



9

NOVOS CAMINHOS

O OLHAR GESTOR SOBRE A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

NOTA TÉCNICA

O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira

Guilherme Arantes Mello
Ana Paula Chancharulo de M. Pereira
Fabiola Lana Iozzi
Liza Uchimura
Marcelo Marcos Piva Demarzo
Ana Luiza d'Ávila Viana

MELLO, Guilherme Arantes.; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo; IOZZI, Fabiola Lana; UCHIMURA, Liza; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira**. Novos Caminhos, n.9. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

Foto da capa: Radilson Carlos Gomes

* Os autores integram o grupo de pesquisadores do projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes).

INTRODUÇÃO

Lá se vai mais de uma geração de brasileiros que nem sequer têm ideia do que é não ter direito de acesso ao sistema de serviços de saúde. Tal sentimento inculcado de cidadania impresso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) virtualmente fez desaparecer nessas pessoas o imaginário do favor e da benemerência médica – mesmo no interior dos hospitais filantrópicos e beneficentes, agora também tributários do SUS (embora ainda se careça de estudos neste confronto concreto entre a beneficência e cidadania no interior desses serviços). A dimensão geopolítica brasileira, o curto tempo decorrido, e o custo per capita do que foi construído emudece qualquer planejador.

Um SUS que ganha operacionalidade, de fato, com as regulamentações dos anos 1990. Vinte e cinco anos que espelhados nos vinte e cinco anteriores deixam claro o tamanho desta construção. Do lado de lá, um cenário médico desolador para fora dos limites da avenida central; no reflexo do lado de cá, um turbilhão impulsionado pelos princípios de universalidade e equidade no qual antigos rincões abandonados agora se queixam também das dificuldades de acesso à UTI coronariana e ao PET-CT.

Muito desse processo se deveu à acentuada descentralização do setor nos anos 1990, que, oportunizada pelas políticas da década anterior, representou a conquista de uma bandeira de décadas do campo sanitário. Mas, o ganho em acesso e equidade decorrentes da descentralização encontrou limites ao não ter conseguido associar concomitantemente um processo de integração regional. E cada vez mais se torna evidente o esgotamento das possibilidades do SUS exclusivamente de base municipal; receio levantado ainda na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) – responsável maior por redefinir o modelo de gestão – sobre o “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” (BRASIL, 1996). A partir de então, as soluções integradoras têm se pautado no processo de regionalização, trilhando caminho pavimentado pela NOAS, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, com o Decreto N. 7.508 e seus Contratos Organizativos.

O descasamento entre descentralização e regionalização se deveu a um conjunto de condições políticas, entre elas, em primeiro plano, o próprio peso histórico das aspirações descentralizadoras no debate republicano (MELLO; VIANA, 2012). As especificidades do setor saúde à época de constituição do SUS, bem revisadas em Viana e Machado (2009), integram os elementos constitutivos de um momento no qual a descentralização chegava a se confundir com o ideário democrático de resistência à centralização e autoritarismo do regime militar.

Mas, idealizado na concepção do federalismo cooperativo, despontavam-se possibilidades estruturais diversas para o processo de descentralização brasileiro. Ouverney (2015, p.128) resume cinco daqueles possíveis caminhos: modelo de base “inampisano”; outro, mais próximo à experiência do SUDS, centrados nas secretarias estaduais; um terceiro modelo regionalizado, com os estados na coordenação e planejamento; a municipalização em parceria com os estados como um quarta via; e, finalmente, um último caminho da municipalização polarizada com o ente federal e baixa participação dos estados. Possibilidade que se concretizou como resultante da sucessão de conjunturas políticas específicas no país, e é caracterizada pelo autor como “polarização federativa”.

De fato, a realidade atual tem exposto a fragilidade dos estados no processo regional – e não seria de todo improvável remeter a influências até mais antigas, pois o desenho de uma polarização entre municípios e federação já havia sido vista na política varguista (MELO, 1993). Resta divisar em que medida, como generalização, se enquadraria no histórico específico dos estados. O estudo de caso mais aprofundado sobre o processo estadual concreto de descentralização no SUS, não confirma a via pretendida da construção generalizada da polarização federativa (VIANA, 2013); assim como, de que maneira essa compreensão poderia ser aproveitada para contribuir na reversão do modelo.

Certamente não é uma questão superada. Embora o momento seja de nítida prioridade para as políticas de regionalização, a experiência internacional deixa claro que seria um erro encarar a descentralização da saúde brasileira como uma etapa definida e estanque, restando acertar o processo regional¹:

¹ Sobre os movimentos da centralização/descentralização, ver entrevista com Luis Pisco: <http://www.resbr.net.br/centralizar-ou-descentralizar-a-gestao-da-saude/>

O capítulo conclui que centralização e descentralização estão intrinsecamente ligadas, e que a questão central para os decisores políticos é encontrar um equilíbrio entre essas duas forças que se encaixa seus valores e contexto nacional. Além disso, o capítulo sugere que este equilíbrio não é permanente, mas sim precisa ser periodicamente actualizado e re-ajustado (SALTMAN; BANKAUSKAITE; VRANGBÆK, 2007, p.4)

Além disso, a ordem estabelecida está continuamente sujeita às correlações de forças políticas e súbitos rearranjos ideológicos, como recentemente se viu na reorganização liberalizante do sistema inglês com nova tentativa de separação administrativa entre política e gestão (GREER; JARMAN; AZORSKY, 2014). Assim como com o processo de regionalização canadense (MARCHILDON, 2015).

Tida como estratégia central no reagrupamento e integração dos sistemas municipais de determinada região, a regionalização do SUS tem como força motriz elementar o princípio da equidade – pensando que a universalidade e integralidade podem ser buscadas em sistemas municipais, sem necessariamente apresentar equidade regional. Questão dificultada pela extensão territorial do país e, particularmente, pela histórica dificuldade em estabelecer e efetivar políticas de incorporação tecnológica no país. Em que pese se revelar uma característica antiga e de difícil abordagem nos mais variados contextos (HART, 1971; DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006).

