



11

# NOVOS CAMINHOS

Regionalização da saúde e integração dos serviços

# NOTA TÉCNICA

## REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS: EVIDÊNCIAS SOBRE O ATUAL ESTÁGIO DE CONFORMAÇÃO DAS REGIÕES E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Hudson Pacifico da Silva

Paulo Henrique dos Santos Mota

SILVA, Hudson Pacifico; MOTA, Paulo Henrique dos Santos. **Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros**. Novos Caminhos, n.11. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)

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).

Foto da Capa: Rafael Neddermeyer/Fotospublicas

## Introdução

A ampliação do acesso às ações e serviços de saúde e sua adequação às necessidades de saúde da população representam desafios importantes para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização deve ser feita de forma regionalizada e hierarquizada. Dessa forma, a conformação de regiões de saúde para “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011) constitui estratégia fundamental para superar esse desafio.

O processo de regionalização e de construção das redes de atenção à saúde pode ser um fator a potencializar e interferir de modo positivo na universalidade do acesso à saúde, na medida em que busca integrar, de forma racional, a oferta de ações e serviços de saúde de um determinado contexto socio sanitário, otimizando recursos humanos e tecnológicos, através do planejamento e a organização dos serviços em rede, de acordo com as necessidades em saúde no âmbito regional (LIMA et al, 2012).

Albuquerque e Viana (2015) apresentam três fases de indução da regionalização e das redes de saúde dentro da política brasileira, com a entrada desses itens na agenda governamental a partir dos anos 2000. A primeira fase ocorreu entre os anos de 2001 e 2005, sendo marcada pela normatização das regiões com redes hierarquizadas de prestação de serviços em saúde. A segunda fase, entre 2006 e 2010, trouxe a região negociada, “regionalização viva”, com diferentes desenhos de forma intra ou interestaduais, adicionando os Colegiados de Gestão Regional (CGR) ao processo de discussão e pactuação nas regiões. Já a terceira fase (a partir de 2011), apresenta uma regionalização negociada e contratualizada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta última etapa, destacam-se os elementos introduzidos pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Brasil, 2011). A região de saúde passou a ser definida como “espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” (Art. 2º, I). Os limites geográficos de cada região, a população usuária das ações e serviços, o rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços serão definidos pelos Estados, em articulação com os municípios, que passam a ser as instâncias responsáveis por sua instituição. Além disso, a região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Um conjunto importante de instrumentos de planejamento e gestão foi instituído para auxiliar o processo de regionalização do SUS, a conformação das redes de atenção à saúde e a articulação interfederativa, incluindo: o Mapa da Saúde, identificando as necessidades de saúde, e a rede de serviços existente na região; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); as Comissões Inter gestores Regionais (nova denominação dos CGR, instâncias de governança regional); e os

Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões).

Entretanto, o processo de constituição das regiões de saúde esbarra em inúmeras dificuldades, incluindo as dimensões continentais do país, as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência das atribuições do Estado na saúde e a multiplicidade de atores envolvidos na condução e prestação da atenção à saúde (LIMA, ALBUQUERQUE e SCATENA, 2015). Soma-se a isso aspectos relacionados à autonomia na tomada de decisão, à falta de interesse na criação de estruturas regionais, à competição dos entes federados por recursos, sobretudo financeiros, e a motivações políticas (VARGAS, MOGOLLÓN-PÉREZ e UNGER, 2014).

Desde a aprovação do Decreto 7.508/2011, aproximadamente 440 regiões de saúde foram formalmente instituídas em todo o país. Possivelmente, como sugerem SANTOS & CAMPOS (2015), muitas dessas regiões de saúde são incapazes de atender 95% das necessidades de saúde de sua população, o que demandaria um esforço de avaliação e repactuação das regiões. De todo o modo, como prevê a própria legislação, a integralidade da assistência deve ser feita por meio das Redes de Atenção à Saúde, que podem estar compreendidas no âmbito de uma única região de saúde, ou de várias delas, conforme as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores Regionais<sup>1</sup>.

Diante da centralidade dos municípios no processo de regionalização e integração dos serviços, é fundamental compreender o que pensam os gestores municipais de saúde. Qual tem sido seu nível de interesse e participação nesse processo? Como eles avaliam a oferta e a qualidade das ações e serviços de saúde em suas regiões, a organização das redes de atenção à saúde e a atuação das Comissões Intergestores Regionais? Responder essas questões é o objetivo desse documento, de modo a ampliar a compreensão sobre o atual processo de regionalização e de conformação das redes de atenção à saúde nas diferentes regiões do país através da perspectiva do gestor municipal de saúde.

## 1. Métodos

Os dados foram coletados por meio de *survey* eletrônico realizado junto às secretarias municipais de saúde (SMS) de todo o país, no período de julho de 2014 a fevereiro de 2015. O convite para responder o questionário foi enviado ao endereço eletrônico das SMS, a partir de listagem fornecida pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em pelo menos três ocasiões durante o período de realização da pesquisa. Foi fornecido, junto com o convite, um endereço eletrônico para acessar o formulário online, cuja página inicial apresentava o termo de consentimento livre e esclarecido. A leitura e concordância do termo representou condição prévia para que o questionário pudesse ser respondido.

