



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Bonifácio de Carvalho, Andre Luis; Abreu de Jesus, Washington Luiz; Vilas Boas Senra,
Isabel Maria

Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão
crítica de gestores do sistema

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1155-1164

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551013>

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

Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema

Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers

Andre Luis Bonifácio de Carvalho ¹

Washington Luiz Abreu de Jesus ²

Isabel Maria Vilas Boas Senra ³

Abstract This article examines the regionalization process in the Brazilian Health System, identifying frameworks and challenges of this process from critical dialogue on the subject, contextualized by the experience of the management system and in the light of an established theoretical debate in the last decade. We used the thematic content analysis of legal and documentary surveys of the regionalization process in SUS, collated by elements of the historical and political context in the period. As evidence, it appears that the regionalization process has been incremental decentralization/deconcentration of management and health actions and services. There are important challenges, particularly in relation to ensuring access and system governance structure, which contributes to critical thinking and construction of new perspectives by those who lead their implementation.

Key words Regionalization, Unified Health System, Management of the SUS, Interfederative articulation, Health policy

Resumo O presente artigo busca analisar o processo de regionalização no Sistema de Saúde brasileiro, identificando marcos e desafios desse processo a partir de diálogo crítico sobre a temática, contextualizado pela experiência vivenciada na gestão do Sistema e à luz do debate teórico estabelecido na última década. Utilizou-se da análise temática de conteúdo dos levantamentos normativo e documental sobre o processo de regionalização no SUS, cotejados por elementos de contextualização histórica e política no período. Como evidências depreende-se que o processo de regionalização vem sendo incremental à descentralização/deconcentração da gestão e das ações e serviços de saúde. Desafios importantes se apresentam, principalmente em relação à garantia do acesso e à estrutura de governança do sistema, o que contribui para a reflexão crítica e a construção de novas perspectivas por parte daqueles que protagonizam sua implementação.

Palavras-chave Regionalização, Sistema Único de Saúde, Gestão do SUS, Articulação Interfederativa, Política de Saúde

¹ Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária s/n, Castelo Branco. 58051-900

João Pessoa PB Brasil.
andrelbc4@gmail.com

² Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

³ Departamento de Articulação Interfederativa Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

Introdução

De acordo com o que está disposto na Constituição Federal do Brasil, as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas no território brasileiro, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Esse sistema deve ser gerido de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, constituindo um sistema pautado pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento e implementação¹.

A Lei Orgânica da Saúde, editada em 1990, como parte do arcabouço normativo que sustenta o SUS e trata dos seus princípios e diretrizes, identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, constituída em níveis de complexidade crescente e que pode ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios².

Para Santos e Andrade³, o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, no qual os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. No federalismo do SUS, todos devem ser titulares dos interesses que permeiam a questão da saúde pública e devem manter garantida a direção única do sistema, preservando sua autonomia. O processo de institucionalização da gestão do sistema, segundo Paim e Teixeira⁴, pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição Federal de 1988.

Esse processo, desencadeado fundamentalmente a partir de 1991, com a edição das normas operacionais básicas (NOB)⁵⁻⁷, estabeleceu progressivamente as estratégias para a organização e o funcionamento do sistema através de um processo de descentralização político-administrativa, cuja ênfase se dava nas diferentes modalidades de habilitação dos estados e municípios, tipos de serviços e modalidades de financiamento, pavimentando o caminho para o lançamento, em 2001, da norma operacional da assistência à saúde (NOAS)⁸, cuja principal contribuição organizativa para o sistema foi o estabelecimento de regras para o processo de regionalização das ações e dos serviços de saúde.

A partir dos anos 2000, com a necessidade de se avançar com a consolidação do acesso da

população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, torna-se imperiosa a agenda da regionalização dos serviços. O lançamento do Pacto pela Saúde⁹, em 2006, com seus desdobramentos para estados e municípios, e a edição do Decreto nº 7.508¹⁰, de 28 de junho de 2011, no entanto, retomam a regionalização do ponto de vista dos acordos políticos entre os gestores na organização do sistema e proporcionam uma intensificação dessa pauta na agenda da gestão, ampliando o papel das Comissões Intergestores¹¹, no nível regional e fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e tendo a Região de Saúde como espaço efetivo de sua operacionalização^{11,12}.

O Decreto 7508/11 cumpre, dentre outras coisas, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde¹⁰, explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno.

