predomínio é do setor privado contratado. A distribuição da oferta do SUS entre prestadores públicos e privados é influenciada por critérios econômicos e políticos. Além disso, percebe-se uma tendência de segmentação da clientela segundo a lógica do mercado, que vem aumentando paulatinamente (Santos; Gerschman, 2004).

**Tabela 4 - Grupo de regiões de Saúde segundo Condições Socioeconômicas e de Saúde por Prestador Referente a produção ambulatorial**

	Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços		Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços		Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços		Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços		Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Predomínio público	132	75,4	37	69,8	28	22,8	8	22,9	15	30,0	220	50,5
Misto	43	24,6	16	30,2	95	77,2	27	77,1	35	70,0	216	40,9
Total	175	100,0	53	100,0	123	100,0	35	100,0	50	100,0	436	100,0

**Tabela 5 - Grupo de regiões de Saúde segundo Condições Socioeconômicas e de Saúde por Prestador Referente a Internações**

	Baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços		Médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços		Médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços		Alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços		Alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Predomínio público	68	38,9	22	41,5	6	4,9	7	20,0	6	12,0	109	25,0
Misto	42	24,0	10	18,9	12	9,8	6	17,1	15	30,0	85	19,5
Predominio privado	65	37,1	21	39,6	105	85,4	22	62,9	29	58,0	241	55,5
Total	175	100,0	53	100,0	123	100,0	35	100,0	50	100,0	436	100,0

A disponibilidade de leitos também apresenta-se de forma distinta entre os grupos, apontando para a desigualdade na oferta de internação. A taxa de leito por 1.000 habitantes no Brasil era de 2,3, valor abaixo de países como Canadá (2,7), Espanha (3,2) e Reino Unido (3,0), que também possuem sistemas de saúde universais<sup>4</sup>. A situação é ainda mais crítica quando se constata que do total de leitos no Brasil, por 1000 habitantes, a disponibilidade no SUS é de 1,7 (IBGE, 2010). As diferenças entre os grupos de regiões são evidentes. Essas distorções são ainda maiores, pois uma das limitações do presente estudo e dos atuais sistemas de informação de saúde no Brasil é a dificuldade de se agregar os dados dos procedimentos e serviços ofertados exclusivamente à população usuária de planos de saúde.

A razão de médico por habitante demonstra a grande desigualdade na distribuição desse indicador, pois nas regiões dos grupos 1 e 2 a razão está abaixo de 1 médico para 1.000 habitante, enquanto nas regiões do grupo 5 essa razão é 2,54/1.000 habitantes (Tabela 3).

Esse cenário de tamanha desigualdade fomenta uma outra discussão, que envolve a organização do processo de trabalho em saúde. No Brasil o cuidado em saúde tem como centro o profissional médico, e, como demonstrado pelos dados, a sua distribuição entre as regiões é bastante desigual. Assim, é necessário chamar atenção para a regulamentação e definição do escopo de prática das profissões em saúde. Países como Canadá, Estados Unidos e os da Comunidade Europeia vem implementando esforços

4 Banco de dados do Banco Mundial. Disponível em <<http://data.worldbank.org/>>. Acesso em: 14 out. 2014.



na tentativa de reformar seus sistemas de regulamentação pública das profissões, fundamentada em escopos de práticas não exclusivas e atos reservados; defende-se a ideia de escopos sobrepostos de práticas (Girardi; Seixas, 2002). Nesse sentido, parece relevante a discussão fomentada em editorial recente, que reflete sobre o reconhecimento e o fortalecimento da prática clínica pelos profissionais de enfermagem, o que pode ser fundamental para o acesso mais equitativo na base nos sistemas regionais de saúde, a atenção primária à saúde (Martiniano et al., 2014).

Esses movimentos não foram iniciados pelas corporações profissionais (ao contrário, encontraram forte oposição), tampouco de modo isolado, mas dentro de um processo amplo de reformas administrativas e dos sistemas de seguridade social, buscando entre outros resultados a universalidade e a equidade de acesso, sem deixar de considerar a segurança e o bem-estar do usuário (Girardi; Seixas, 2002). Demonstrando, portanto, a importância do protagonismo do Estado na regulamentação pública, de modo que os interesses coletivos prevaleçam e que se caminhe para a universalização do acesso à saúde em todas as regiões brasileiras.

Frente aos diversos e distintos condicionantes estruturais, alguns dos quais apresentados nos parágrafos anteriores, é importante destacar a potencialidade do papel central da CIR (Comissão Intergestores) como espaço para a superação desses obstáculos, no caminho da garantia do acesso à saúde para todos os cidadãos brasileiros. Esse espaço poderá favorecer a criação de uma capacidade institucional regional na saúde com dupla função: uma primeira voltada para o planejamento e a coordenação territorial das ações e serviços, numa lógica regional, com criação de novos instrumentos de planejamento; outra, voltada para superação ou neutralização de interesses corporativos (dos mais diversos) na prestação dos serviços de saúde, com criação de uma governança local baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental, é essencial para que se alcance a universalidade do acesso à saúde no Brasil.