O questionário contemplou três blocos de perguntas. O primeiro tratou de questões de reconhecimento e identificação dos respondentes e dos municípios aos quais estão sendo

---

<sup>1</sup> No Estado de São Paulo, por exemplo, as 63 regiões de saúde existentes estão agrupadas em 17 Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS).

levantados os dados. O segundo bloco contemplou onze questões estruturadas, abordando os seguintes itens relacionados ao processo de regionalização da saúde: (1) interesse e envolvimento dos gestores; (2) oferta e qualidade das ações e serviços de saúde nas regiões; (3) atuação das Comissões Intergestores Regionais; e (4) processo de construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Por fim, o terceiro bloco incluiu duas questões abertas sobre as percepções positivas e negativas dos gestores quanto ao estágio do processo de regionalização encontrado em cada um dos municípios respondentes.

Após o final do período, todas as respostas foram inseridas e codificadas numa planilha eletrônica. Inicialmente foram obtidas 527 entradas de respostas através do formulário online. Foram então excluídas as entradas de respostas parciais ou incompletas, assim como as entradas duplicadas, ou seja, questionários que foram respondidos duas vezes pelo mesmo município, e também aquelas sem identificação do município, estado ou região de saúde. Ao final, foram obtidos 412 questionários válidos, o que representa 7,4% dos municípios brasileiros<sup>2</sup>. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva a partir da geração de tabelas de frequências simples e tabelas cruzadas utilizando os softwares Excel e Stata 13.

Apresentamos a seguir os principais resultados obtidos, agregados para o conjunto dos respondentes (escala nacional) e separados por grupos homogêneos de regiões de saúde, segundo a tipologia proposta por VIANA et al (2015).

## 2. Resultados

Os 412 municípios da amostra estão localizados em 256 regiões de saúde diferentes, o que representa 58,8% das regiões de saúde do país. Desse total, 145 regiões (56,6%) contam com respostas de um único município, ao passo que 111 regiões (43,4%) estão representadas por dois ou mais municípios. As regiões de saúde com mais municípios na amostra são Sorocaba (SP), com seis respondentes, e Cerrado Tocantins Araguaia (TO), com cinco respondentes.

Como os municípios que integram a amostra estão distribuídos de acordo com a localização geográfica – macrorregião e unidade da federação – e os grupos homogêneos (*clusters*) propostos na tipologia elaborada por Viana et al. (2015)? E qual foi a taxa de resposta dos municípios segundo essas categorias? Os dados da Tabela 1 permitem visualizar essas informações. De modo geral, pode-se observar a seguinte situação:

- Macrorregião: cerca de 2/3 dos municípios da amostra estão concentrados nas regiões sudeste (35,2%) e nordeste (28,9%); no entanto, as maiores taxas de resposta foram verificadas nas regiões sudeste (8,7%) e norte (8,4%). As demais regiões apresentaram taxa de resposta inferior à média nacional;
- Unidade da federação: os estados com maior concentração de municípios da amostra são Minas Gerais (20,2%) e São Paulo (12,9%), mas os estados com taxa de resposta mais elevada são Mato Grosso (14,9%) e Rio Grande do Norte (12,6%). Destaque-se

---

<sup>2</sup> Essa amostra é suficiente para garantir um erro amostral de 5% (o valor verdadeiro para o conjunto de todos os municípios do estado está num intervalo com essa variação, para mais ou para menos) a um nível de confiança de 95% (os mesmos resultados serão obtidos em 95% das vezes).

também a ausência de municípios do estado de Roraima e do Distrito Federal na amostra;

- Grupo homogêneo (cluster): concentração de municípios nos grupos 1 (37,6%) e 3 (29,6%), e taxas de resposta mais elevadas nos grupos 2 (8,8%) e 4 (8,5%).

Em síntese, é possível afirmar que não existe relação entre a distribuição da amostra e a taxa de resposta de acordo com as variáveis consideradas. Vale dizer, os municípios da amostra estão concentrados nas macrorregiões e unidades da federação mais populosos, assim como nos clusters com maior número de municípios, de modo que a distribuição não guarda correspondência com a participação relativa desses municípios no estudo.

**Tabela 1** – Distribuição dos municípios da amostra e taxa de resposta segundo a macrorregião, unidade da federação e grupos homogêneos – Brasil, 2015.

<b>Categoria</b>	<b>Variável</b>	<b>% amostra</b>	<b>% resposta</b>
Macrorregião	Norte	9,2	8,4
	Nordeste	28,9	6,6
	Sudeste	35,2	8,7
	Sul	18,7	6,5
	Centro-Oeste	8,0	7,1
Unidade da federação	Acre (AC)	0,5	9,1
	Alagoas (AL)	1,2	4,9
	Amapá (AP)	0,2	6,3
	Amazonas (AM)	1,0	6,5
	Bahia (BA)	2,9	2,9
	Ceará (CE)	3,9	8,7
	Distrito Federal (DF)	0,0	0,0
	Espírito Santo (ES)	1,2	6,4
	Goiás (GO)	1,9	3,3
	Maranhão (MA)	4,4	8,3
	Mato Grosso (MT)	5,1	14,9
	Mato Grosso do Sul (MS)	1,0	5,1
	Minas Gerais (MG)	20,2	9,7
	Pará (PA)	2,7	7,6
	Paraíba (PB)	4,4	8,1
	Paraná (PR)	5,8	6,0
	Pernambuco (PE)	3,4	7,6
	Piauí (PI)	1,9	3,6
	Rio de Janeiro (RJ)	1,0	4,3
	Rio Grande do Norte (RN)	5,1	12,6
	Rio Grande do Sul (RS)	8,5	7,0
	Rondônia (RO)	1,2	9,6
	Roraima (RR)	0,0	0,0
	Santa Catarina (SC)	4,4	6,1
	São Paulo (SP)	12,9	8,2
	Sergipe (SE)	1,7	9,3
Tocantins (TO)	3,6	10,8	
Tipologia das regiões de saúde	Grupo 1 ((baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços)	37,6	7,2
	Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços)	12,6	8,8
	Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços)	29,6	6,8
	Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços)	8,0	8,5
	Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços)	12,1	7,9

Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde, 2014-15.

