



# **A REGIONALIZAÇÃO e relações federativas na política de SAÚDE do BRASIL**

**Nelson Ibañez  
CES junho 2012**



# Descentralização e regionalização

- Na Europa Ocidental e América Latina a descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados e dos sistemas de saúde desde o final da década de 1970.
- Em grande número de países (Exs: Inglaterra, Canadá, Itália e Alemanha) a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais.
- Entretanto, na América Latina, ambos os processos (descentralização e regionalização) foram implantados com graus variados de articulação com maior destaque para a descentralização.

# Peculiaridade do SUS

- Dissociação (descolamento) entre as estratégias de descentralização e regionalização logo no início da década de 1990, tendo sido mais fácil explorar os caminhos de um dado modelo de descentralização do que o da regionalização no âmbito do SUS :
  - ✓ natureza finalística e não-complementar da descentralização (ênfase nos municípios sem um enfoque regional e sistêmico);
  - ✓ a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente na política nacional de saúde (anos 2000: NOAS e Pacto pela Saúde);
  - ✓ há fragilidade de experiências combinadas de regionalização e descentralização.

# Algumas hipóteses explicativas

- **Sentido político-ideológico da descentralização e força do discurso descentralizador:** identificada no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, associada à ampliação da democracia e maior eficiência governamental.
- **Contexto político-econômico da década de 1990:** possibilidade de acomodação da descentralização aos projetos de enxugamento do Estado brasileiro e de estabilização macroeconômica.
- **Fragilidade da lógica territorial na formulação de políticas públicas:** baixa tradição da formulação de políticas regionais.
- **Modelo de descentralização na saúde acoplado ao desenho federativo brasileiro:** tradição centralista e força do Executivo Nacional; ênfase nas instâncias municipais com indefinições quanto ao papel dos governos estaduais.
- **Complexidade do federalismo brasileiro:** dificuldades para a coordenação e cooperação intergovernamental necessária à regionalização.

# Descentralização e regionalização no Brasil

- Diretrizes antigas estando presente em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde brasileiro, mesmo antes da criação do SUS.
- Entretanto, é somente no bojo do movimento sanitário que desembocou na CF 88 que assumem **papel estratégico na política nacional**, com o objetivo de:
  - ✓ expandir o acesso às ações e serviços de saúde (universalidade e integralidade);
  - ✓ atender às necessidades loco-regionais;
  - ✓ ampliar a participação social;
  - ✓ melhorar a eficiência na gestão dos recursos.

# Peculiaridade do SUS

- **Resultados:** permanência de problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização de serviços de saúde devido aos milhares de “sistemas locais isolados” existentes.
- A regionalização é fundamental para o avanço da descentralização e construção do próprio sistema público de saúde.

# Pesquisa sobre regionalização

- Analisar os processos de regionalização em saúde nos estados brasileiros, identificando os contextos e os condicionantes institucionais e políticos, impactos e inovações introduzidas nos sistemas de saúde.
- Avaliar a dinâmica de funcionamento das CIB e suas inter-relações com os processos de regionalização em saúde nos estados.

# O Pacto pela Saúde: Início de um novo ciclo?

**NOAS:** definição *à priori* de critérios para a regionalização com revalorização das instâncias estaduais e do planejamento regional em saúde



Regionalização normativa

**Pacto pela Saúde:** definição das regiões pela pactuação entre municípios e estados  
possibilidade de incorporação de diferentes conteúdos e da diversidade do território nesse processo  
criação de novas instâncias de pactuação e coordenação federativa no intra-estaduais (Colegiados de Gestão Regional - CGR).



Regionalização “viva”

# Regionalização

- **Processo político** que envolve:
- a distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico;
- a criação de instrumentos de planejamento, integração e coordenação assistencial, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