A par da grande dificuldade com as próprias definições, resta ainda a dificuldade de demonstrar a relação direta da descentralização e regionalização com o incremento da equidade – qualidade, eficiência – no sistema de saúde. A definição de variáveis dependentes e independentes impõe desafio particular. Dada sua dimensão e heterogeneidade, a União Europeia tem se esforçado em particular na compreensão da dinâmica entre descentralização e autoridades locais, e a equidade dos sistemas de saúde (EUROPEAN UNION, 2012).

Sabendo-se de antemão que não servirá de receita pronta, essa experiência internacional deve servir de diálogo com a singularidade do SUS: “A primeira questão que precisamos entender é que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que tem sistema universal de saúde. E é o único país que tem a descentralização política, administrativa e financeira para o poder local”². Breve

² Ver entrevista com Odorico Monteiro: <http://www.resbr.net.br/integralidade-truncada/>

síntese da singularidade do desafio de se construir um serviço de saúde universal e equitativo no Brasil. De todo modo, é possível que, com o enriquecimento, o país tenha que lidar com expectativas experimentadas pelos países capitalistas centrais:

Crescentes necessidades e novas possibilidades médicas têm de ser tratadas dentro finanças restritas; cidadãos empoderados exigem mais informações e influência, e não aceitam automaticamente as diferenças regionais; e o conhecimento se torna cada vez mais internacional e muito mais móvel através de novas formas de tecnologia da informação [...] Ao mesmo tempo, existem fortes forças para descentralização de informações e tomada de decisões para pacientes individuais e usuários de serviços sociais. Saúde pública, bem como cuidados integrados para pessoas com necessidades múltiplas, são questões que em grande parte tem que ser implementados localmente. Estes aspectos da centralização e descentralização parecem ser relativamente independentes das estruturas políticas (JAKUBOWSK, SALTMAN, 2013, p.vii)

No intento de um círculo virtuoso, parece importante considerar duas dimensões no refinamento da questão regional no país: de um lado, a distribuição mais equitativa dos equipamentos, ações de saúde, e sua articulação com as redes urbanas regionais. De outro, o uso da distribuição desses equipamentos como forma de desenvolvimento regional (CONTEL, 2015). Algo no sentido de uma dimensão ‘intra-setorial’, relativa à própria organização regional de sistema de serviços; e outra dimensão ‘inter-setorial’, que diria respeito à capacidade indutiva dessa regionalização da saúde em CTIS e sua interface com outras políticas e setores produtivos. O maior desafio está justamente na transdução das novas ideias em capacidade de planejamento regional – questão que impõe nítidas responsabilidades ao campo acadêmico.

Muito diferente daquela regionalização executiva prevista desde as reformas do final dos anos 1960, o conceito regional contemporâneo deve ser trabalhado numa perspectiva clara de ciência, tecnologia e inovação em saúde (CTIS); inserido em nítidos contornos dos sistemas complexos adaptativos – com seus subsistemas municipais –, isto é, muito além da ótica instrumental comumente ouvida (ROUX, 2015). De mais concreto, novos conceitos nucleares como governança desafiam o pragmatismo, e mesmo elementos estruturais reconhecidos, como as redes assistenciais, e sistemas integrados são ainda recentes e de compreensão imatura. Renovam-se os paradigmas clínicos sobre as condições crônicas (MENDES, 2012). Desafios literalmente do Séc. XXI que se somam aos antigos.

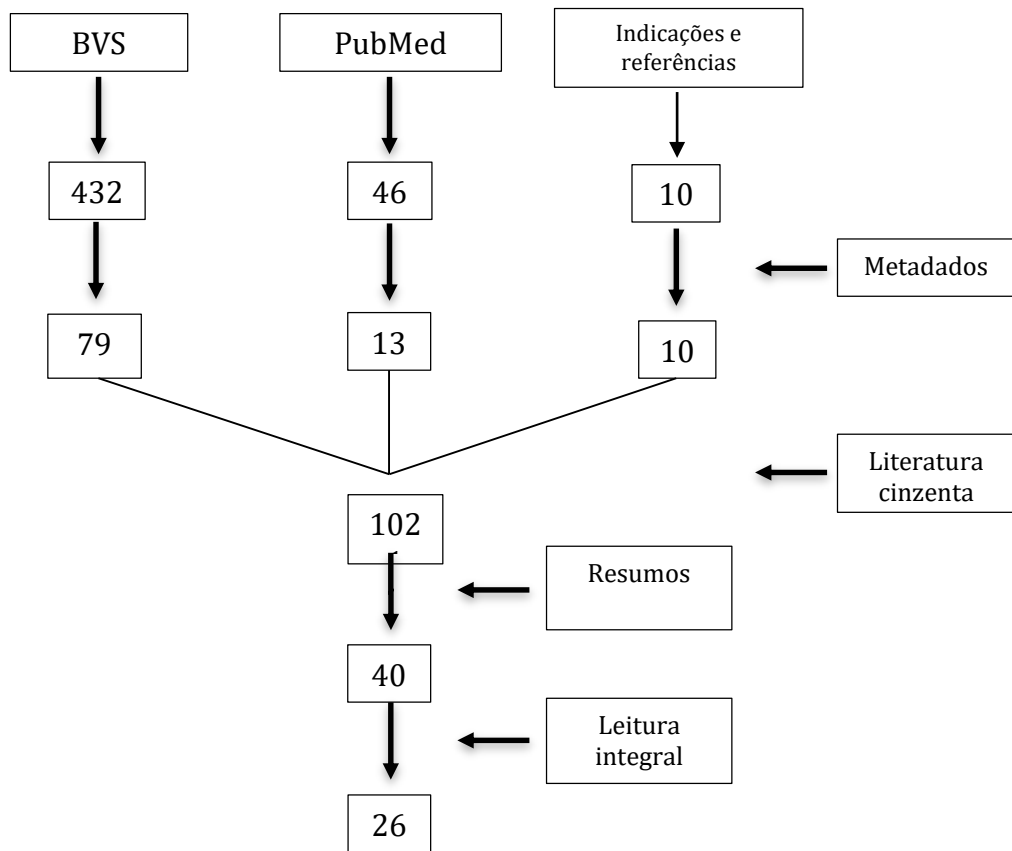
Diante de tal cenário, este estudo tem o intuito de contribuir para o conjunto das análises e investigação do projeto multicêntrico nacional Região e Redes³, através de uma revisão sistemática sobre os principais condicionantes do processo de regionalização descritos nas diversas experiências recentes de organização regional do SUS pelo país.