Dentre o conjunto de aspectos relevantes de que dispõe o Decreto, pode ser destacada, do ponto de vista organizativo, a definição da atenção básica como a porta de entrada prioritária do sistema; e o estabelecimento dos novos dispositivos para o planejamento do SUS, compreendido como ascendente e integrado, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos, induzindo a organização de redes de atenção¹¹, privilegiando as principais linhas de cuidado que se somam aos esforços desenvolvidos pelos estados e municípios para garantir o acesso à saúde de modo regionalizado¹³⁻¹⁷.

Carvalho et al.¹⁸, analisando o processo destacado, explicita que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7.508/11, que regulamenta aspectos da Lei 8.080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite¹⁹.

Estudos recentes²⁰⁻²⁶, desenvolvidos com a perspectiva de analisar a regionalização do SUS, demonstram que esse processo vem sendo construído, do ponto de vista tecnopolítico, com a participação efetiva dos gestores dos estados e municípios, ainda que centrado na indução do Gestor Federal e desenvolvido em processos de institucionalidade e governança complexos e, muitas vezes, conflituosos, estabelecido por meio de relações entre os diferentes níveis de governo e entre esses e os cidadãos e os diversos segmentos da sociedade, de natureza pública ou privada.

Percebe-se que nesse processo, dentre outras coisas, vêm sendo construídos ao longo do tempo instrumentos e mecanismos de planejamento, gestão e financiamento das ações e serviços de saúde, visando à provisão e organização de um sistema regionalizado²⁷⁻³¹, indicando-se como ponto de partida a identificação de demandas e necessidades de saúde da população, bem como o estabelecimento dos fluxos assistenciais dos serviços para a conformação de redes de atenção, construídas a partir de potenciais de referência e tipologias distintas³²⁻³⁴.

Percebe-se também uma perspectiva de integração das atividades governamentais nos âmbitos da atenção à saúde, da economia e das políticas sociais, tendo como fim a mitigação das iniquidades regionais no processo de formulação e implementação de políticas do setor^{13,35,36}.

O processo de regionalização, neste sentido, além de ser influenciado pelas dinâmicas socioeconômicas, também sofre influência dos ciclos de implantação/implementação das políticas e do grau de articulação/cooperação existente entre os atores sociais componentes dos espaços de governança do setor. Constatase um processo autorreferente e dependente, inclusive, dos referenciais teóricos, interesses e projetos nos quais os mesmos encontram-se envolvidos e militando⁴, pautado na capacidade desses atores em gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas e em construir desenhos regionais que visem a garantia de acesso a ações e serviços de saúde^{20-23,37}.

Mesmo resguardadas as particularidades do SUS, as tendências da regionalização da saúde no Brasil seguem o curso dos processos estabelecidos em diferentes países no tocante à necessidade de administração coordenada das ações e serviços, principalmente em termos de governança, planejamento e programação, capacitação e treinamento de pessoal, desenvolvimento de redes profissionais, bem como exercícios de enfrentamento mútuo a situações de catástrofe e funcio-

namento de serviços de urgência/emergência e de acesso, inclusive, a tecnologias e medicamentos de alto custo³⁸⁻⁴⁰. Isto, de acordo com esses estudos, vem permitindo uma utilização mais eficiente dos recursos e melhor coordenação e progresso do setor em análises comparadas⁴¹.

Considerando que a problemática da regionalização no SUS impõe compreender os desafios e as possibilidades encontradas pelos gestores em relação às novas responsabilidades previstas na construção desse processo, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos em seus aspectos conceituais e evolutivos no âmbito da gestão do SUS.

Para tanto, trabalhamos na construção deste artigo identificando aspectos vinculados ao estabelecimento dos marcos e limites do processo de regionalização da saúde, adotando como ponto de partida o ensaio de um diálogo crítico sobre a temática e, por fim, uma primeira aproximação à experiência vivenciada na gestão federal do Sistema, no período de 2010 a 2015, que motivou este artigo, visando contribuir no apontamento de alguns desafios que ainda permanecem.

Metodologia

Utilizou-se da análise temática de conteúdo⁴² dos levantamentos normativo e documental sobre o processo de regionalização no SUS, cotejados por elementos de contextualização histórica e política no período, permitindo agregar conhecimentos sobre o objeto estudado e suas relações para além do que possa estar explícito. Cabe destacar que esta técnica tem suas limitações, dentre as quais destacamos a contaminação que o olhar do observador possa apresentar, com seus “pré-conceitos”, enviesando os resultados finais. No entanto, o objetivo do estudo foi evidenciar olhares do ponto de vista dos gestores, que pudessem contribuir, de alguma maneira, com o avanço do processo da regionalização, no cotidiano da gestão.