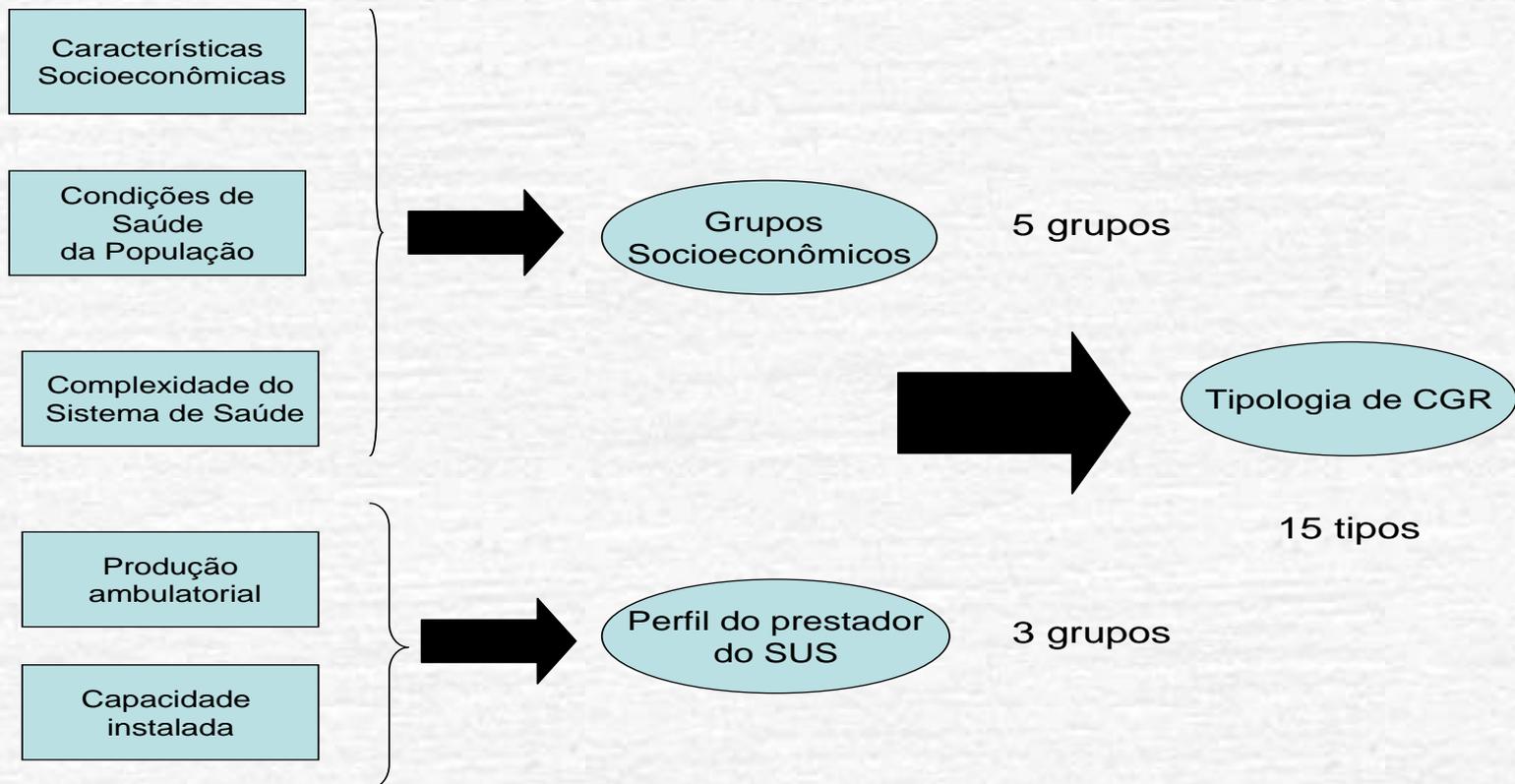
# Regionalização

- Objeto da regionalização: “**regiões de saúde**” (densidade técnica e política)
- Duplo sentido das regiões geográficas na saúde:
  - 1- base territorial para o planejamento de uma rede de atenção à saúde que possui uma dada densidade tecnológica e auto-suficiência de ações e serviços.
  - 2- espaço vinculado à condução político-administrativa de uma rede de serviços.

# Regionalização

- **Três grandes questões** para a gestão pública:
  - Como institucionalizar uma rede homogênea de serviços e intervenções respeitando a diversidade territorial e superando as desigualdades injustas?
  - Como formalizar a responsabilidade pública com participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território?
  - Como garantir a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais?

# Desenho esquemático dos componentes da tipologia das regiões de saúde (CGR)



Universo do estudo: 397 CGRs constituídos até janeiro de 2010, que agregam 5071 municípios e 173 milhões de habitantes (não foram incluídos os estados do AC, AM, RR, MA e parte do PI).