³ Ver: www.resbr.net.br

METODOLOGIA

Este estudo foi particularmente incitado pela leitura do texto “Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice” (VARGAS et al., 2014), cujas referências forneceram seis indicações iniciais de artigos. Para aprofundar a revisão, foi realizada busca sistematizada nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde – que inclui as bases 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 no processo de regionalização no Brasil; com resultados empíricos (quantitativos ou qualitativos) 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 com foco em temas específicos nos quais a regionalização surge como contexto e não como objeto primário. Interessado na busca exaustiva de publicações sobre o tema no país, foram incluídas todas as pesquisas alcançadas nas bases científicas, 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 pesquisador. 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 01: esquema de busca e seleção dos artigos



RESULTADOS

Os critérios metodológicos permitiram incluir vinte e seis estudos sobre o processo de regionalização brasileiro (Tabela 1). Um ensaio foi incluído como exceção, por se considerar o discurso de secretários de saúde municipais como análogo às entrevistas empíricas com estes atores (ASSIS et al., 2009). Outro estudo sobre redes de atenção foi também incluído por considerar que lidava precipuamente com a questão da organização regional na saúde (MEDEIROS; GERHARDT, 2015). Um estudo específico sobre regionalização foi excluído por excessiva inconsistência.

Como esperado, a maioria das pesquisas referem-se à dimensão regional; quatro apresentam a dimensão nacional (VIANA et al., 2010; LIMA et al., 2012; ALBUQUERQUE, 2013); duas concentram-se sobre regiões metropolitanas (SPEDO et al., 2010; IANNI et al., 2012); e uma aborda a regionalização em região fronteiriça (PREUSS; NOGUEIRA, 2012). No geral essa literatura é composta de estudos de caso com método qualitativo, abordagem fenomenológica, e com baixo poder de generalização analítica. Alguns estudos se destacam pela originalidade, consistência metodológica e aprofundamento analítico (VIANA et al., 2010; COELHO, 2011; LIMA et al., 2012; VENANCIO et al., 2011; ALBUQUERQUE, 2013; VARGAS et al., 2014; MENDES et al., 2015; GUERRA, 2015; DUARTE *et al.*, 2015)

À exceção da proposta de tipologia regional (Duarte et al., 2015), as demais pesquisas representam o universo discursivo de profissionais ligados à gestão em saúde. Três estudos agregam pontos de vista do prestador, ainda que de modo quase que tangencial (COELHO, 2011; STEPHAN-SOUZA et al., 2010; MARTINELLI, 2014). A Tabela 2 elenca questões essenciais levantadas nos estudos, brevemente descritas a seguir aquelas de maior prevalência.

Políticas e políticas

Na dimensão política (*politics*), a autonomia municipal advinda do processo de descentralização – e seu papel na fragmentação do sistema –, é vista como principal entrave à organização regional da saúde. Problema cuja solução não se dissocia do desafio particular que o arcabouço jurídico federativo imprime. 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 – orientado pelo acesso e desigualdades de financiamento – e aumento

da capacidade instalada. Entretanto, uma indução que se debilita no passar do tempo por motivos variados: dificuldade em imprimir reforço continuado proporcional ao fortalecimento do processo regional; própria fragmentação do Ministério da Saúde e suas secretarias; imprecisão normativa; e iniciativas com baixa perspectiva sistêmica. O subfinanciamento é consenso.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Como regra, a esfera estadual é vista como parceiro ausente. Há certo clamor para que as SES assumam maior papel de liderança na coordenação 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 e 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 fronteiriça. 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 assinalados pelos municípios mais estruturados como “invasão”.

Tabela 1. Estudos incluídos na revisão.

N	Autor	Objetivo/ Dimensão	Período	Tipo de publicação	Metodologia	Principais achados empíricos
DIMENSÃO FEDERAL						
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	<ul style="list-style-type: none"> • Tipologia regional: “dois Brasis”, Norte/Sul: <ol style="list-style-type: none"> 1. situação socioeconômica menos desenvolvida e sistema de saúde menos complexo: alta cobertura de PSF; baixa relação médicos/hab.; maior percentual leitos SUS 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). • Prestação: mix público-privado disseminado e sem padrão definido (predominância do prestador público no Norte, seguida pelo Sul: “alinhado com os extremos”) • Questão regional mais acentuada do ponto de vista econômico e social do que relativo à política de saúde • Percepção de um vetor de encurtamento das distâncias entre os “dois Brasis”
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	<ul style="list-style-type: none"> • Três estágios de institucionalidade do processo de regionalização nos estados: incipiente, parcial, avançada • Impactos institucionais do processo: radicais, incrementais, embrionários ou ausentes • Governança: polarização: entre padrões coordenada/cooperativa vs. conflitiva ou indefinida • Nenhum estado com conjuntura política desfavorável ao processo de regionalização da saúde. • <i>Grosso modo</i>: N e NE com contextos desfavoráveis ao processo • 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) • Quase todos os estados: organização de redes e fluxos induzidas pelas normativas federais • Importância da indução federal e atuação do MS, sobretudo no N e NE • Estratégias de indução: CGR e regionais/SES; planejamento; regulação; capacidade instalada e qualificação técnica • Atores: predomínio SMS e SES; privado (11 estados), universidades (3), consórcios (3) e Legislativo (2) • Fragilidade da regulação da assistência: característica geral • 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)
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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 • Amazônia – contextos menos favoráveis, institucionalidade incipiente e intermediária da regionalização • Nordeste – contextos mais ou menos favoráveis, institucionalidade incipiente e avançada da regionalização • Centro-Oeste – contextos mais favoráveis, institucionalidade intermediária e avançada da regionalização • Região concentrada – contextos mais favoráveis, institucionalidade intermediária e avançada da regionalização