A criação de uma capacidade institucional regional pressupõe inovações política e administrativa, tecnológica e cognitiva para o desenvolvimento de

uma avançada e coerente capacidade de coordenação regional dos recursos disponíveis.

Por inúmeras razões, sendo uma das mais importantes relacionada com a perda de dinamismo do Estado, e consequente falta da perspectiva do desenvolvimento e planejamento regional e da combinação virtuosa entre bens sociais de caráter universal e crescimento econômico, a constituição dessa capacidade institucional pode ser dificultada por diversos constrangimentos locais e regionais, como fica claro na caracterização dos cinco grupos de regiões de saúde.

Ademais, a descentralização na forma como foi feita pela política de saúde, sem integração regional e fragilidades no poder do Estado na oferta de serviços de maior complexidade, com a presença de grandes vazios assistenciais em enormes áreas do território brasileiro, possibilitou o crescimento da oferta privada financiada pelo Estado na forma de renúncia fiscal – e por todos quando há repasses para preços dos custos da assistência pelas empresas que asseguram planos coletivos.

Outro problema é a frágil regulação estatal do setor privado nos espaços onde eles costumam exercer uma forte influência nas decisões políticas, muitas vezes em espaços informais, agregados e organizados por segmentos corporativos de extenso poder na esfera local.

## Considerações

A caracterização das regiões de saúde brasileiras, a partir da tipologia apresentada, demonstra a heterogeneidade do território brasileiro e a complexidade de organizar sistemas de saúde regionais. A tipologia proposta pode auxiliar na investigação e melhor entendimento desse cenário contraditório e complexo, apoiando o urgente desenvolvimento de políticas públicas regionais integradas, que envolvam concomitantemente desenvolvimento econômico e social; e o fortalecimento dos espaços de governança regional, a fim de promover a organização de sistemas de saúde regionais alicerçados nos princípios do SUS e numa gestão compartilhada e solidária que tenha como imagem-objetivo a garantia do direito à saúde.

Por fim, acredita-se que a tipologia das regiões

poderá servir de subsidio para a construção de políticas públicas voltadas à promoção do desenvolvimento locorregional e, assim, tentar reduzir as grandes desigualdades existentes em nosso país.

## Referências

- ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011)*: diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- ALMEIDA, L. M. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 79-92, 2010.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.
- BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 10 out. 2014.
- CASTRO, A. L.; FAUSTO, M. C. R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil*: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.
- GIRARDI, S. N.; SEIXAS, P. H. Dilemas da regulamentação profissional na área de saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Buenos Aires, v. 8, n. 15, p. 67-85, 2002.
- HAIR, J. F. et al. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall; 2006.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estatística da saúde*: assistência médico-sanitária: 2009. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.
- JAKUBOWSKI, E.; SALTMAN, R. B. *The Changing National Role in Health System Governance: A case-based study of 11 European countries and Australia*. Genebra: WHO Regional Office for Europe, 2013.
- LEATT, P.; PINK, G. H.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Health Care Papers*, Toronto, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.
- LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.
- MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.
- MARTINIANO, C. S. et al. Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: what can we learn from international research? *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 51, n. 8, p. 1071-1073, 2014.
- SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (Ed.). *European observatory on health systems and policies series: decentralization in health care: strategies and outcomes*. New York: Open University, 2007. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98275/E89891.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf?ua=1)>. Acesso em 8 out. 2014.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-663, 2014.
- SANTOS, M.; SILVEIRA, M. *O Brasil*: território e sociedade no início do século XX. São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SOUZA, C.; CARVALHO, I. Reforma do estado, descentralização e desigualdades. *Lua Nova*, São Paulo, n. 48, p. 187-212, dez. 1999.

STOTO, M. A. Regionalization in local public health systems: variation in rationale, implementation, and impact on public health preparedness. *Public Health Reports*, Washington, DC, n. 123, p. 441-449, July/Aug. 2008.

TOLEDO, E. F. T. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: a manutenção da concentração socioeconômica nas metrópoles da região sudeste do Brasil. *Revista Geográfica de América Central*, Heredia, v. 2, n. 47E, 2011. Número especial EGAL. Disponível em: <<http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/download/2251/2147>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

---

### Contribuição dos autores

Viana, Bousquat, Albuquerque e Ferreira foram responsáveis pela concepção, desenvolvimento, análise dos dados, redação e revisão do artigo. Pereira, Uchimura, Mota e Demarzo fizeram a análise dos dados, redação e revisão do artigo. Todos os autores compõem a "Unidade Gestora do Projeto" da pesquisa "Política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde no Brasil.

Recebido: 14/10/2014

Aprovado: 17/03/2015