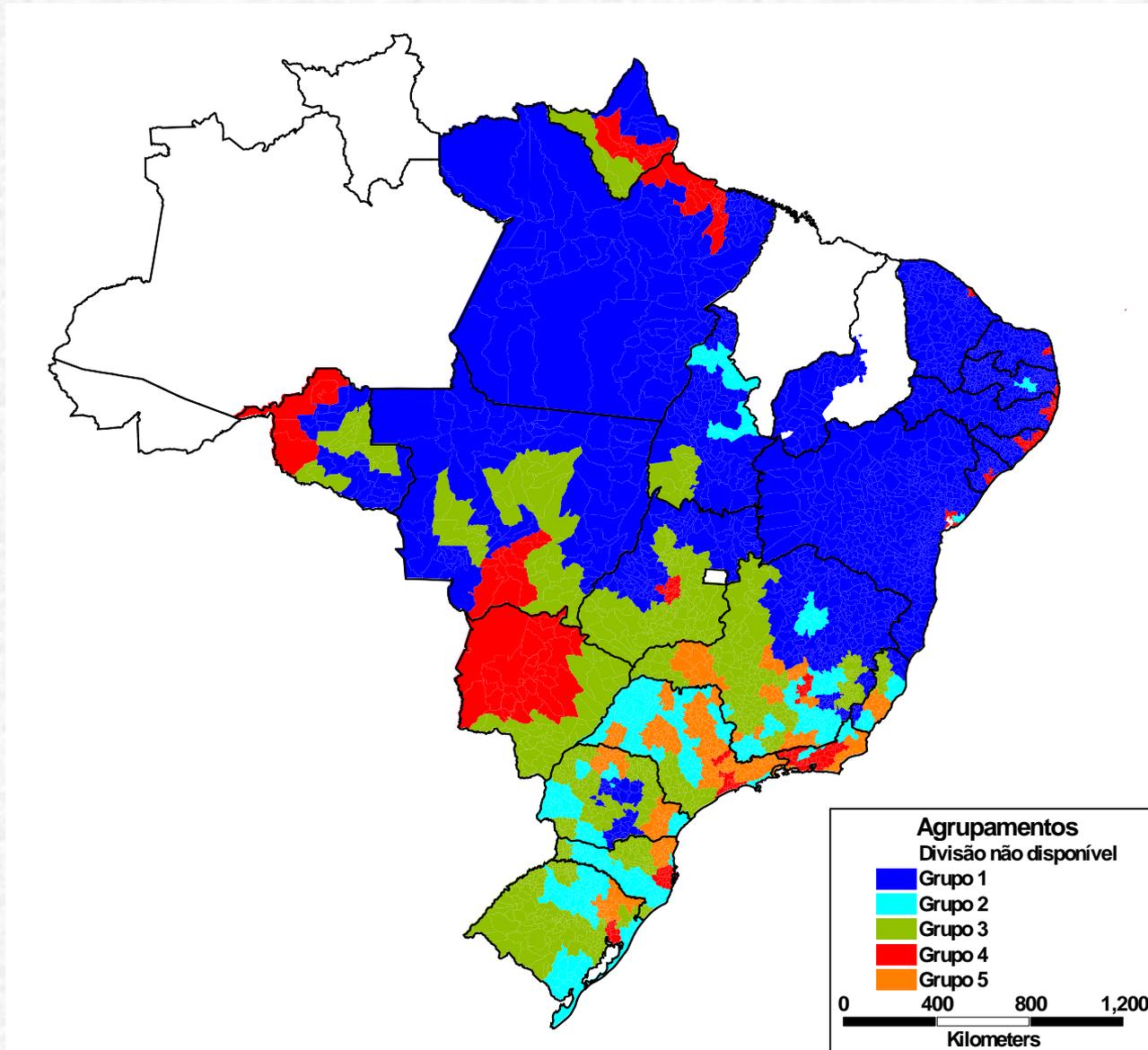
# Grupos Socioeconômicos

Resultado da análise de agrupamentos com os quatro fatores identificados

Grupos	Desenvolvimento econômico	Desenvolvimento Humano	Sistema de saúde
1	Baixo	Baixo	Menos complexo
2	Baixo	Alto	Mais complexo
3	Baixo	Médio	Menos complexo
4	Alto	Alto	Mais complexo
5	Médio	Alto	Mais complexo

**Nota:** As variáveis relacionadas as condições de saúde não definem o padrão de criação dos grupos, dado que não se mostraram importantes para sua diferenciação.

## Distribuição dos CGR segundo os Cinco Grupos Socioeconômicos



## Principais características dos agrupamentos socioeconômicos de CGR

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
CGR	183	78	62	27	47	397
<i>% no total de CGR</i>	<i>46,1%</i>	<i>19,6%</i>	<i>15,6%</i>	<i>6,8%</i>	<i>11,8%</i>	<i>100,0%</i>
Municípios	2.047	1.041	1.080	328	575	5.071
<i>% no total de municípios</i>	<i>40,4%</i>	<i>20,5%</i>	<i>21,3%</i>	<i>6,5%</i>	<i>11,3%</i>	<i>100,0%</i>
População (projeção 2008)	41.513.911	20.067.421	18.914.174	63.543.001	29.564.292	173.602.802
<i>% no total da população</i>	<i>23,9%</i>	<i>11,6%</i>	<i>10,9%</i>	<i>36,6%</i>	<i>17,0%</i>	<i>100,0%</i>
Média de municípios por CGR	11	13	17	12	12	13
Média da população por município	20.280	19.277	17.513	193.729	51.416	34.234
Beneficiários de planos de saúde na população (%)	3,6	16,3	9,6	35,6	32,2	22,3
População cadastrada no PSF (%)	72,5	52,2	58,3	30,7	29,2	45,9
Médicos por mil habitantes	0,54	1,29	0,92	2,10	1,74	1,45
Médicos SUS no total de médicos (%)	92,2	85,4	87,0	70,0	74,3	75,7
CGR com faculdades de medicina (%)	4,4	29,5	14,5	85,2	51,1	21,9
Leitos por mil habitantes	1,8	2,3	1,9	2,0	1,8	1,9
Leitos SUS no total de leitos (%)	87,4	75,2	75,4	63,9	68,3	71,5
Despesas totais em saúde por habitante (R\$ 2008)	240	315	282	324	332	300
Transferência SUS por habitante (R\$ 2008)	120	116	106	138	112	123
Transferência SUS na despesa total em saúde (%)	49,8	36,8	37,8	42,5	33,7	41,0

Fonte: Datasus. Elaboração dos autores.