## 2.1. Tempo no cargo, interesse e participação no processo de regionalização.

A grande maioria dos gestores municipais de saúde que responderam o questionário exercia essa função há mais de um ano: 46,6% exerciam a função de 1 a 2 anos, 7,8% de 2 a 3 anos e 23,3% a exerciam há mais de 3 anos. Esses dados são relevantes, pois indicam que boa parte desses gestores permaneceu no cargo mesmo após as eleições municipais de 2012. Ao mesmo tempo, os dados mostram que os respondentes, de modo geral, possuem um tempo de exercício na função que os qualifica para responder as questões incluídas no formulário eletrônico.

Quando questionados a respeito da avaliação que faziam sobre o seu grau de interesse e envolvimento/participação no processo de regionalização da saúde, os gestores responderam, em sua maioria, possuir um interesse e um envolvimento elevados. Entretanto, os dados indicam que os gestores estão mais interessados do que envolvidos no processo (Tab. 2): 76,0% referiram interesse alto, mas um percentual menor (54,4%) referiu envolvimento alto. De fato, pode-se observar que um percentual elevado de gestores classificou seu grau de envolvimento como médio (41,5%) ou baixo (3,6%).

O cruzamento dessas duas variáveis – nível de interesse e nível de envolvimento/participação – confirma que o interesse de alguns gestores tende a ser maior do que sua efetiva participação no processo de regionalização. Os dados da tabela 2 mostram que existe um percentual importante de gestores que possuem interesse alto nesse processo e, ao mesmo tempo, envolvimento médio (21,1%) ou mesmo baixo (1,7%). Embora o questionário não tenha perguntado os motivos para essa situação, é possível levantar algumas hipóteses: dificuldade para acessar o local onde as reuniões da Comissão Intergestores Regional acontecem (pela distância ou dificuldade de transporte); indisponibilidade de agenda para comparecer às reuniões nas datas programadas; descrença ou desconfiança na atuação da CIR para a discussão e deliberação de problemas que afetam os municípios da região etc.

**Tabela 2** – Nível de envolvimento/participação dos gestores municipais de saúde no processo de regionalização, segundo o nível de interesse (%) – Brasil, 2015.

Interesse	Envolvimento				Total
	Nenhum	Baixo	Médio	Alto	
Nenhum	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
Baixo	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7
Médio	0,2	1,0	20,4	1,5	23,1
Alto	0,2	1,7	21,1	52,9	76,0
Total	0,5	3,6	41,5	54,4	100,0

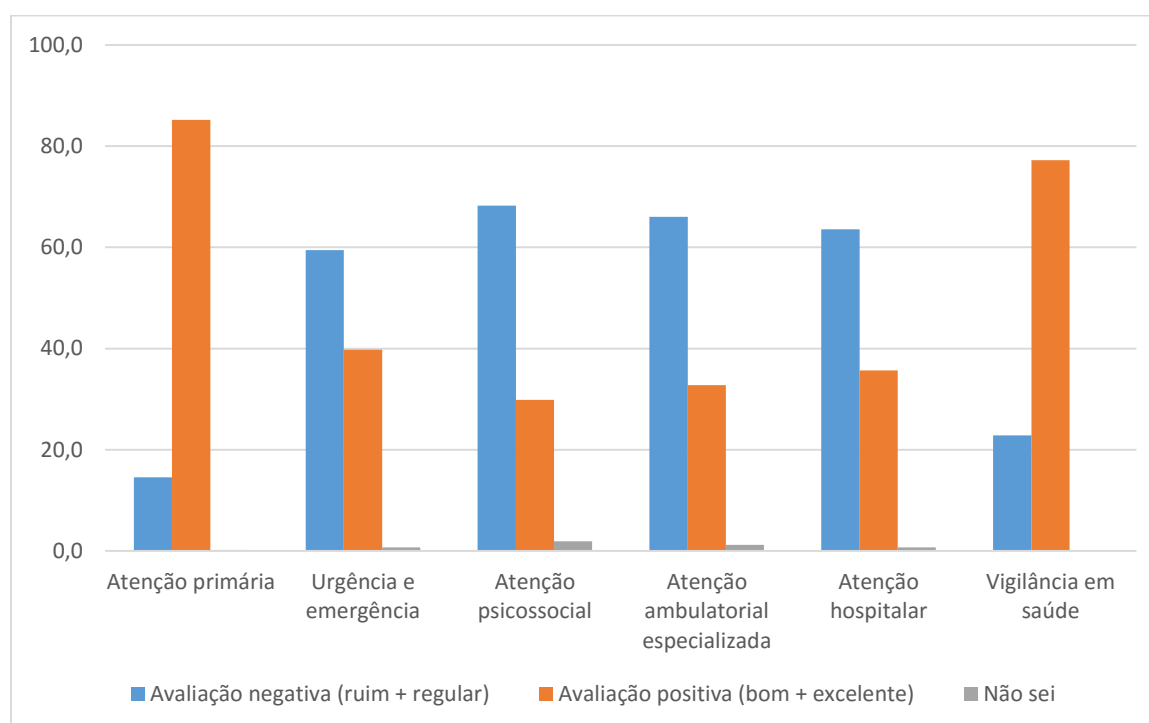
Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde, 2014-15.