4	Duart et al., 2015	Proposta de tipologia de regiões de saúde baseadas no desenvolvimento humano	2013 a 2015	Artigo original	Dados secundários	<ul style="list-style-type: none"> • “a tipologia proposta aproxima-se dos pressupostos teóricos relacionados aos determinantes sociais do processo saúde-doença adotados no PROADESS. • 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”
---	--------------------	--	-------------	-----------------	-------------------	--

ESTADUAL

5	Souto Jr (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	<ul style="list-style-type: none"> • CIB-MG: elevado grau de participação de gestores e técnicos estaduais e municipais, também representantes de consórcios intermunicipais de saúde • Regionalização: forte presença nas pautas • 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
6	Brandão et al. (2012)	Rede regionalizada de saúde da PB	2008	Artigo original	Análise documental	<ul style="list-style-type: none"> • Aponta deficiências no processo de definição do desenho regional
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	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento da CIR e estrutura de funcionamento indefinidos • Critérios de construção e coordenação das redes imprecisos; • Iniciativas isoladas por áreas ou processos, sem perspectiva sistêmica • Capacidade técnica limitada nos municípios • Fragilidade estadual em liderar e coordenar o processo • Fragmentação do Ministério da Saúde prejudica coordenação da política • Desincentivos: autonomia municipal, baixo interesse na regionalização, competitividade por recursos, política partidária • Subfinanciamento • Rotatividade de gestores • Dificuldades do processo mais relacionadas à municipalização do que da política de redes em particular • Mais obstáculos do que facilitadores, reunidos em 4 grupos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação baseada em negociação ao invés de planejamento 2. Grande responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica 3. Falhas no planejamento e coordenação das competências envolvidas 4. Falta de clareza sobre as regras políticas de implementação
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	<ul style="list-style-type: none"> • Cosems/MG: <ul style="list-style-type: none"> - importante papel de apoio (SES:22 apoiadores direcionados ao apoio técnico do Cosems) - envolvimento de todos os gestores - efetivo mecanismo de comunicação • Pactuação das CIRs e Ciras: predominância de discussões fragmentadas; condução burocrática e cartorial • Pautas privilegiam os ritos da CIT-CIBs em detrimento dos problemas locais • Dificuldade de operacionalização das câmaras técnicas • Fragilidade no Sistema de Petição e Prestação de Contas
9	Guerra (2015)	Descentralização regionalização em SP, a partir da % de gestão municipal e	2013	Tese de doutorado	Revisão bibliográfica e documental. Análise de dados secundários	<ul style="list-style-type: none"> • 52% dos procedimentos hospitalares e 72% dos ambulatoriais foram realizados sob gestão municipal • Maiores índices de dependência na assistência hospitalar em relação à ambulatorial • As regiões da Região Metropolitana da Grande São Paulo apresentaram maior dependência em relação ao Interior

		índice de dependência amb. e hospitalar das regiões de saúde				<ul style="list-style-type: none"> • A gestão municipal tem influência sobre o índice de dependência, mas está condicionado ao contexto demográfico (porte populacional) e socioeconômico (IPRS) • Importância de mecanismos de pactuação institucionalizados e regulação entre as regiões na garantia da equidade • 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) • Alta complexidade predominantemente estadual, também com grande percentual de estabelecimentos privados • Dificuldade com planejamento e execução da assistência nas regiões de saúde • A SES: execução da assistência, mas com baixa coordenação do processo de regionalização
--	--	--	--	--	--	--

MACRORREGIONAL (intra/interestadual)

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)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais universitários (HU)/UFJF: fluxo informal intra e interestadual • PDR intraestadual: não regula fluxo do RJ para MAC do município • Convênio/contratualização dos HU: dificuldade de integração e cumprimento dos compromissos de gestão • 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 • Subfinanciamento • Baixo conhecimento dos gestores sobre instrumentos de gestão
----	----------------------------	--	------	-----------------	---	---

REGIONAL

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	<ul style="list-style-type: none"> • Regionalização antiga, mas historicamente, descoordenada e fragmentada • Falhas no papel do estado em controlar o processo • 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) • CIB e CIB micro e macrorregional: espaços importantes de negociação, em particular da PPI. Baixo consenso sobre capacidade de planejamento e regulação regional • Baixa capacidade técnica dos municípios • Visão local em detrimento da regional • Descontinuidade de gestão
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	<ul style="list-style-type: none"> • Processo participativo: importante para integração e quebra de resistências • Cosems: papel importante • SES: participação ativa como quesito essencial • SES: notável fragilidade estrutural e técnica para assumir novo papel regulador • Plano de Saúde: importância de sua estruturação sob olhar regional • Ausência de instrumento jurídico que garanta o cumprimento das pactuações
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-quali. Fontes: visita de campo, entrevistas com gestão e prestadores(17), dados secundários, e análise documental	<ul style="list-style-type: none"> • Dois padrões predominantes de relações público-privadas: interdependente e cooperativo; e múltiplos arranjos com conflitos • Dependência mútua entre SUS e privado. Interesse privado na incorporação de tecnologia de alto custo • Perfil centralizador da SESA. Conflito de papéis entre Regionais de Saúde e SES • Baixa capacidade de planejamento e regulação do privado contratado: ausência de ferramentas eficazes de coordenação, regulação e controle • Regionalização fortemente influenciada pelo setor privado em relações formais e informais. Seja pela oferta, pela articulação política ou múltiplos vínculos dos profissionais • Baixa de condução política do Estado