As fontes de dados principais foram documentos de circulação restrita do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAI/SGEP/MS)^{43,44}, com a autorização institucional de uso para fins de estudo.

O primeiro documento⁴³ diz respeito ao relatório consolidado de um ciclo de debates produzido no momento de transição do processo do Pacto pela Saúde⁹ para o Decreto 7.508/11¹⁰, cujo objetivo foi conhecer as preocupações relativas aos processos de gestão vinculados à regionali-

zação do sistema e que traz o olhar dos técnicos e gestores de estados e municípios; foram convidados representantes de todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de todos os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) em cada Estado, em cinco momentos distintos, no espaço de um mês. Os convidados deveriam apresentar o estado da arte do processo de regionalização em seus estados, a partir da referência à importância deste, como diretriz estruturante da descentralização de ações e serviços; dos parâmetros que orientaram a configuração das regiões e a constituição dos respectivos colegiados de gestão regional; de como garantir a “governança” de uma região de saúde, dada as características federalistas do país; e, inquietudes e desafios colocados para o processo.

O segundo documento⁴⁴ trata do relatório de uma pesquisa institucional realizada em 2014, a partir de uma amostra selecionada de técnicos, gestores e conselheiros nacionais, composta por cinco membros dos níveis federal, estadual e municipal, ligados diretamente ao processo de pactuação nacional, visando à elaboração de um diagnóstico sobre o processo de regionalização no SUS desde a perspectiva da governança, de forma a apontar caminhos para a sua qualificação e aprimoramento. Foram aplicadas entrevistas individuais, guiadas por um roteiro previamente elaborado, a cinco membros do Conselho Nacional de Saúde, dirigentes de cinco secretarias do Ministério da Saúde; cinco membros do Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e realizados três grupos focais, compostos por técnicos e assessores dos gestores ao processo de pactuação nacional.

As entrevistas individuais procuraram abordar desde o entendimento do processo de regionalização na organização do sistema de saúde às perspectivas futuras para o processo de governança, num contexto de gestão compartilhada, da percepção em relação à incorporação de necessidades em saúde e de gestão no processo de planejamento; da relação entre instâncias de pactuação e com as institucionalizadas de controle social.

Os grupos focais também foram guiados por um conjunto de questões onde foi possível abordar a percepção sobre o processo de regionalização da saúde e seus mecanismos de institucionalização com foco na governança; as relações dos diversos atores no desenvolvimento da governança no SUS: as comissões intergestores, as instâncias de controle social e outros mecanismos de

participação social; o processo de governança e a tomada de decisão no planejamento regional integrado, com a consequente pactuação de responsabilidades sanitárias entre os entes federados, os desafios regionais e, por fim, as perspectivas futuras desse processo.

Os achados com relação a esses dois processos, induzidos pelo gestor federal, foram sistematizados em duas matrizes analíticas, cujas constatações sintetizam os achados postos até então (Matriz 1), bem como os limites e as perspectivas (Matriz 2) desse processo, ante os posicionamentos dos gestores do sistema sobre a temática em questão. As matrizes foram orientadas por quatro categorias temáticas vinculadas sinergicamente ao conceito que subjaz a ideia da regionalização no sistema de saúde, como diretriz estruturante da descentralização das ações e serviços no SUS; à sua implementação propriamente dita, identificando mecanismos e instrumentos que balizam a prática cotidiana por meio da configuração das regiões e constituição da rede de serviços regionalizada, estrutura de governança e papel dos gestores no processo de regionalização do SUS; e, por fim, as perspectivas que abrem possibilidades na leitura das inquietudes e desafios ante o processo de regionalização estabelecido. A divisão em duas matrizes tem como propósito estabelecer um corte temporal, de modo a deixar mais visíveis, os desafios a serem enfrentados no processo de regionalização, como diretriz estruturante do SUS.

Foram ainda observadas questões de natureza ética, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº. 196/96, bem como as relativas a conflitos de interesses dos autores.