## 2.2. Oferta e qualidade das ações e serviços de saúde nas regiões

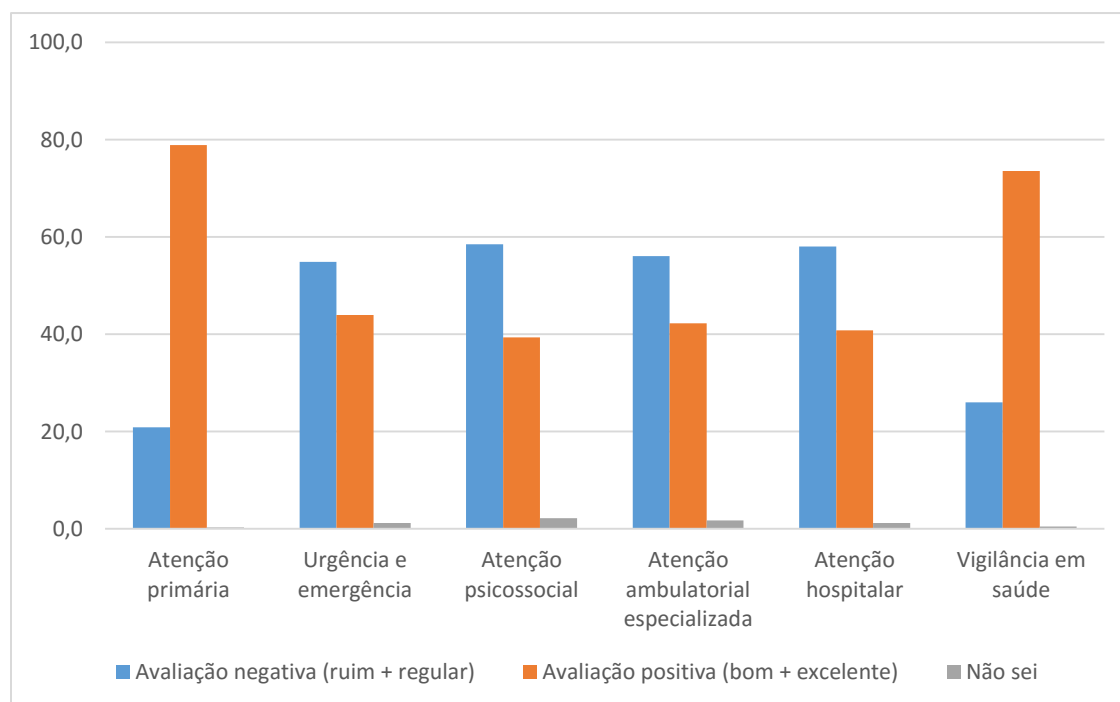
A pesquisa procurou identificar a percepção dos gestores municipais de saúde sobre a oferta/disponibilidade de algumas ações e serviços de saúde nas regiões, assim como sua qualidade. Atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção hospitalar e vigilância em saúde foram os itens questionados. Como pode ser visto nas figuras 1 e 2, as ações e serviços de atenção primária e de vigilância em saúde foram os itens que obtiveram as avaliações mais positivas por parte dos gestores – cerca de 80% avaliaram como bom ou excelente a oferta/disponibilidade e a qualidade desses itens. Por outro lado, os demais itens – urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar – foram avaliados de forma negativa, com percentual elevado (cerca de 60%) de ruim ou regular.

**Figura 1** – Oferta/disponibilidade de ações e serviços de saúde na região – Brasil, 2015.



Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde, 2014-15.

**Figura 2** – Qualidade das ações e serviços de saúde na região – Brasil, 2015.



Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde, 2014-15.

### **2.3.Aspectos relativos à organização das redes de atenção à saúde**

A percepção dos gestores sobre a organização das redes de atenção à saúde foi outro item que a pesquisa buscou identificar por meio de questão específica sobre este tema. Pelos dados apresentados na tabela 3, observa-se que os itens mais problemáticos se referem à continuidade do cuidado e ao fluxo de informação dentro da região. De fato, um percentual significativo de gestores, cerca de 44%, referiu que (a) a continuidade do cuidado não está assegurada ao usuário em todas as suas modalidades e níveis de atenção e que (b) o fluxo de informação não ocorre em tempo oportuno e com base nas necessidades do paciente/usuário. Entre 25-30% dos gestores referiram também fragilidades relacionadas aos seguintes aspectos: limites geográficos, população usuária, rol de ações e serviços a serem ofertados e respectivas responsabilidades; mecanismos de coordenação de cuidados definidos entre os profissionais; papéis e responsabilidade entre os profissionais de saúde; e presença do gestor estadual de saúde por meio diálogo, apoio técnico e busca de soluções conjuntas com os municípios.

Também é importante destacar que um percentual significativo de gestores referiu problemas na organização das ações e serviços de saúde em formato de rede de atenção à saúde (25%), no seguimento de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaborados (23%) e na participação de fóruns intersetoriais para enfrentamento de determinantes sociais da saúde (22%).

Dois pontos merecem ainda ser destacados. O primeiro diz respeito ao elevado percentual de concordância dos gestores (86%) no que se refere ao papel ordenador da atenção básica no acesso às ações e aos serviços de saúde nas regiões. E o segundo se refere ao impacto das ações judiciais na oferta de medicamentos, procedimentos e outras tecnologias não previstas no âmbito do SUS, referido por 74% dos gestores, o que demonstra ser este um problema que atinge a maioria dos municípios que responderam a pesquisa.