						•Integração inter-setorial latente
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	<ul style="list-style-type: none"> • CIR: consensos em bases legalistas, governistas e tecnoburocratizadas. • Pautas: consensos sem discussões, automaticamente aprovadas. • Decisões pontuais com baixa intencionalidade política e de planejamento.
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.	<ul style="list-style-type: none"> •Facilitadores da integralidade regional: <ul style="list-style-type: none"> - 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. •Dificultadores da integralidade regional: <ul style="list-style-type: none"> - 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 Hosp. 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
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	<ul style="list-style-type: none"> • Invasão dos serviços do SUS por municípios vizinhos • Disputas nas negociações com desvantagem para os municípios pequenos • Importância da participação da SES • Falta clareza do papel de regulação
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	<ul style="list-style-type: none"> • Descontinuidade da política de regionalização fortalecida entre 1995 e 2002. • CGR enfraquecidos por “recentralização” da SES/MT • Institucionalidade do CGR intermediária: instituído e organizado; estrutura insuficiente ao funcionamento adequado • Espaço valorizado pelos atores, mas de legitimidade relativa • Fragilidade técnica dos gestores municipais • Interferências político-partidárias e clientelistas • Interesses municipais em detrimento aos regionais. Interesses estaduais sobressaem-se • Destaque do Consórcio Intermunicipal de saúde na integração dos municípios • Importante apoio técnico do COSEMS
18	Santos, Giovanela (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	<ul style="list-style-type: none"> • CIR: principal estratégia de governança regional – conflitante e institucionalidade intermediária • CIR: importante espaço de interlocução, mas eminentemente burocrático • Baixa autonomia dos gestores em relação ao poder executivo municipal • Prioridade por interesses municipais, tradição clientelista e influência da política partidária • Rotatividade de secretários de saúde • Baixa qualificação técnica. Baixa capacidade de planejamento regional • Recursos financeiros insuficientes dificultam cumprimento da PPI • 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)
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	<ul style="list-style-type: none"> • PDR : necessidade de atualização para equilibrar a relação oferta/demanda • PPI: arena de competição, ao invés de um espaço de articulação, negociação e pactuação • PDI: pouco significativo, em função do subfinanciamento

					ligadas à gestão(10), análise documental	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de alterar o foco da oferta para demanda • CGR: inovação e ponto de mobilização e articulação regional • Fragilidade técnica dos municípios • Necessidade da liderança estadual • Baixa legitimidade da pactuação/percepção de baixa influência dos pequenos municípios
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 quantitativa. Fontes: questionários auto-aplicados com gestão pública e privada, análise documental e de dados secundários	<ul style="list-style-type: none"> • Descontinuidade política e administrativa nas trocas de gestão • CGR: espaço importante, mas com governabilidade parcial: “somatório das partes” • Rede de atenção fragmentada e Insuficiência da capacidade instalada • Ausência de construção de unidades regionalizadas. • Privado: expansão e fortalecimento na rede de atenção • MAC: garantida por contratualização do setor privado (dependência mútua) • Baixa qualificação dos gestores municipais. Baixa cultura de planejamento • Interferência político-partidária • Necessidade da liderança da SES
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 quantitativa. Fontes: entrevistas ligadas à gestão(8), análise de indicadores de monitoramento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Bauru: protagonismo do município-sede, força política, técnico-operativa, financeira e de estrutura instalada • ABC paulista: maior protagonismo, dinâmica mais compartilhada e horizontalizada. Relação com consórcio metropolitano • Baixada Santista: desmonte do processo anterior. Rotatividade de gestores • Extrema fragilidade político-administrativa, em geral, dos gestores municipais • Cosems: papel importante • DRS: detentora do poder, mas com frágil capacidade de protagonismo político • Governo do Estado: distante, autoritário, burocrático, quando não dificultador. Forte prestador com baixa relação produtiva com os municípios • Qualidade da equipe técnica (ex. Câmara Técnica) condiciona pactos e liderança do município no colegiado regional • CIR: dificuldade de sair da pauta da assistência, interesses municipais, vulnerável aos interesses particulares • COAP pouco referido – mais na captação financeira do que de pactuação regional
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).	<ul style="list-style-type: none"> • Forte indução da SES, principalmente nos oito primeiros anos de existência da CIB Regional (1995-2002) • Organização de consórcios intermunicipais, criação das CIB Regionais, câmaras de compensação para AIH; câmaras de auditoria e sistema de controle e avaliação • Regionalização permeada pelo mix público-privado • Afastamento da SES no processo regional depois de 2002 • Importante papel do Cosems • Ausência de qualquer planejamento regional • Dificultadores: <ul style="list-style-type: none"> - indefinição de responsabilidades entre as esferas de governo e as instâncias regionais; - rotatividade dos gestores - predomínio de aspectos político-partidários
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).	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo assistencial fragmentado e focado em procedimentos • Rede organizada principalmente sobre a oferta • Suficiência de serviços, mas baixa integralidade e coordenação (baixo papel da AB). • CIR: fórum importante de negociação e pactuação, mas com participação limitada dos gestores • Baixa participação social • Baixa capacitação técnica das SMS, baixa capacidade de planejamento

						<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de monitoramento e avaliação • SES: centralizadora, mas ausente nas questões de regulação e pouco apoio técnico aos municípios
--	--	--	--	--	--	--

