

# Regionalização do SUS em Municípios Conurbados: a questão dos recursos financeiros.

Milton Marcelo Hahn\* e Áquilas Nogueira Mendes\*\*

\* Especialista em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

\*\*Docente do curso de Pós-Graduação em Economia e Gestão em Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi revisar a literatura científica acerca da regionalização da saúde nos municípios conurbados e a questão de seus recursos financeiros, buscando identificar se os mecanismos estabelecidos, as potencialidades e fragilidades que tem se efetivado nesse processo, bem como analisar os instrumentos operacionais vigentes nesse processo. Partindo-se do pressuposto que a política de saúde, definida constitucionalmente, foi orientada pelos princípios da universalidade no acesso às ações e serviços, a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único com a formação de redes assistenciais. Nessa lógica, o Sistema Único de Saúde, pressupõe a distribuição de responsabilidades, encargos e atribuições entre os entes federados, enfatizando descentralização dos serviços para os municípios. Para o estudo, valeu-se de uma revisão narrativa onde foram recuperados a partir dos critérios de localização e seleção, 8 artigos da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Em geral, os artigos analisados apresentaram metodologias diferenciadas, com variadas técnicas de coleta de dados e diferentes estudos de abordagens.

**Descritores:** Regionalização. Descentralização. Recursos Financeiros.

## ABSTRACT

## **Regionalization of SUS in Conurbated Municipalities: the question of financial resources.**

The objective of this study was to review the scientific literature on the regionalization of health in the conurbated municipalities and the question of their financial resources, seeking to identify if the mechanisms established, the potentialities and fragilities that have taken place in this process, as well as to analyze the current operational instruments in this process. Based on the assumption that the health policy, defined constitutionally, was guided by the principles of universality in access to actions and services, from a regionalized and hierarchical network, constituting a unique system with the formation of health care networks. In this logic, the Unified Health System presupposes the distribution of responsibilities, responsibilities and attributions among the federated entities, emphasizing the decentralization of services to the municipalities. For the study, a narrative revision was retrieved from the criteria of location and selection, 8 articles from the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences database (LILACS). In general, the articles analyzed presented different methodologies, with different techniques of data collection and different studies of approaches.

**Key-words:** Regionalization. Decentralization. Financial resources

## **1 INTRODUÇÃO**

O processo de regionalização tem ocupado o centro do debate no interior do Sistema

Único de Saúde (SUS) nas últimas décadas. A política de descentralização, instituída por esse sistema no seu processo de implementação e, mais acentuadamente, a regionalização, são aspectos centrais para que o SUS busque alcançar a integralidade das ações e serviços de saúde. A desigualdade na distribuição dos equipamentos de saúde é uma realidade antiga e comum nos contextos mais variados, sendo questão reconhecidamente de difícil abordagem<sup>(1)</sup>, visto que a institucionalização das regiões metropolitanas no Brasil tem suas bases na década de 1970.

Com o advento do Pacto pela Saúde de 2006, foram idealizados três instrumentos para a gestão de um sistema regional de saúde: o Plano Diretor Regional (PDR); a Programação Pactuada Integrada (PPI); e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, constituiu-se modelo oficial público de atenção à saúde no Brasil<sup>(2)</sup>. Nessa lógica, o Sistema Único de Saúde, pressupõe a distribuição de responsabilidades, encargos e atribuições entre os entes federados, enfatizando a descentralização dos serviços para os municípios, e que após à institucionalização do SUS, passou a municipalização a se constituir no eixo

condutor do processo de descentralização do sistema, onde o SUS começou a ser desenhado por Normas Operacionais. As NOBs e a NOAS estabelecem as diretrizes para a operacionalização do SUS, detalhando a legislação da saúde, e têm como tarefa consolidar o exercício das funções de gestão e do gerenciamento da instituição que disponibiliza os serviços aos seus habitantes. As Comissões Intergestora Tripartite e (CIT) e Intergestora Bipartite (CIB) incentivam o processo de descentralização, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios e fortalecendo os processos de gestão compartilhada entre as esferas.