**Tabela 3** – Opinião dos gestores sobre aspectos relativos à organização das redes de atenção saúde (%)

Item	Concordo	Discordo	Não tenho opinião
A continuidade do cuidado em saúde está assegurada ao usuário em todas as suas modalidades / níveis de atenção	55,8	44,2	0,0
O fluxo de informação ocorre em tempo oportuno, com base na necessidade do paciente / usuário	55,8	43,9	0,2
Os limites geográficos, a população usuária, o rol de ações e serviços a serem ofertados e as respectivas responsabilidades estão bem definidos	70,1	29,1	0,7
Existem mecanismos de coordenação de cuidados definidos entre os profissionais	70,6	28,4	1,0
Há acordo de papéis e responsabilidade entre os profissionais de saúde	71,1	27,9	1,0
A Secretaria Estadual de Saúde se faz presente por meio do diálogo, do apoio técnico e da busca de soluções conjuntas com os gestores dos municípios	72,1	27,4	0,5
As ações e serviços de saúde estão organizados em formato de Redes de Atenção à Saúde	74,8	24,8	0,5
Os gestores de saúde seguem protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaboradas no nível estadual, regional ou municipal	77,2	22,6	0,2
Os gestores de saúde seguem os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaboradas pelo Ministério da Saúde	76,9	22,6	0,5
Ações judiciais são responsáveis pela oferta de medicamentos, procedimentos e outras tecnologias não previstas no SUS	74,3	22,6	3,2
Os gestores de saúde participam de fóruns intersetoriais para enfrentamento de determinantes sociais da saúde	77,9	21,6	0,5
O acesso às ações e aos serviços de saúde é coordenado pela atenção primária	86,4	13,6	0,0

Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde 2014-15.

A análise por grupos homogêneos de regiões de saúde revela as seguintes particularidades:

- Municípios do Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) possuem a visão mais favorável sobre a participação dos gestores nos fóruns intersetoriais para enfrentamento de determinantes sociais da saúde (84% concordam com a assertiva);
- Municípios do Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços) avaliaram mais positivamente as seguintes assertivas: papel da APS no ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde (92% de concordância); definição dos limites geográficos, da população usuária, do rol de ações e serviços a serem ofertados e das respectivas responsabilidades (83%); existência de mecanismos de coordenação de cuidados definidos entre os profissionais (73%); garantia de continuidade do cuidado (63%); e fluxo de informação em tempo oportuno (61%);
- Municípios do Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) apresentam a visão mais negativa no que se refere às seguintes assertivas: organização das ações e serviços de saúde formato de Redes de Atenção à Saúde

(32% discordam); participação da Secretaria Estadual de Saúde (31%); e participação dos gestores de saúde em fóruns intersetoriais para enfrentamento de determinantes sociais da saúde (28%);

- Municípios do Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços) avaliaram de modo mais positivo que os gestores de saúde seguem protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas definidas pelo Ministério da Saúde (85% concordam) e por outras instâncias do SUS (82%) e a presença das secretarias estaduais de saúde (76%) – e de modo mais negativo o impacto das ações judiciais na oferta de medicamentos, procedimentos e outras tecnologias não previstas no SUS (82%), a continuidade do cuidado (57% discordam) e a definição dos limites geográficos, da população usuária, do rol de ações e serviços a serem ofertados e das respectivas responsabilidades (36%);
- Municípios do Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços) apresentaram avaliação mais positiva sobre a organização das ações e serviços de saúde em formato de rede (84% concordam) e mais negativa sobre o fluxo de informação na região (52% discordam), a existência de mecanismos de coordenação de cuidados definidos entre os profissionais (32%) e a observância de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas pelos gestores municipais (24-28%).

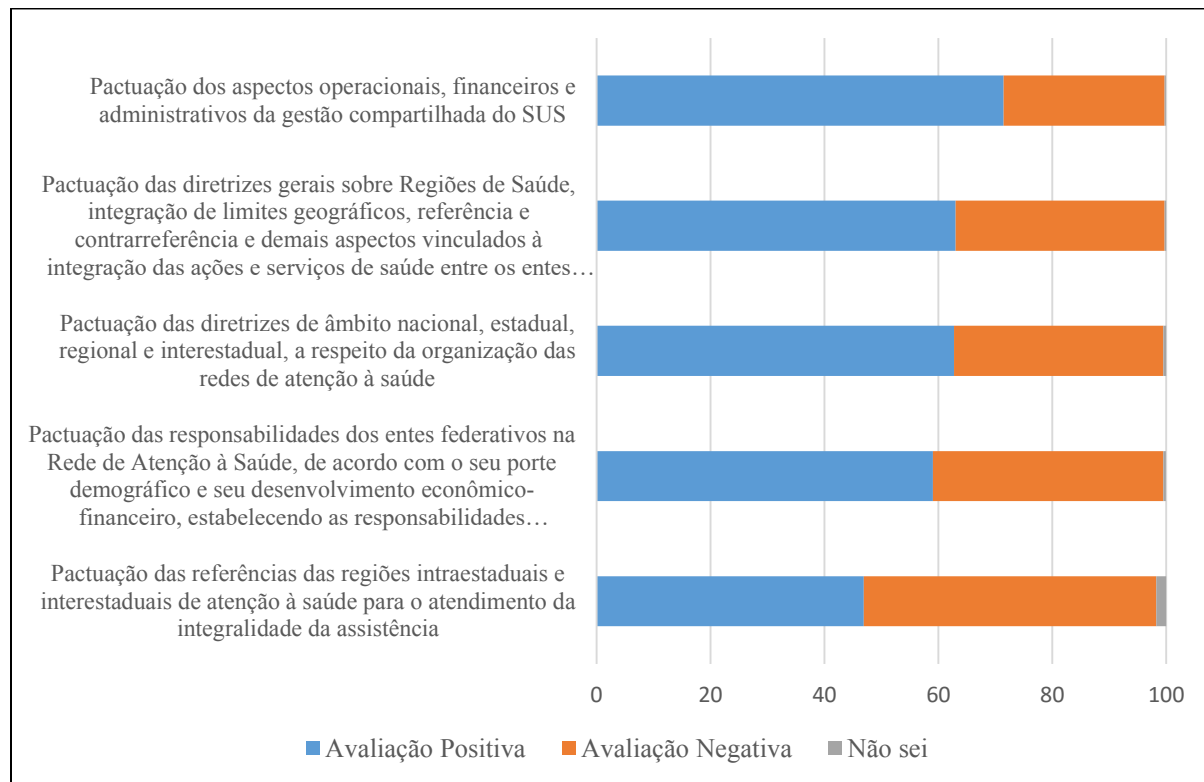
#### **2.4. Atuação das Comissões Intergestores Regionais**