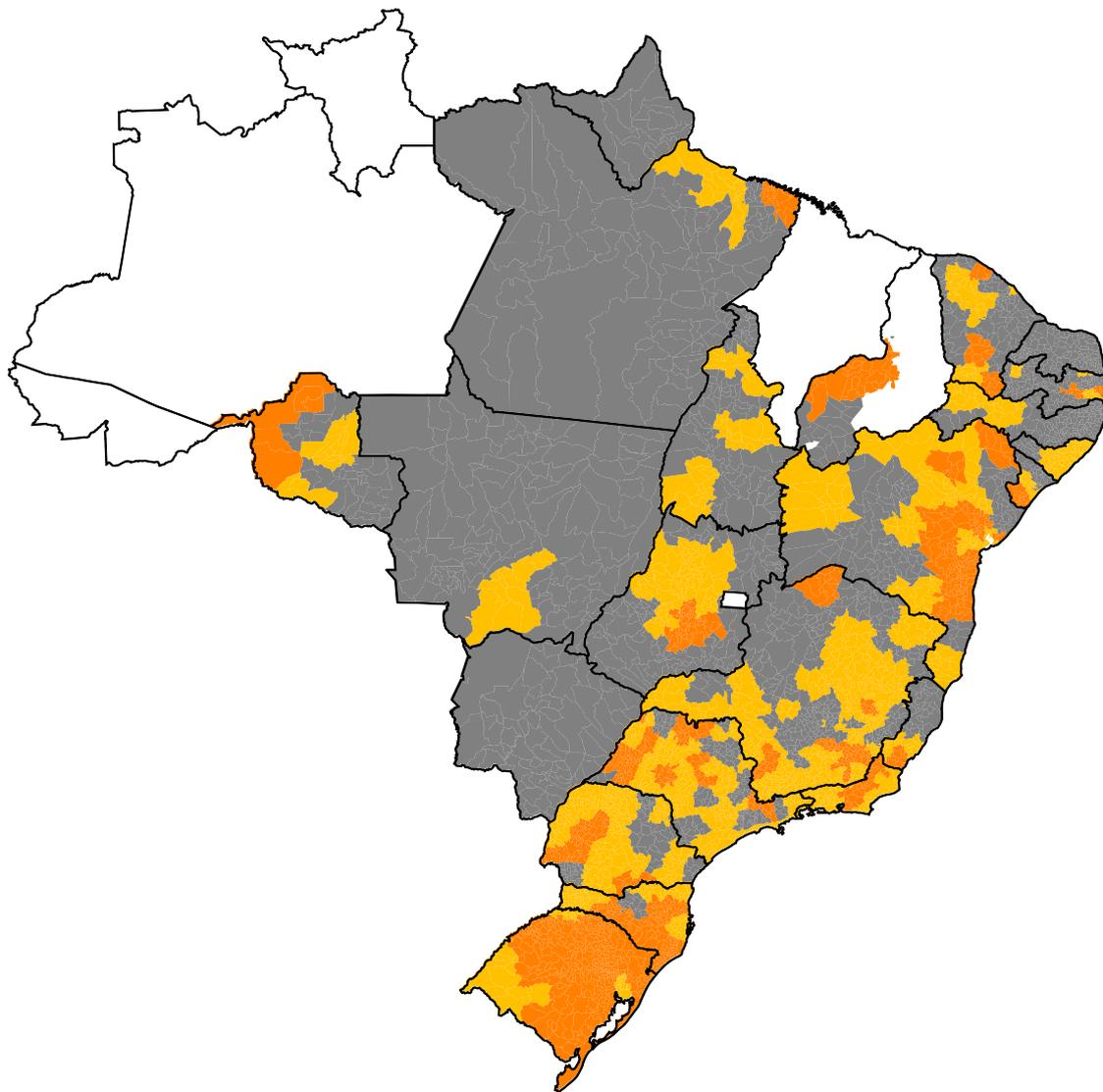
Nota: Excluídos os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí.

## Perfil do Prestador SUS

Três grupos resultantes:

- **Grupo 1 – prestador público:** 183 CGR que se caracterizam por apresentar presença expressiva do prestador público
- **Grupo 2 – prestador privado:** 81 CGR que se caracterizam por apresentar presença expressiva do prestado privado no SUS
- **Grupo 3 - intermediário:** 133 CGR que se caracterizam por apresentar perfil intermediário entre os dois anteriores.