Importante ressaltar que o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal. Baseia-se nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado<sup>(2)</sup>. Outra ferramenta de gestão relevante é a denominada Programação Pactuada Integrada PPI Assistencial, no qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos

intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde<sup>(2)</sup>.

Não menos importante o Plano Diretor de Investimento – PDI, trata-se de um instrumento de viabilização da Regionalização da Assistência a Saúde na construção de sistemas resolutivos<sup>(2)</sup>. Portanto, o PDI deve estar intimamente articulado ao processo de Programação e Pactuação Integrada – PPI, podendo sofrer alterações na medida em que a própria programação, por ser dinâmica, for repactuada. Ressalta-se que a compra de novos equipamentos pode ser substituída pela contratação de novos serviços ou pela revisão dos contratos existentes.

No entanto, não bastasse as sucessivas edições de Normas Operacionais visando regulamentar as atividades da assistência, bem como disciplinando o processo de regionalização e municipalização, permanece ainda o paradoxo acerca do conceito de regiões de saúde. A partir de 2011, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), através da Resolução nº 1, de 29 de Setembro de 2011, estabeleceu as diretrizes gerais para instituição das regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, definindo que: *“Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e*

*sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”*.

Portanto, somente em 2011 a Resolução nº1/2011 da (CIT) veio legitimar o que já definia o Pacto pela Saúde em seu bojo no ano de 2006. Também em 2011, entrou em vigor o Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8080/90 dispendo sobre o planejamento, a assistência e as relações interfederativas no SUS, e ainda que o sistema deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, trazendo critérios a serem observados pelos estados e municípios para construção das regiões e hierarquização dos serviços, utilizando como instrumento o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), o qual prevê como disposições essenciais, a identificação de necessidades, a oferta de serviços e as responsabilidades dos entes federados no que tange à regionalização<sup>(3)</sup>.

Nesse contexto da regionalização do SUS, o presente estudo concentra-se nas formas de condução do processo de descentralização setorial, a partir da seguinte questão: O que a literatura científica apresenta sobre a regionalização da saúde entre municípios conurbados e sua questão dos recursos financeiros?

## 2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, que segundo Rother<sup>(4)</sup> refere-se à “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico e conceitual”. A coleta do material bibliográfico foi realizada nos meses de novembro de 2018 a abril de 2019 e desenvolvida pela base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e foi mediada pelos descritores “Regionalização”, “Descentralização” e “Recursos Financeiros”. A definição dos descritores para a busca partiu da pergunta de pesquisa, permitindo a formulação das sintaxes para encontrar a literatura adequada a proposta do trabalho. A pergunta de pesquisa norteadora para esta revisão foi: O que a literatura científica apresenta sobre a **descentralização** do SUS, o processo de **regionalização** entre municípios conurbados e a questão dos **recursos financeiros**?

A busca bibliográfica utilizou-se da técnica de funil, combinando-se os 3 descritores relacionados ao tema e utilizando-se as sintaxes necessárias para refinar a busca, quais sejam:

### I. REGIONALIZAÇÃO

### II. DESCENTRALIZAÇÃO

### III. RECURSOS FINANCEIROS

Para cada descritor foi realizada a busca na plataforma <https://bvsa.org/> - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

O resultado inicial da busca nas bases de dados resultou em 38 artigos da base LILACS. Para análise e compreensão do conteúdo dos artigos, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Em segundo momento foram excluídos 31 artigos que atendiam aos critérios de exclusão, sendo 21 por não estarem disponíveis, 6 por repetição e 4 por não apresentarem referência direta ao objeto da pesquisa no resumo.

Como critérios de inclusão foram selecionados artigos em português, ter resumo completo na base de dados, disponíveis na íntegra, no formato eletrônico e que tratavam da regionalização do sistema único de saúde, da distribuição de responsabilidades, enfatizando descentralização dos serviços para os municípios e os impactos financeiros relacionado ao trabalho. Já os critérios de exclusão foram: artigos publicados em língua estrangeira; artigo de revisão; Tese ou Dissertação; resenhas e os artigos repetidos. Não foram definidos limites para a data de publicação

dos artigos. Neste ponto foi realizada busca de possíveis textos não incluídos nas bases científicas através do Google Acadêmico – “literatura cinzenta” –, sendo incluído 1 artigo que atendia o critério de inclusão. Após terem sido recuperadas as informações objeto deste artigo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos, não tendo ocorrido exclusão de publicações nessa etapa.