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são instâncias colegiadas de negociação e decisão no plano regional, formadas pelos secretários municipais de saúde da região e por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (do nível central ou de suas estruturais regionais). Por ser um espaço de governança regional de grande relevância, a pesquisa buscou identificar em que medida os gestores avaliavam itens importantes relacionados ao funcionamento desses espaços, com base nos aspectos normativos de sua criação. Como mostram os dados da figura 3, uma parcela expressiva de gestores municipais avaliou negativamente (regular + ruim) a atuação da CIR em diversos aspectos importantes:

- Pactuação das referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência (51%);
- Pactuação das responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias (40%);
- Pactuação das diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde (37%);
- Pactuação das diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos (37%); e

- Pactuação dos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (28%).

**Figura 3** – Avaliação da atuação da CIR (%)



Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde 2014-15.

Na análise por grupos homogêneos, foi possível identificar três padrões de avaliação (Tab. 4). De um lado, os gestores dos municípios do grupo 2 e do grupo 3 possuem uma percepção mais positiva do que a média com relação à atuação da CIR em todos os itens avaliados. Do outro lado, os gestores dos municípios do grupo 4 e do grupo 5 avaliaram a atuação da CIR de forma mais negativa na maioria dos itens. Por fim, os gestores do grupo 1 representam a situação intermediária, com avaliações bem próximas da média observada para o conjunto dos municípios brasileiros.

**Tabela 4** – Avaliação da atuação da CIR, segundo os grupos homogêneos de regiões de saúde

Item	Grupo	Negativo	Positivo	Não sei	Total
Pactuação dos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS	1	27,5	71,9	0,7	100,0
	2	23,5	76,5	0,0	100,0
	3	24,1	75,9	0,0	100,0
	4	42,4	57,6	0,0	100,0
	5	36,0	64,0	0,0	100,0
	Total	28,3	71,5	0,3	100,0
Pactuação das diretrizes gerais sobre regiões de saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos	1	39,9	59,5	0,7	100,0
	2	31,4	68,6	0,0	100,0
	3	29,3	70,7	0,0	100,0
	4	51,5	48,5	0,0	100,0
	5	40,0	60,0	0,0	100,0
	Total	36,7	63,0	0,3	100,0
Pactuação das diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde	1	36,6	62,1	1,3	100,0
	2	31,4	68,6	0,0	100,0
	3	31,9	68,1	0,0	100,0
	4	54,5	45,5	0,0	100,0
	5	42,0	58,0	0,0	100,0
	Total	36,7	62,8	0,5	100,0
Pactuação das responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias	1	42,5	56,9	0,7	100,0
	2	39,2	60,8	0,0	100,0
	3	36,2	62,9	0,9	100,0
	4	42,4	57,6	0,0	100,0
	5	44,0	56,0	0,0	100,0
	Total	40,4	59,1	0,5	100,0
Pactuação das referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência	1	53,6	44,4	2,0	100,0
	2	41,2	56,9	2,0	100,0
	3	48,3	50,0	1,7	100,0
	4	51,5	45,5	3,0	100,0
	5	62,0	38,0	0,0	100,0
	Total	51,4	46,9	1,7	100,0

Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde 2014-15.