Resultados e discussão

A partir do olhar dos protagonistas da gestão do sistema, captado a partir do *Ciclo de Debates sobre o Processo de Regionalização no contexto da Gestão Interfederativa do SUS*⁴³ e da *Pesquisa Institucional sobre Governança Regional no SUS*⁴⁴, foram elaboradas as matrizes abaixo.

Com base no Quadro 1, fica evidente que a regionalização pode ser considerada como uma diretriz estruturante da descentralização das ações e dos serviços de saúde no SUS, construída na perspectiva de se garantir o direito à saúde por meio do acesso resolutivo e equânime da população^{23,25,36}. Trata-se de um processo em andamento desde a Lei Orgânica da Saúde, passando pelas normas operacionais e pelo Pacto pela Saúde,

Quadro 1. Evidências temáticas do processo de regionalização, segundo os achados da análise documental.

Categoria temática	Ciclo de Debates	Pesquisa Institucional
Regionalização como diretriz estruturante da descentralização das ações e serviços no SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o direito à saúde, promovendo a equidade e contribuindo para a redução de desigualdades sociais; • Diminuir vazios assistenciais; organizar ações e serviços de saúde em rede de atenção; garantir o acesso resolutivo; direcionar investimentos; • Permitir uma gestão solidária, cooperativa com compartilhamento de responsabilidades; fortalecer o processo de descentralização e o papel do Estado e dos municípios e intensificar a negociação e pactuação entre gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> • A regionalização tem suas bases legais na Lei 8.080/1990, desenvolvendo-se por meio das Normas Operacionais e do Decreto 7.508/2011 e seus dispositivos complementares; • A regionalização ainda não está na pauta efetiva da gestão do sistema; • Há de se considerar que alguns Estados avançaram na questão da regionalização da assistência, e que existem diferentes movimentos no país. • O modelo de regionalização da saúde vem sendo construído de modo descolado dos demais processos de regionalização; • Só é possível avançar no processo de regionalização rediscutindo o modelo de financiamento do SUS.
Configuração das regiões e constituição da rede de serviços regionalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Os aspectos levados em conta para configurar as regiões foram: critério populacional; critérios de escala e escopo; fluxos assistenciais; contiguidade territorial; malha viária (rede de transporte); rede de comunicação; acessibilidade; suficiência da atenção básica e realização de parte da média complexidade; perfil socioeconômico e cultural e perfil epidemiológico. 	<ul style="list-style-type: none"> • O interesse dos gestores na conformação das regiões não se baseia nas necessidades dos usuários; sua conformação tem se dado em função de questões administrativas e não de saúde; • Os municípios com maior capacidade não têm interesse e ou incentivos para materializar o princípio de solidariedade; • As normativas do SUS não consideram as especificidades regionais, que a rigor são feitas para municípios ideais não existentes; • Há um viés político partidário dificultando o processo de regionalização.
Estrutura de “Governança” e papel dos gestores no processo de regionalização do SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalizar CIR, promovendo a criação de câmaras técnicas subsidiando a construção de pactuações entre regiões na CIB; • Garantir uma maior participação do gestor estadual, fortalecendo a continuidade de projetos regionais pelos membros da CIR; • Ampliar a participação de outros atores no processo de governança regional (Conselhos de Saúde, movimentos sociais, iniciativa privada, etc.), estabelecendo parcerias entre SES, Regionais do Estado e COSEMS; contar com apoiadores de campo; existência de Consórcios Públicos e de Ouvidorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • A burocracia tem determinado as ações da CIR; há fragilidade nos espaços de negociação e decisão dos gestores do SUS nas regiões de saúde; e a ausência de grupos técnicos que assessoram os gestores nas CIR fragilizam estes espaços de decisão; • A baixa qualificação técnica e déficit de pessoal nas estruturas municipais e estaduais comprometem a gestão do sistema; • O “furor” normativo do SUS tem atrapalhado as funções originais dos espaços de negociação e decisão do sistema; a execução dos programas acaba se inviabilizando pelos interesses e disputas partidárias; • As questões políticas/partidárias interferem diretamente nas relações federativas, com impactos negativos no setor saúde.

não sendo algo que se inicia ou mesmo se renova a priori com o Decreto 7508/11^{18,26}.

Cabe destacar as diversas interpretações a que está sujeito esse decreto, implicando no desenvol-

vimento de estratégias contraditórias ou mesmo ambíguas, com destaque para o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem tido um desenvolvimento muito localizado no país, evidenciando deficiências nos instrumentos e ferramentas básicas vinculadas processo de planejamento e avaliação do SUS^{31,44}.