### **3 RESULTADOS**

Após todos os tratamentos nos artigos coletados, restaram somente 7 artigos, acrescido de 1 artigo selecionado através da base Google Acadêmico, conforme demonstrado no (quadro 1). Esta revisão narrativa destaca o fato de que os artigos tratam o tema regionalização sob o aspecto jurídico quanto à aplicação da legislação estruturante do SUS, cotejados por elementos de contextualização histórica e da política que abrange o período, Por sua vez, parte da literatura associa a regionalização como processos políticos, apontando distorções e desigualdades que variam entre as regiões, de um lado, e de outro apresenta a frágil regulação estatal, possibilitando o crescimento da oferta privada. Observa-se, por fim, que o processo de regionalização, não se restringe apenas a seus limites administrativos, tendo maior

complexidade frente às diferenças na concentração geográfica, populacional, política, institucional e sanitária, bem como as regiões de saúde devem ser organizadas de forma a garantir o direito da população à saúde e potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores <sup>(5)</sup>.

### **4 DISCUSSÃO**

Os artigos selecionados apresentam homogeneidade e a regularidade do corpo discursivo revisado, independente do tempo, dimensão e região analisada – e que se remete mesmo a estudos anteriores ao Pacto pela Saúde (Ver Quadro 1). Característica em certa medida esperada, até porque a indução normativa federal determina certa coesão entre a atuação dos entes, revelando dificuldades técnicas comuns.

A começar pelos municípios, antes agentes, tornaram-se principais atores do sistema. E essa organização, tendo como esfera principal o município, dificulta a oferta, resolutiva e em tempo oportuno, de ações e de serviços de saúde. Único país do mundo com esse nível de descentralização, a não diferenciação entre os entes federativos coloca-se como um elemento complicador da organização das redes de saúde no Brasil<sup>(6)</sup>, até porque, os pequenos municípios, em maioria,

dependem dos repasses do governo federal para sustentar sua estrutura de saúde.

Miranda GMD *et al*<sup>(6)</sup> defende mudanças na organização do SUS, no sentido de fortalecer regiões de saúde, capazes de responder por pelo menos 95% das necessidades de saúde do território regional e de assegurar a autonomia sanitária.

É incontroverso a importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas. Como a região de saúde é o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, permanece uma indagação: como administrar as diferenças e características própria de cada município?

Para SANTOS *et al*<sup>(7)</sup> a solução é centrar-se na constituição de uma instância unificada de gestão e de planejamento regional. Dessa forma, trabalharia com comando único regional, com controle colegiado de municípios, Estados e União.

É comum nos debates acerca da regionalização que se estabeleça um divisor pós a edição do Pacto pela Saúde, questionando a sua importância no projeto de regionalização, face as constantes ameaças pela ofensiva do capital, inviabilizando sua plena implementação. É perceptível que a política de saúde tem

sido tencionada pelos interesses do capital, ampliando-se por meio de formas de privatização, impondo obstáculos à garantia do direito universal à saúde.

Conforme resultado do estudo de caso elaborado por ALMEIDA, *et al*<sup>(8)</sup> observaram que os temas que dominaram a pauta de discussão da CIR/BA realizada no ano de 2012, em uma região de saúde do estado da Bahia, que compreende 23 municípios foram as tensões entre “*municípios da região*” versus “*município sede*”, em torno da escassez de recursos repercutindo na relação entre gestores, acirrando a lógica de “*garantir primeiro para o meu município*”, fato este que obstaculiza qualquer modelo de regionalização.

Com o advento do Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, em que ficou estabelecido o Contrato Organizativo da Ação Pública e da Saúde (COAP) e a política das Redes de Atenção à Saúde, teve-se pouca aderência por partes dos Estados. No estudo apresentado por MENDES *et al*<sup>(9)</sup>, identificou-se que maiores gastos em saúde ou a maior presença de infraestrutura da rede assistencial não coincidem necessariamente com melhores indicadores de condição de vida e de saúde, evidenciando a necessidade de se

considerar as especificidades regionais para a interpretação dos indicadores.