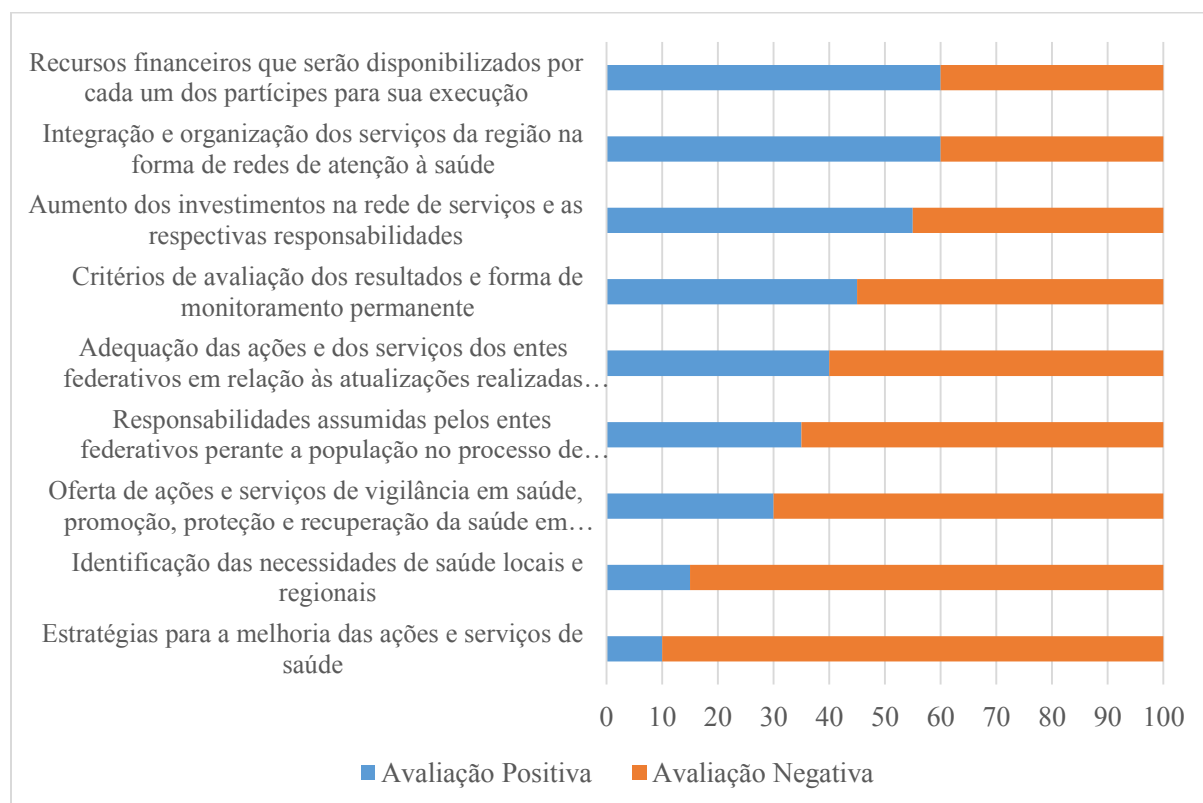
## 2.5. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Ao serem questionados se o município firmou acordo de colaboração para a organização da região de saúde por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), 56% dos gestores afirmam que não foi firmado, 28% responderam que foi firmado e 16% relataram não saber responder. O dado visto de forma isolada já traz por si só a importante informação que uma parcela significativa dos secretários municipais de saúde não sabe se o contrato foi firmado ou não, ainda que a maioria estivesse exercendo o cargo há mais de um ano.

Ao se estratificar o percentual de respostas afirmativas, nota-se um segundo ponto para reflexão. Embora o COAP, à época da pesquisa, tenha sido assinado somente nos estados de Ceará e Mato Grosso do Sul, faz-se incoerente a resposta positiva de 95 municípios (23% dos respondentes) que referiram assinatura do contrato em estados onde sabidamente ele ainda não havia sido celebrado. Portanto 39% dos entrevistados não souberam responder ou responderam a questão com informações imprecisas.

A análise das respostas dos municípios que efetivamente celebraram o COAP em suas regiões revela que diversos itens desse instrumento foram mal avaliados pelos gestores. De fato, mais da metade das avaliações foram negativas (ruim + regular) para os seguintes itens, como mostra a Figura 4: estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde (90%); identificação das necessidades de saúde locais e regionais (85%); oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional (70%); responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização (65%); adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (60%); e critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente (55%).

**Figura 4** – Avaliação dos gestores sobre o COAP



Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde 2014-15.

## 2.6. Aspectos positivos e negativos da regionalização

A pesquisa solicitou aos gestores municipais que indicassem livremente (questão aberta) aspectos positivos e aspectos negativos associados à sua experiência no processo de regionalização da saúde. Como resultado, foram obtidas cerca de 1200 entradas relacionadas a aspectos positivos e igual número de entradas negativas. Para fins de análise, esses aspectos foram classificados em algumas categorias, de modo a facilitar a identificação dos temas e com que frequência eles foram citados pelos gestores.

Os aspectos positivos citados com mais frequência pelos gestores estão relacionados às seguintes categorias: integração regional (33%); oferta e disponibilidade de serviços (21%); qualidade da atenção (10%); acesso às ações e serviços de saúde (9%); redes de atenção à saúde (7%); financiamento (6%); discussão e troca de experiências (4%).

Exemplos dos aspectos mencionados nas categorias mais frequentes estão sintetizados na tabela a seguir:

**Tabela 5** - Exemplos de aspectos positivos relacionados à experiência do gestor no processo de regionalização da saúde

<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
Integração regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração entre os gestores para definição de responsabilidades</li> <li>• Cooperação entre os municípios</li> <li>• Soma de esforços</li> <li>• Os entes federativos começam a planejar juntos</li> <li>• Os problemas são comuns, as soluções também</li> </ul>
Oferta e disponibilidade de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da oferta de serviços</li> <li>• Disponibilidade de serviços na região</li> <li>• Potencialização dos equipamentos de saúde</li> <li>• Mais médicos e especialidades</li> <li>• Melhora na regulação dos fluxos</li> </ul>
Qualidade da atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria na qualidade dos serviços</li> <li>• Os serviços são melhor executados</li> <li>• Melhores condições de atendimento</li> <li>• Ampliação da resolutividade da atenção básica</li> <li>• Qualificação dos serviços</li> <li>• Aumento da resolutividade</li> </ul>
Acesso às ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia o acesso</li> <li>• Garantia do direito à saúde</li> <li>• Possibilidade de atender demandas na região a partir do desenho das Redes</li> <li>• Reconhecimento do direito de ir e vir da população</li> <li>• Resolução das filas de espera</li> <li>• Acesso as especialidades</li> </ul>
Redes de atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização das redes de atenção à saúde</li> <li>• Início das redes de atenção</li> <li>• Melhor organização das ações de saúde</li> <li>• Elaboração das redes conjuntamente com diversos municípios</li> <li>• Definição de competências</li> <li>• Desenvolvimento RUE</li> </ul>
Discussão e troca de experiências	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussões a respeito das RAS</li> <li>• Troca de experiências entre os gestores municipais</li> <li>• As experiências podem ser compartilhadas</li> <li>• Diálogo com municípios</li> <li>• Oportunidade de expressar dificuldades municipais</li> <li>• Conhecimento das necessidades regionais</li> </ul>

Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde 2014-15.