FRONTEIRIÇA

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?)	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Municipal de Saúde: principal ator no processo de pactuação • Ações de integração isoladas, distância dos centros decisórios • Gestão burocrática, centralizadora e normativa • Gestores: compreensão superficial do Pacto pela Saúde
----	-------------------------	--	---	-----------------	---	---

METROPOLITANA

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	<ul style="list-style-type: none"> • Fracasso da reforma regional intramunicipal • SMS: caráter centralizador; separação político-administrativas entre atenção básica e a assistência hospitalar e U/E. Não assumiu de fato a gestão dos ambulatorios e hospitais estaduais • Poder institucional e resistência dos hospitais em se integrar ao sistema de saúde • Rotatividade de Secretários e cargos gerenciais de coordenação • Falta de negociação prévia com atores institucionais. Baixa inclusão das várias representações (ex. usuários) • Indefinição do papel estadual
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	<ul style="list-style-type: none"> • “Dupla identidade”, metrópole e região: prob. regionalização vs. prob. implantação da região metropolitana • “Invisibilidade do tema metropolitano para o gestor local e regional • Invasão dos serviços do SUS por municípios vizinhos, incluindo MAC e AB • Ineficiência das instâncias e instrumentos e infraestrutura de gestão regional. Subfinanciamento • DRS: cultura centralizadora e fragilidades técnicas e políticas • CIR: importante espaço de discussão. Fragilidade técnico-política a mantém como espaço meramente homologatório • Baixa capacidade de regulação: mecanismos informais e interpessoais associados • Competitividade intermunicipal pelo aporte financeiro do estado • Interesses municipais sobre regional

* 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 (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; ALMEIDA; LIMA, 2015; MARTINELLI; VIANA; SCATENA, 2015)

Tabela 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
Importância da indução Federal										X					X				X						
Subfinanciamento	X			X		X						X				X	X		X				X		
SMS/SES: cultura burocrática, perfil centralizador				X	X	X		X			X	X										X	X		
SMS: baixa capacidade técnica, rotatividade	X				X		X		X			X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
SES: necessidade de liderança e apropriação do processo	X								X					X		X			X	X	X			X	
CIR/CGR: importância, inovação	X	X		X			X	X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
CIR/CGR: burocrática, interesses municipais, vulnerabilidade política	X			X				X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X
Planejamento: baixa cultura, necessidade de instrumentos efetivos								X	X	X	X		X		X		X		X	X	X		X	X	X
Regulação: necessidade de maior clareza e instrumentos efetivos		X					X		X	X			X	X	X		X				X				
Jurídico: deficiência de instrumentos para garantia das pactuações		X																							
Influência do mix estado/mercado (público/privado)			X						X								X			X	X			X	
Dificuldade na inserção/oferta dos Hospitais Universitários					X		X		X																
Co-sems: apoio importante		X																X				X		X	X

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

DISCUSSÃO

Homogeneidade discursiva

Mesmo que se trate do exercício de funções semelhantes, é mais do que notável a homogeneidade e regularidade do corpo discursivo revisado, independente do tempo, dimensão e região analisada – e que se remete mesmo a estudos anteriores ao Pacto pela Saúde (LIMA; RIVERA, 2006; LOTUFO; MIRANDA, 2007). Característica de certa forma esperada, mesmo 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 (ASSIS et al., 2009) – no sentido da ideia de “isomorfismo organizacional” (CECILIO et al., 2007), mas sem querer aqui adentrar pela abordagem institucionalista.

Uma primeira conclusão é que a coesão geográfica e temporal do conjunto de estudos revela substancial validade externa dessas categorias revisadas; de forma a assumir esse corpo discursivo como uma representação comum do discurso ligado à gestão no processo regionalização da saúde 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 está todo mundo olhando para o mesmo lado – despercebendo possíveis variações do cenário (questão particular para o pesquisador, pois são dele as escolhas dos atores-chaves e perguntas – 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 da regionalização intersetorial, mas sem entrar em méritos (COELHO, 2011; LIMA et al., 2012). O papel do prestador, em especial dos hospitais, ou questões de CTIS ainda estão amplamente encobertos.

Numa linha geral sobre os entes federados, a manutenção de um padrão discursivo gestor ao longo dos anos mostra que se a indução federal teve grande força no desencadear da regionalização da saúde, tornou-se débil na medida em

que o fortalecimento continuado do processo exigiria consequente aumento progressivo da energia empregada, tornando-se um limitador em si. 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. A fragilidade técnica do ente municipal – mas também estadual –, no entanto, 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.

Embora não tragam maiores novidades aos iniciados, a dimensão e perenidade desse conjunto de disposições merece um olhar mais sistêmico e concentrado do que usualmente recebe.

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, não se pode negar que o problema é anterior e se remete ao processo de descentralização (VIANA, 2013; OUVREY, 2015). Uma questão, portanto, é saber até que ponto o debate da regionalização depende também da atualização da questão federativa.

Sabe-se que a municipalização trouxe um padrão mais democrático de governança local (VIANA; MACHADO, 2009; FLEURY et al., 2010). Mas também é conhecido o problema da descentralização com a iniquidade regional, da burocratização e politização dos níveis locais, ao mesmo tempo em que dificulta a regulação do nível central (SALTMAN et al., 2007), justamente motivações do 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 alta complexidade (MAC), definindo posição privilegiada ao hospital de referência no sistema – e o papel que esse hospital exerce na governança regional é ainda pouco compreendido no processo de regionalização (EUROPEAN, 2012). 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 algum grau de recentralização (questão certamente

incompleta, uma vez que São Paulo detém considerável componente da MAC e é também visto como elo frágil do processo).

Sucedese então a necessidade de aprofundamento das análises sobre a dinâmica federativa e suas relações com a regionalização, avaliando o *mix* de medidas estruturais e não estruturais mais efetivo no equilíbrio dessa relação (JAKUBOWSKI et al., 2013).