Mesmo com os avanços normativos e os esforços dos gestores no sistema, a regionalização efetivamente ainda não está na agenda prioritária, a não ser que se considerem os aspectos relativos à organização assistencial dos serviços de saúde, a exemplo da iniciativa das redes de atenção construídas nessa perspectiva nos últimos anos.

Há que se destacar o esforço na direção do estabelecimento de uma gestão mais solidária e cooperativa, com maior compartilhamento de responsabilidades, ainda que, na prática, as questões relativas ao financiamento do sistema e à infraestrutura da rede de serviços colonizem a agenda da gestão, constituindo-se num entrave ao pleno estabelecimento do processo de regionalização^{19,23,25}. Ainda que, de fato, não se tenham estabelecido, de modo claro, critérios de rateio de recursos no tocante ao provimento dos serviços nas regiões de saúde e à direcionalidade em relação aos investimentos compartilhados, é necessária uma ampla discussão acerca do modelo de financiamento do setor^{43,44}.

Há uma necessidade expressa de simplificação normativa, uma vez que o arcabouço jurídico-institucional do sistema o torna complexo, ambíguo e de difícil apreensão por parte das equipes gestoras^{30,44}. Faz-se necessária, neste sentido, a construção de novos arranjos normativos que respaldem o desenvolvimento do SUS e a profissionalização da gestão e que estipulem claramente responsabilidades e limites para cada um dos entes federativos, a exemplo de uma Lei de Responsabilidade Sanitária^{4,25,30,45}.

Há também um descolamento entre o modelo de regionalização da saúde e os demais das políticas públicas, particularmente as sociais, fator que traz instabilidade a seu processo de implementação^{33,34,44}.

Ademais, o poder econômico do nível federal é o que tem determinado o desenvolvimento das políticas e dos programas nos municípios e nos estados, deturpando o estabelecimento de ações baseadas nas necessidades de saúde^{35,36,43,45}.

Fica evidente ainda que a institucionalidade do processo de regionalização é, portanto, ainda incipiente e carece de meios e respaldos necessários para sua consolidação, haja vista a indefinição de papéis e funções entre os atores políticos,

a complexidade que norteia alguns processos, a falta de recursos, bem como as mudanças provocadas pelos ciclos políticos^{25,30,44}.

Os gestores reforçam que o modelo de atenção não pode avançar desvinculadamente do de gestão; pelo contrário, deve ser claramente definido para que se dê a governança regional, comungado por todos e fortalecido num processo sólido de cogestão das redes de saúde no território⁴⁴.

Por fim, tanto a situação que envolve o papel da União, quanto do estado, somada às dificuldades organizativas dos municípios, são desafios para a conformação do arcabouço regional e da consolidação dos acordos de governança em torno do COAP^{44,45}. Como também fica marcado que, em certa medida, o estado compete na atenção à saúde com municípios ao invés de realizar o apoio técnico e financeiro a estes, o que gera tensionamentos e, consequentemente, fragilidades no âmbito da gestão do SUS.

No que tange às inquietudes expressas no Quadro 2, fica patente que para a construção dos desenhos regionais, os instrumentos/ferramentas são utilizados de forma inadequada, limitando a capacidade dos gestores em conceber/compreender as regiões em suas expressões e necessidades de saúde, dado o centralismo descendente das decisões coletivas (comissões intergestores tripartite e bipartite)⁴³⁻⁴⁵.

Soma-se a isto, a fragilidade no processo de funcionamento dos colegiados intergestores, particularmente os regionais, onde ainda se constata a ausência de câmeras técnicas e baixa disponibilidade de pessoal tecnicamente qualificado em muitas regiões de saúde, o que faz com que estes espaços careçam da “autoridade” regional necessária, dificultando o processo de planejamento regional calcado em necessidades de saúde locais^{4,30,31,44,45}.

As abordagens apontam a necessidade de se levar em conta as particularidades e as especificidades internas ao sistema, pois uma parte das fragilidades identificadas deve-se a definições centralizadas e homogêneas na operacionalização das ações inerentes ao processo de planejamento, organização regional, suas diferenças históricas e culturais.

Do ponto de vista do planejamento, o movimento “descendente” e desconexo interfederativamente, traz prejuízos consideráveis para a implementação de políticas de âmbito locacional⁴³⁻⁴⁵.