Com relação aos aspectos negativos associados à experiência dos gestores no processo de regionalização da saúde, as seguintes categorias contemplaram um número maior de aspectos: oferta e disponibilidade de serviços (19%); acesso às ações e serviços de saúde (19%); integração regional (18%); financiamento (12%); recursos humanos (11%); processo decisório (6%); aspectos geográficos (5%); qualidade e resolutividade dos serviços (4%); e monitoramento, planejamento e organização (3%).

A Tabela 6 traz alguns exemplos dos aspectos negativos indicados pelos gestores municipais de saúde.

**Tabela 6** - Exemplos de aspectos negativos relacionados à experiência do gestor no processo de regionalização da saúde

<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
Oferta e disponibilidade de serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalizar com região onde não tem muita oferta de serviços de saúde</li> <li>• Serviços indisponíveis dentro da microrregião</li> <li>• Estrutura insuficiente</li> <li>• Falta de equipamentos para atender média e alta complexidade na região</li> <li>• Regulação deficitária</li> </ul>
Acesso às ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes portas de entrada</li> <li>• Os serviços ainda não são complementares</li> <li>• Baixo acesso especialidade</li> <li>• Falta exames especialidade</li> <li>• Município polo fica com maior parte das vagas</li> <li>• Prestador com resistência em aceitar pacientes</li> </ul>
Integração regional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faltam ações conjuntas</li> <li>• Há pouca cooperação</li> <li>• Falta de participação dos gestores municipais nas reuniões da CIR</li> <li>• Falta de interesse e disponibilidade dos municípios maiores que são as referências</li> <li>• Dificuldade para reunir todos os gestores com os técnicos das CIR</li> <li>• Falta esclarecimento sobre a função de cada ente</li> </ul>
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta investimento do Estado</li> <li>• Demora na transferência de recursos</li> <li>• Novos serviços sem novos recursos</li> <li>• Muita responsabilidade e pouco recurso para os municípios</li> <li>• Falta de clareza no recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução</li> </ul>
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta comprometimento gestor</li> <li>• Número escasso de algumas especialidades</li> <li>• Envolvimento dos profissionais médicos – desinteresse</li> <li>• Falta de conhecimento técnico dos gestores</li> <li>• Alta rotatividade dos gestores</li> <li>• Desvalorização profissional</li> </ul>
Processo decisório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentidão nas decisões</li> <li>• O processo é de cima para baixo, em vez de baixo para cima</li> <li>• Preponderância dos municípios mais fortes</li> <li>• Continua o poder do Estado em relação aos municípios</li> <li>• Pouca participação social</li> <li>• Decisão política se sobrepõe à técnica</li> </ul>

Fonte: Região e Redes. *Survey* com gestores municipais de saúde 2014-15.

### 3. Considerações Finais

O *survey* realizado com os gestores municipais de saúde mostra com clareza os avanços e as dificuldades relacionadas ao processo de regionalização e à conformação das redes de atenção à saúde no Brasil. Embora os gestores tenham referido grande interesse nesse processo, sua participação e envolvimento não ocorrem na mesma intensidade. A atenção primária e a vigilância em saúde são áreas menos problemáticas em comparação com urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar, áreas que ainda apresentam grandes desafios na oferta e qualidade das ações e serviços.

Também é possível identificar diversos desafios relacionados à organização das redes de atenção à saúde, como o fluxo de informação, a continuidade do cuidado, a participação dos gestores estaduais no processo e a própria configuração das redes. A atuação das Comissões Intergestores Regionais, por sua vez, é ainda mais controversa, na medida em que diversas pactuações foram mal avaliadas pelos gestores municipais, os quais supostamente participaram desse processo. Isso sem falar no desconhecimento de muitos gestores a respeito da celebração de acordo por meio do contrato organizativo da administração pública para a saúde (COAP). E mesmo nas regiões onde esse contrato foi assinado, os gestores demonstraram percepção predominantemente negativa sobre ele.

A classificação das regiões de saúde em grupos homogêneos mostrou, por sua vez, que há grande variabilidade de resposta em função das condições socioeconômicas e oferta de serviços de saúde, fatores utilizados como critérios de diferenciação dos grupos. Esse resultado sugere que regiões semelhantes também apresentam experiências e percepções semelhantes sobre a regionalização e a conformação das redes de atenção à saúde.

## Referências

ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Rev Saúde e Debate*, vol. 39, N. Esp., p.24-34, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 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 Diário Oficial da União articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília (DF). 2011, 29 jun.

LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M.V.; SCATENA, J.H.G.; Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2015. Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)

LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.17, n.11, p.2881-2892, 2012.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W.S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.S.; UNGER, J. et al. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy and Planning* vol.30, p.705-717, 2014.

VIANA, A.L.D. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.*, vol.24, n.2, p.413-422, 2015.