# Distribuição dos CGR segundo Tipos de Prestador SUS



**Perfil do prestador SUS**

- Divisão não disponível
- Predominantemente público
- Predominantemente privado
- Situação intermediário

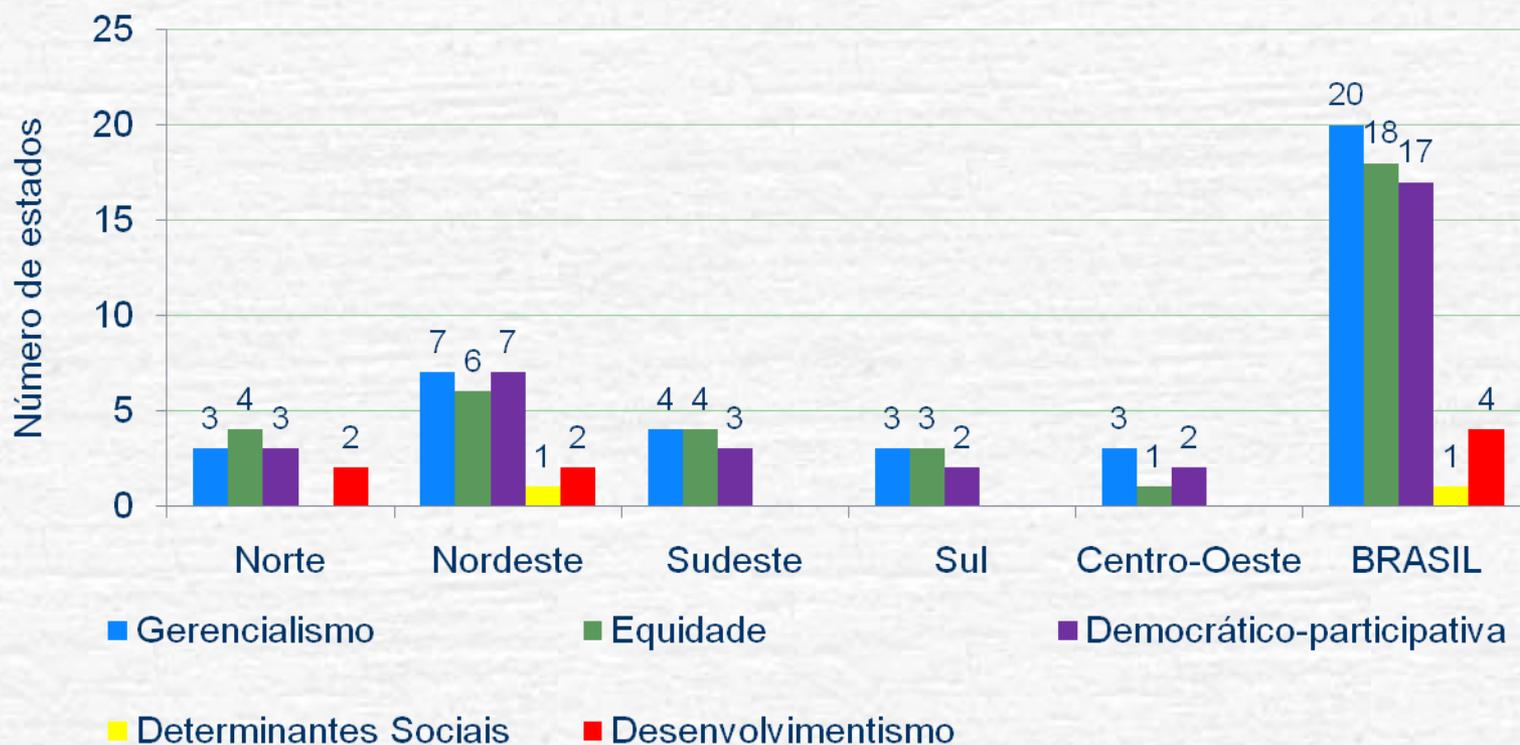
0 400 800 1,200  
Kilometers

## Contexto da regionalização em saúde nos estados segundo macrorregiões - Brasil, 2007 a 2009

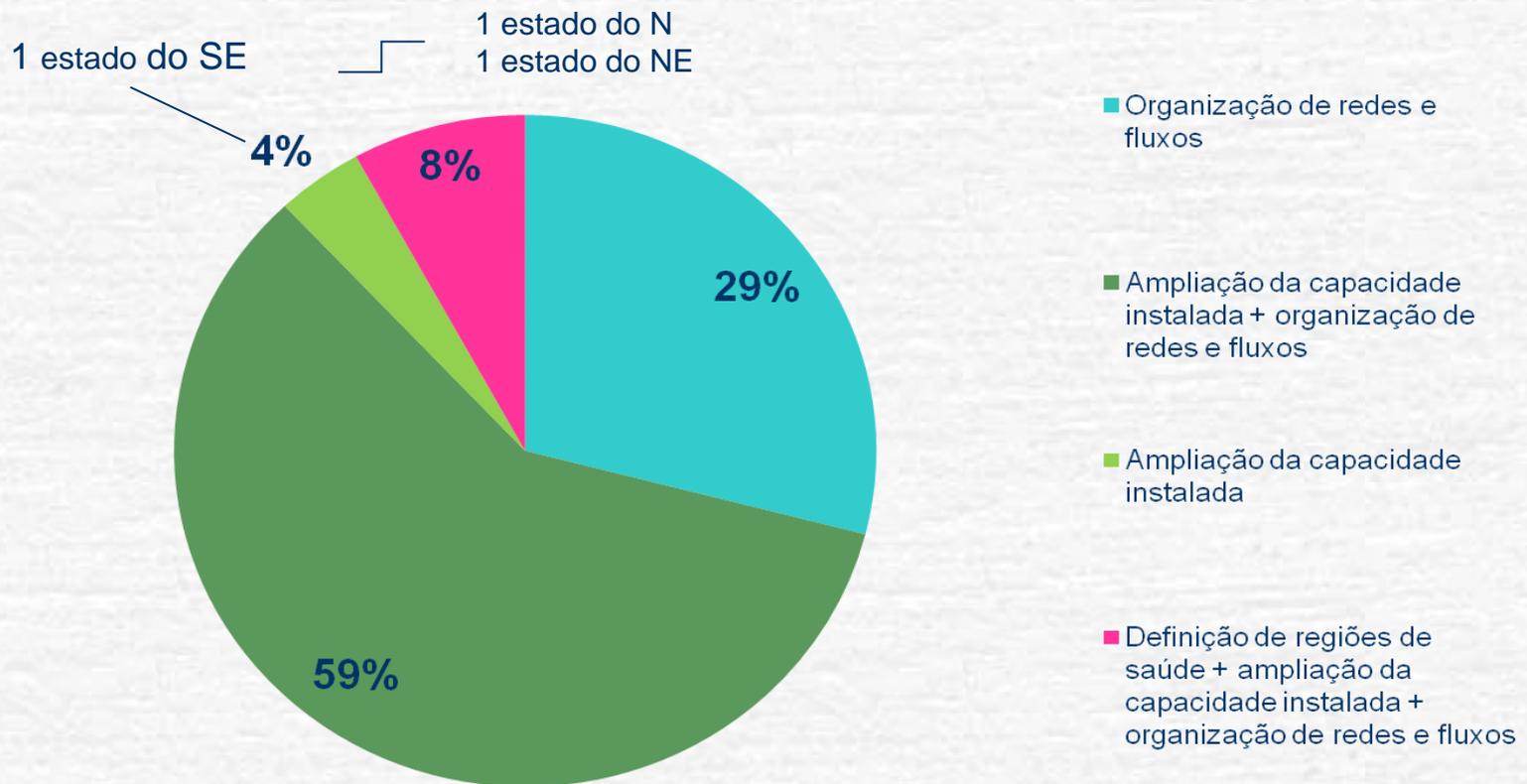
Dimensões	Histórico-estrutural	Político-institucional	Conjuntural
Estados			
<b>Região Norte</b>			
AC	D	D	F
AP	D	D	I
AM	D	D	I
PA	D	D	I
RO	D	D	I
RR	D	D	I
TO	NI	NI	NI
<b>Região Nordeste</b>			
AL	D	D	I
BA	D	D	F
CE	D	F	F
MA	NI	NI	NI
PB	D	D	I
PE	D	D	F
PI	D	F	F
RN	D	D	I
SE	F	F	F
<b>Região Sudeste</b>			
ES	F	F	F
MG	F	F	F
RJ	D	D	I
SP	F	F	F
<b>Região Sul</b>			
PR	F	F	F
RS	F	F	F
SC	F	D	F
<b>Região Centro-Oeste</b>			
GO	F	D	I
MT	F	F	F
MS	F	F	F

Nota: F: favorável;D: desfavorável;I: indefinido;NI: não investigado.

# Orientações predominantes do processo de regionalização em saúde nos estados segundo macrorregiões - Brasil, 2007 a 2009



# Objeto do processo de regionalização em saúde nos estados - Brasil, 2007 a 2009



# Tipologia do processo de regionalização em saúde nos estados - Brasil, 2007 a 2009

Institucionalidade da regionalização	Avançada	Intermediária	Incipiente
Governança da regionalização			
Coordenada/cooperativa	SP, MG SE, CE PR MT	ES RS MS	
Cooperativa	PI	AC RN SC	AP
Coordenada/conflictiva		RO PE	
Conflictiva			AL
Indefinida		PA BA RJ GO	AM, RR PB

# Discussão

- A regionalização em saúde nos estados brasileiros evidencia mudanças importantes no exercício de poder no interior da política de saúde, que se traduz por:
  - introdução de novos atores (governamentais e não governamentais), objetos, regras e processos, orientados por diferentes concepções e ideologias;
  - relevância das SES na condução da regionalização, revalorização e fortalecimento das suas instâncias de representação regional;
  - criação de novas instâncias de pactuação e coordenação federativa no plano regional (CGR) com incorporação de municípios, maior comprometimento dos municípios pólo e dos representantes regionais das SES;
  - revisão das formas de organização e representatividade dos COSEMS e das CIB;
  - revisão dos acordos intergovernamentais estabelecidos no processo de descentralização.
- Desafios relacionados à governança do processo de regionalização.

# Discussão

- Os resultados sugerem ganhos de institucionalidade do processo de regionalização em contextos histórico-estruturais e político-institucionais desfavoráveis, entretanto, tais dificuldades comprometem maiores avanços e a sustentabilidade da política desenvolvida em muitas regiões.
  - Há necessidade de fortalecimento do enfoque territorial no planejamento de modo a integrar a atenção à saúde aos investimentos (federais, estaduais e municipais), às ações de fomento ao complexo industrial da saúde e à política de ciência e tecnologia no SUS.
- A preponderância da lógica organizativa (redes e fluxos) e setorial enquanto objeto central da regionalização sugere certo reducionismo da concepção de “regiões de saúde”.
  - Há necessidade de promover um enfoque mais integrado das políticas sociais e econômicas e de articulação dos diversos campos da atenção à saúde no território.