Sendo assim, os gestores destacam que as debilidades municipais e/ou estaduais, no que

Quadro 2. Inquietudes e desafios ante o processo de regionalização estabelecido, segundo os achados da análise documental.

Categoría Temática	Ciclo de Debates	Pesquisa Institucional
Inquietudes e desafios ante o processo de regionalização estabelecido	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver cultura solidária entre os entes federados, bem como definir as reais responsabilidades sanitárias de cada um; cumprir as pactuações entre gestores na região de saúde; fortalecer as CIR; Garantir a pactuação entre regiões de saúde intraestaduais e interestaduais; superar as dificuldades de acesso e deslocamento no território; Consolidar a Atenção Básica como ordenadora da rede de atenção à saúde; desconcentrar serviços de saúde; ampliar a descentralização de serviços de média complexidade; ampliar a capacidade instalada; Financiar adequadamente; implantar processo de regulação; regular os prestadores privados; evitar a interferência de fatores político-partidários; Articular regiões de saúde e regiões administrativas do Estado; construir regiões de saúde interestaduais; qualificar os gestores e servidores da saúde; interiorizar e fixar profissionais; Instituir processos de monitoramento e avaliação; utilizar os instrumentos de planejamento e gestão; Garantir a participação e o controle social. 	<ul style="list-style-type: none"> A fragmentação dos sistemas de informações nacionais ainda persiste; Instrumentos/ ferramentas são utilizados de forma inadequada, Os estados estão sem acesso às informações municipais repassadas para os bancos de dados nacionais; O planejamento ascendente que não se concretiza e não está voltado para suprir as necessidades de saúde da população, pois o que tem definido as prioridades locais tem sido o poder econômico do governo federal; As conferências de saúde municipais e estaduais que ainda funcionam como etapas para a conferência nacional, perdendo a capacidade de orientar as agendas locais/regionais; As deliberações das conferências, principalmente da nacional, não são incorporadas à agenda do SUS; Os espaços do controle social estão tomados pelos interesses “corporativos”, distanciando-se dos interesses da população.

tange às ferramentas e instrumentos de planejamento, bem como a indefinição do papel do estado em muitas ocasiões, traduzem-se em dificuldades vinculadas à determinação por parte da União, por exemplo, de onde os recursos devem ser aplicados e gerenciados em âmbito regional, prejudicando o planejamento regional integrado e de base ascendente.

Por fim, outra abordagem destacada diz respeito à atuação dos conselhos de saúde e à participação dos cidadãos no sistema, onde foi apontada uma série de situações negativas, a exemplo da marcada presença de grupos de interesses particulares nos Conselhos de Saúde, produzindo nestes uma progressiva burocratização e, consequentemente, motivando resistências por parte das Comissões Intergestores ao Controle Social⁴³⁻⁴⁵.

Considerações finais

O debate atual sobre a temática da regionalização no sistema de saúde brasileiro vem ganhando novos contornos nos últimos quinze anos, tanto em virtude da edição por parte do gestor federal de um denso arcabouço normativo sobre a questão, quanto em virtude do número expressivo de estudos sobre a temática, desenvolvidos, principalmente, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde – SUS.

Cada vez mais fica evidente a necessidade de se pensar políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade que respeite aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS. Neste sentido, importa ressaltar o aprimoramento dos processos de planejamento e as práticas de monitoramento e avaliação; para tanto, será necessário investir nas pessoas que

operam o sistema, notadamente em processos de capacitação, que possibilitem profissionalizar a gestão do sistema.

Por outro lado, a abordagem em saúde deve ser intersetorial; pensar em saúde significa implicar outros setores que têm influência e que, em grande parte, desconhecem seus desafios, potencialidades e processos.

Do ponto de vista da articulação interfederativa, considerando o regime federativo do Brasil, fica também evidente que será preciso intensificar a relação entre a União, estados e municípios, no que diz respeito aos compromissos e responsabilidades a assumir perante o processo de regionalização.

Isto exigirá um esforço no sentido de obter uma maior precisão quanto ao papel de cada ente federativo na organização do sistema, particularmente o papel do estado na coordenação da conformação de redes e na identificação da oferta de serviços e necessidades de saúde, bem como na

cooperação com os seus municípios. Para tanto, faz-se necessário investir na transição do modelo baseado na oferta para outro calcado em necessidades de saúde e que, frente aos serviços oferecidos, a implementação de estratégias preventivas e de promoção da saúde seja seu foco.