Necessidades municipais e a regionalização

A gestão municipal é 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: por que 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.

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 (WALT; GILSON, 1994). 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 rememorado nos estudos, mas usualmente valorizado.

A indução exitosa da capacidade técnica municipal é uma possibilidade histórica concreta (ARRETCHE; MARQUES, 2002). Fica o desafio de se pensar em 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 entrevista serena e reflexiva, Gilles Dussault (Entrevista, 2011) 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”; aliadas 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 perenidade da incapacidade municipal revelada nas pesquisas.

Planejamento: juntando as partes

Até agora os resultados das pesquisas foram apresentados da maneira geral em que aparecem nas publicações, próximo à organização e sumarização de ideias similares – modelo analítico clássico (GIL, 2009). Isto é, uma apreensão inicial sem que esses agregados se conformem em categorias conceituais mais elaboradas.

Neste intuito, o argumento seguinte se beneficia da análise de VARGAS et al., (2014), na qual observam que os desafios da regionalização no Brasil na saúde 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 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, 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 (VIANA, 1999), Victor Leal (LEAL, 2012), ou Rodolfo Mascarenhas (1954), este na especificidade paulista da saúde pública.

VARGAS et al., (2014) 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 (ADAMS, 1926).

Em nossa história sanitária, um tanto tributária dessa formação pragmática, Barros Barreto, responsável maior 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 seria abordado como integração intersetorial (BARRETO, 1939). Em termos de cultura institucional, a Fundação SESP, de forte influência norte-americana, foi quem mais insistiu na necessidade da organização racional, planejamento e integração dos serviços de saúde entre nós (CAMPOS, 2006; MELLO; VIANA, 2012) – 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 (LIMA et al., 2012; VARGAS et al., 2014). Notadamente uma cultura político-administrativa com dificuldades de planejamentos virtuosos de longo alcance, como ocorreu na oportunidade do processo de descentralização, enxergado inicialmente dentro de uma visão isolada de resistência democrática (VIANA et al., 2010) – e, o tempo dirá, como talvez venha ocorrendo com a janela histórica de mudanças oportunizada pelas novas faculdade médicas decorrentes do projeto Mais Médicos para o Brasil (MELLO; DEMARZO, 2015).

Retomando o problema contemporâneo, uma questão central é que em última análise a lógica atual mantém o planejamento em saúde eminentemente

subordinado ao rol de possibilidades restantes da negociação política – de condições desiguais entre os municípios. Desequilíbrio que redundava no prejuízo da própria concepção de planejamento (certamente com reflexo sobre sua capacidade de aprimoramento). Completa-se assim um círculo vicioso composto pela baixa qualificação técnica e gerencial, alta rotatividade profissional e esvaziamento do sentido de planejamento – de forma que o que a primazia da negociação política sobre o planejamento acaba por subordinar das demais categorias de análise descritas. 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 públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme se depreende da literatura revisada, o processo de regionalização é hoje uma realidade vívida na gestão da saúde em todas as esferas de governo; embora a real capilaridade do debate nos níveis subalternos da administração, sistema assistencial e de ensino seja ainda uma incógnita.

Os espaços colegiados CGR/CIR são tidos como importante inovação, mas ainda desafiados a superar uma cultura política burocrática e clientelista. A governança regional é sobremaneira dificultada pela fragmentação do sistema e histórica deficiência de planejamento, desde questões locais às políticas estratégicas de incorporação tecnológica.

Essa onipresente dificuldade com planejamento aflora como resultante de uma cultura política que confere amplo privilégio à negociação em detrimento do planejamento, conformando um ciclo vicioso histórico com alta rotatividade gestora, baixa capacidade técnica, e deficiência de instrumentos.

Por seu lado, uma produção científica ainda em 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 política parece bem representada na presença significativa das universidades no processo regional em apenas três estados (LIMA et al., 2012), além da histórica dificuldade de inserção dos hospitais universitários no planejamento da rede assistencial (STEPHAN-SOUZA et al., 2010). O descompasso entre a implementação de políticas sociais e a pesquisa acadêmica tem sido descrito na literatura internacional como um desafio comum e de difícil superação (OLIVER et al., 2014).

A recente experiência canadense de reversão de processos regionais da saúde deixa claro o grau de tensão envolvido nessas políticas e o risco de ruptura ou reversão a qualquer momento. Um dos fatores aventados sobre a baixa reflexividade deste desmonte seria justamente a ausência de evidências científicas sobre as políticas instituídas (MARCHILDON, 2015).

A produção dessas evidências pode auxiliar no processo de construção conjunta, integrada pelo esforço de vários tipos de instituições, de uma nova cultura de

gestão estratégica, sustentada, obviamente, por alocação adequada de recursos e melhor qualificação da governança regional.