# Discussão

- Observa-se diversidade dos condicionantes e dos modelos de regionalização nos estados, associada à fragilidade de alguns resultados.
- Há necessidade de valorização, atualização e diversificação das estratégias e instrumentos de indução e coordenação nacional da regionalização, que envolvem, entre outros:
  - **as estruturas de pactuação federativa em âmbito nacional (ex: CIT);**
  - **a criação de novos mecanismos de apoio aos processos;**
  - **a lógica do financiamento do SUS;**
  - **a construção de abordagens diferenciadas segundo os modelos de regionalização identificados nos estados;**
  - **a construção de políticas específicas voltadas para a região Norte do país;**
  - **o fortalecimento do planejamento e da regulação nas diferentes esferas de governo e no âmbito regional (estruturas regionais das SES, CGRs).**

## Apresentação dos resultados

V. III. Tipologia dos departamentos e regiões de saúde

V. III. Tipologia dos departamentos e regiões de saúde

A tipologia dos Departamentos de Saúde (DRS) foi estabelecida a partir do fluxo das interações entre eles em quatro grupos. A seguir, por meio da proporção de médicos com vínculos no SUS e a proporção de beneficiários de planos de saúde no departamento, foi possível refinar a tipologia obtida em cinco tipos de departamentos.

# Tipologia de regionais

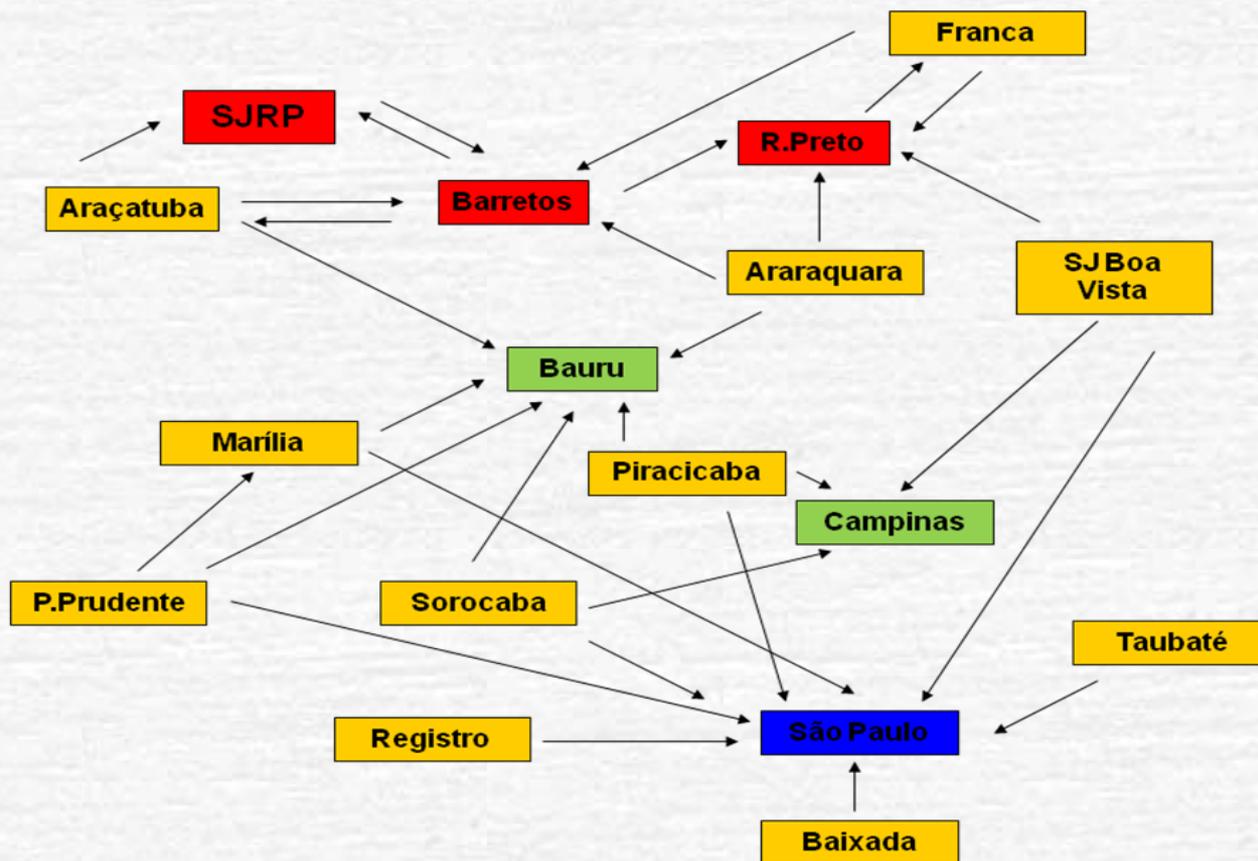
A partir dos resultados do índice de eficácia os departamentos de saúde foram divididos em grupos segundo a origem da invasão/evasão. Para fins de elaboração dos fluxos de evasão/invasão consideraram-se apenas percentuais superiores a 10%, tanto de evasão quanto invasão. Como resultado criou-se:

- ❧ **G1 – Grande São Paulo:** Recebe invasões de praticamente todos os departamentos. Sua área de influência direta é Baixada Santista, Sorocaba, Taubaté e Registro, que corresponde a Megametrópole.
- ❧ **G2 Centros de atração regional I:** composto por Bauru e Campinas, caracteriza-se por apresentar uma área de abrangência maior. Não se apresenta como uma rede, mas sim como centros isolados. Para alguns departamentos são o local de procura antes da Grande São Paulo
- ❧ **G3 – Centros de atração regional II:** rede composta por Barretos, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto responde pelo movimento da região Noroeste do Estado (Franca, Araraquara e São João da Boa Vista). Destes locais não há uma evasão significativa para São Paulo
- ❧ **G4 – Demais:** apresentam maiores evasões em relação às invasões

A tipologia de Saúde para as Regiões de Saúde (RS) se baseou na razão entre as interações de residentes e o total das interações para as RS que não são pólos regionais. A partir dessa razão foram gerados quatro grupos: Pólo I, Pólo II, Pólo III e Demais (gráfico 2).

- ❖ **Grupo 1** (*Regiões Pólos do tipo I*): São Paulo, Campinas e Baixada Santista e caracterizam-se como sede de regiões metropolitanas (razão mediana de 0,90, mínima de 0,82 e máxima de 1,03).
- ❖ **Grupo 2** (*Regiões Pólos do tipo II*): 13 regionais de saúde que se caracterizam por apresentar razão de interação mediana de 0,93, mínima de 0,87 e máxima de 1,02.
- ❖ **Grupo 3** (*Regiões Pólos do tipo III*): 5 regionais de saúde que se caracterizam por apresentar razão de interação mediana de 0,80, mínima de 0,72 e máxima de 0,84.
- ❖ **Grupo 4** (*Demais regiões*): as 43 restantes apresentam evasão de interações com razão de interações mediana de 1,14, mínima de 1,00 e máxima de 1,51.

# Departamentos Regionais de Saúde, segundo Fluxos de Internações. SP. 2005.



Site com resultados da pesquisa (incluindo base de indicadores):  
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/index.php>

**Artigo já publicado:**

**Viana AL, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n.5, p. 2317-2326, 2010.**

**Livro:**

**Viana AL, Lima LD (Orgs.) et al. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, no prelo.**

Os cinco grupos gerados podem ser caracterizados tanto segundo os indicadores socioeconômicos como de saúde como:

- **Grupo 1:** composto por 16 regionais localizadas no interior do Estado que possuem em 2007 aproximadamente 3,4 milhões de pessoas e 161 municípios. Essas regionais se caracterizam por apresentar municípios que apresentam níveis baixos e médios no indicador de longevidade do IPRS, que concentram população com baixos níveis de renda (IPVS 5) e atividade econômica concentrada na agropecuária. Em termos de saúde, pertencem basicamente a departamentos de saúde classificados como G4 (que registram evasão de internações) e apenas dessas regionais se caracterizam como pólo de saúde em relação às internações.
- **Grupo 2:** composto por 7 regionais localizadas no entorno expandido na Região Metropolitana de São Paulo (RSMP), agregam 6,9 milhões de pessoas e 46 municípios. Caracterizam-se por apresentar níveis baixos no indicador de longevidade do IPRS 2004 e concentrar população em áreas classificadas como muito vulneráveis a pobreza (IPVS 6), os municípios pertencentes a essas regionais caracterizam-se por serem industriais. Em termos de saúde, pertencem ao DRS da RSMP e Campinas (regional de Bragança) e todas registram evasões de internações.

- **Grupo 3:** composto por 13 regionais que englobam 13 milhões da população do Estado em 132 municípios. Nesse grupo estão as regionais com os melhores níveis no indicador de longevidade do IPRS 2004 (níveis médio e alto), apresentam população com maiores níveis de renda (IPVS 1 e 2) e economia diversificada (concentração na indústria e serviços). Em termos de saúde, praticamente todas as regionais pertencem a departamentos considerados como pólos de atração.
- **Grupo 4:** composto por 7 regionais localizadas na região noroeste do Estado agregam cerca de 900.000 mil pessoas em 82 municípios. Sua população apresenta boas condições de saúde (IPRS – longevidade em níveis médios e altos), níveis de renda baixo, quando comparado com as demais regionais e atividade econômica centrada na agropecuária.
- **Grupo 5:** composto por 20 municípios localizados no interior do Estado com 6 milhões de habitantes e 232 municípios. Apresentam bons níveis de longevidade (IPRS médio e alto), níveis de renda baixos e atividade econômica centrada na agropecuária e indústria.