Fica patente que essas debilidades inerentes ao processo de regionalização são históricas e se arrastam desde o início do sistema, e que sómente superando essas fragilidades poderemos fortalecer a governança regional, cuja velocidade de implementação dependerá da capacidade e da vontade política, e será distinta no país.

Por fim, cabe destacar a complexidade do tema e a necessidade de aprofundar aspectos aqui abordados em estudos posteriores, com vistas a desvendar entraves e indicar estratégias no setor saúde capazes de fortalecer a regionalização como processo dinamizador na implementação das políticas públicas, consolidando o SUS como expressão de uma política social inclusiva.

Colaboradores

Participaram da elaboração deste artigo ALB Carvalho e IMVB Senra, delineando o tema e construindo o texto, sua fundamentação e desenvolvimento; WLA Jesus, realizando a revisão sistemática e a identificação do referencial bibliográfico, contribuindo também no seu desenvolvimento e com ajuste da versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem à equipe do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde do Brasil (DAI/SGEP/MS) e parceiros institucionais pelos processos que se desencadearam ao longo de quase uma década e que constituíram-se em acervo utilizado como fonte para a construção deste artigo.

Referências

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
- Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
- Santos L, Andrade LOM. Rede interfederativa de saúde. In: Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS*. Campinas: IDISA; 2008. p. 35-65.
- Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1819-1829.
- Brasil. Resolução nº 258, de 7 de Janeiro de 1991. *Diário Oficial da União* 2011; 8 jan.
- Brasil. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial da União* 2011; 21 maio.
- Brasil. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando que esta expirado o prazo para apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica - NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi definido pela Portaria n. 1.742, de 30 de agosto de 1996, e prorrogado por recomendação da Plenária da 10ª Conferencia Nacional de Saúde, resolve: Art. 1º Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituído, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. *Diário Oficial da União* 2011; 6 nov.
- Brasil. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial da União* 2011; 28 fev.
- Brasil. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
- Brasil. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 31 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de planejamento no SUS*. Brasília: MS; 2016. (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).
- Brasil. Portaria GM 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 25 jun.
- Brasil. Portaria GM 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 8 jul.
- Brasil. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 dez.
- Brasil. Portaria GM 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 25 abr.
- Brasil. Portaria GM 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 20 fev.
- Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):901-911.
- Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):204-211.
- Fleury S, Ouverney AM. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
- Viana ALD, Lima LD, organizadores. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
- Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):445-450.
- Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(6):446-455.
- Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):431-442.
- Lima LD, Viana ALD, 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.
- Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):622-631.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
- Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.
- Viana ALD, Iozzi LF, Albuquerque MV, Lima LD, Elias PEM, Ibañez N. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva* 2008; 22(1):92-106.
- Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1671-1680.
- Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):438-446.
- Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):386-402.

33. 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.
34. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):413-422.
35. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TW. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: Viana ALD, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 97-123.
36. Assis MMA, Santos AM, Jesus WLA, Pereira MJB. A expressão saúde, organização da rede de serviços e cuidado integral no SUS: descompassos entre o normativo e a legitimidade social. In: Blaacheriene AB, Santos JS, organizadores. *Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial*. São Paulo: Atlas; 2010. p. 237-254.
37. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: Assis MMA, Almeida MVG, organizadores. *Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2014. p. 43-75.
38. Church J, Barker P. Regionalization of health services in Canada: a critical perspective. *Int J Saúde Serv* 1998; 28(3):467-486.
39. Light DW. Universal Health Care: Lessons From the British Experience. *Am J Public Health* 2003; 93(1):25-30.
40. Stoto MA. Regionalization in Local Public Health Systems: Variation in Rationale, Implementation, and Impact on Public Health Preparedness. *Public Health Rep* 2008; 123(4):441-449.
41. Jakubowski E, Saltman RB, editors. *The Changing National Role in Health System Governance: a case-based study of 11 European countries and Australia*. Brussels, Geneva: The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO; 2013.
42. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Relatório do Ciclo de Debates, com os Estados e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS, sobre o Processo de Regionalização no Contexto da Articulação Interfederativa*. Brasília: MS; 2011.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Governança regional no SUS*. Brasília: MS; 2011.
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temático Regionalização da Saúde*. Brasília: MS; 2013. (Painel de Indicadores do SUS ; v. 5, n. 8)

Artigo apresentado em 27/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 02/11/2016