No entanto, será necessário definir novas ferramentas e competências para os entes governamentais, além de estabelecer um contexto político favorável e aberto à inovação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, Thomas. Regional Planning in relation to public health. *American Journal of Public Health*, v. 16, n. 11, p. 1114–21, 1926.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi De. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2013.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi De; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 39, n. n.spe, p. 28–38, 2015.
- ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho; LIMA, Luciana Dias De. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saúde em Debate*, v. 39, n. n.spe, p. 51–63, 2015.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 455–79, 2002.
- ASSIS, Emerson *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 17–21, 2009.
- BARRETO, João de Barros. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. *Arquivos de Higiene*, v. 9, n. 1, p. 5–29, 1939.
- BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo *et al.* Análise da organização da rede de saúde da Paraíba a partir do modelo de regionalização. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, p. 347–52, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96)*. . [S.l.: s.n.]. , 1996
- BRETAS JUNIOR, Nilo; SHIMIZU, Helena Eri. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 962–71, 2015.
- CAMPOS, André Luiz Vieira De. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CECILIO, Luiz Carlos De Oliveira *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 1, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/84/79>>. Acesso em: 15 out. 2015.
- COELHO, Ana Paula Santana. *O público e o privado na regionalização da Saúde: processo decisório e condução da política no estado do Espírito Santo*. 2011. 143 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 1163–74, 2015.
- DUSSAULT, Gilles; FRANCESCHINI, Maria Cristina. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, PMID: 16729892PMCID: PMC1481612, v. 4, p. 12, 2006.
- Entrevista com o professor Gilles Dussault: desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Lígia Giovanella e José-Manuel Freire. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2889–92, 2011.
- 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.
- FLEURY, Sonia *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 28, n. 6, p. 446–45, 2010.
- GIL, Antonio Carlos. *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas, 2009.
- GREER, Scott L.; JARMAN, Holly; AZORSKY, Andrew. *A reorganisation you can see from space. The architecture of power in the new NHS*. . [S.l.]: Center for Health and the Public Interest. Disponível em: <<http://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2014/01/The-architecture-of-power-in-the-NHS-Scott-Greer-Jan-2014.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2016. , jan. 2014

GUERRA, Daniele Marie. *Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência*. 2015. 2019 f. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

HART, J. T. The inverse care law. *Lancet (London, England)*, PMID: 4100731, v. 297, n. 7696, p. 405–412, 1971.

IANNI, Aurea Maria Zöllner *et al.* Metrôpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 925–34, 2012.

JAKUBOWSKI, Elke; SALTMAN, Richard B.; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (Org.). *The changing national role in health system governance: a case-based study of 11 European countries and Australia*. Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, 2013. (Observatory studies series, 29).

KEHRIG, Ruth Terezinha; SOUZA, Edinaldo Santos De; SCATENA, João Henrique Gurtler. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 948–61, 2015.

LEAL, Victor Nunes. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. [S.l.: s.n.], 2012.

LIMA, Luciana Dias De *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2881–92, 2012.

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 10, p. 2179–89, 2006.

LOTUFO, Márcia; MIRANDA, Alcides Silva De. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000600007&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 15 out. 2015.

MARCHILDON, Gregory P. The crisis of regionalization. *Healthcare Management Forum*, v. 28, n. 6, p. 236–8, 2015.

MARTINELLI, Nereide Lúcia. *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*. 2014. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MARTINELLI, Nereide Lúcia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila; SCATENA, João Henrique Gurtler. O Pacto pela Saúde e o processo de regionalização no estado de Mato Grosso. *Saúde em Debate*, v. 39, n. n.esp, p. 76–90, 2015.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Problemas de saúde pública no estado de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo*, v. 8, n. 1, p. 1–13, 1954.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde debate*, v. 39, n. n.spe, p. 160–70, 2015.

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo Macos Piva. *Novas escolas médicas e a regionalização. Nota Técnica 3/2015*. [S.l.]: Região e Redes: caminho da universalização da saúde no Brasil. [Novos caminhos 3]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/05/Novos_Caminhos_03_Final.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016. , 2015

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 19, n. 4, p. 1219–40, 2012.

MELO, Marcus André B. C. Municipalismo, nation-building e a modernização do Estado no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 6, n. 23, p. 85–99, 1993.

MENDES, Áquilas *et al.* O processo da gestão regional da saúde no Estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 423–37, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MESQUITA, Rosélia Maria Soares. *Consensos da comissão intergestores regional para a organização do sistema regional de Saúde*. 2011. Dissertação. Programa Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

OLIVER, Kathryn; LORENC, Theo; INNVÆR, Simon. New directions in evidence-based policy research: a critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, v. 12, n. 1, p. 34, 2014.

- OUVERNEY, Assis Luiz Mafort. *Federalismo e descentralização do SUS: a formação de um regime polarizado de relações intergovernamentais na década de 1990*. 2015. 445 f. Escola Brasileira de Administração Pública e Empresa. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.
- PEREIRA, Adeline Maria Mendes. *Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais*. 2009. 135 f. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- PREUSS, Lislei Teresinha; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O pacto pela saúde nas cidades gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. *Texto e Contexto (Porto Alegre)*, v. 11, n. 2, p. 320–32, 2012.
- ROUX, Ana V. Diez. Health in cities: is a systems approach needed? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 9–13, 2015.
- SALTMAN, Richard B.; BANKAUSKAITE, Vaida; VRANGBÆK, Karsten (Org.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead: Open Univ. Press, 2007. (European observatory an health systems and policies series).
- SANTOS, Adriano Maia Dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 4, p. 622–31, 2014.
- SILVA, Edson Coutinho Da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1106–16, 2013.
- SILVA, Edson Coutinho Da; GOMES, Mara Helena de Andrea. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 4, p. 1383–96, 2014.
- SILVA, Maria José Vieira Da. *Regionalização da saúde no oeste de Mato Grosso: um estudo de caso do Colegiado de Gestão Regional*. 2014. Dissertação – Universidade Federal de Mato Grosso. Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá-MT, 2014.
- SOUTO JUNIOR, José Veloso. *O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais*. 2010. Dissertação Modalidade Profissional em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 533–46, 2010.
- STEPHAN-SOUZA, Auta *et al.* Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. *Revista de APS*, v. 13, n. supl 1, p. S35–45, 2010.
- VARGAS, Ingrid *et al.* Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy and Planning*, PMID: 24963157, v. 30, n. 6, p. 705–17, 2014.
- VENANCIO, Sonia Isoyama *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3951–64, 2011.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias De; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500007&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 16 out. 2015.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 807–17, 2009.
- VIANA, Oliveira. *Instituições políticas brasileiras*. Brasília: Senado Federal/Conselho Editorial, 1999.
- WALT, Gill; GILSON, Lucy. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, v. 9, n. 4, p. 353–70, 1994.