Diante desse cenário, no tocante ao financiamento mais recente do processo de regionalização do SUS, DUARTE *et al* <sup>(10)</sup> constataram que ao invés de representar um fator de aprofundamento da descentralização da política de saúde nacional, na perspectiva de oferecer maior autonomia municipal no uso dos recursos financeiros, significou a ampliação da transferência fragmentada e condicionada em forma de incentivo, sobretudo para ações de saúde de média e alta complexidade.

Contudo, a análise da regionalização em saúde nos estados brasileiros no contexto atual, 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), impondo enormes desafios para a governança e a atuação do Estado orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional.

Há décadas se discute sobre o manejo do consórcio público de saúde como uma ferramenta estratégica sob o aspecto da regionalização. Ao longo da história do federalismo no Brasil, esses arranjos foram previstos nas constituições brasileiras, mas ocuparam espaços de pouco destaque no que tange à organização territorial e

política no país, até porque, um dos grandes problemas das regiões de saúde são as barreiras impostas entre municípios conurbados, sejam elas físicas ou sociais.

Nesse sentido, MENDONÇA *et al* <sup>(11)</sup>, apontam que o consórcio fortalece não somente a descentralização, mas exalta a regionalização, combatendo a atomização e a sobrecarga municipal, o que favorece uma distribuição social de poder de forma mais igualitária, mas no que tange ao financiamento, há ainda o desconhecimento acerca da distribuição da totalidade do recurso gerenciado nas regiões de saúde e sua aplicação, sendo um dos entraves neste modelo de construção compartilhada.

Os artigos analisados evidenciaram que o processo de regionalização é hoje uma realidade vívida na gestão da saúde em todas as esferas de governo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às diversas realidades do país.

**Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão narrativa da literatura, extraídos da base de dados LILACS**

Autor - Ano	Metodologia	Título	Síntese do Resumo	Conclusões
<p>MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia and SILVA, Ana Lúcia Andrade da. 2017</p>	<p>Reflexão Teórica Crítica</p>	<p>O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro</p>	<p>Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), persistem importantes desafios para garantia do direito à saúde no país. Esta reflexão teórica acerca da organização do SUS foi elaborada a partir, da análise de indicadores referentes aos municípios, população, rede assistencial e financiamento do sistema de saúde e de uma fundamentação teórica crítica, porém não sistemática, orientada pelo marco conceitual da universalização, do controle social, do financiamento das necessidades e da descentralização do SUS. Os sistemas de saúde universais são considerados os que melhor respondem às necessidades da população. Entretanto, o subfinanciamento desafia sua consolidação, com um percentual quase inalterado dos gastos federais como proporção do produto interno bruto (PIB), apesar do crescimento real dos gastos totais com o setor da saúde entre 2000 e 2012, reflexo do crescimento econômico. No Brasil, o pacto federativo e a organização do SUS com base no município, na sua maioria com menos de 30 mil habitantes, dificulta a organização das redes de saúde e compromete a resolutividade do sistema, entendimento que reforça a necessidade de conformação de territórios de base populacional. Esses são desafios que precisam ser enfrentados e que exigem o resgate dos ideais do Movimento Sanitário Brasileiro. O momento exige uma ação de resistência, em defesa do SUS, para assegurar a garantia da universalidade, indiscutivelmente a maior conquista social da população brasileira.</p>	<p>É preciso criar espaços de discussão dos principais aspectos que dificultam a consolidação do SUS, estudando as responsabilidades sanitárias e o papel das esferas de governo. Passados quase 30 anos, percebe-se que os debates devem apontar os caminhos necessários para o planejamento de políticas que superem os desafios atuais e futuros, mas que assegurem o direito social do cidadão de acesso universal à saúde. Além disso, é fundamental superar o caráter formal das normas e das diretrizes instituídas desde a implantação do SUS, promovendo a articulação entre as três esferas de governo para que atuem em um coletivo capaz de consolidar as redes de saúde e de reduzir as desigualdades que marcam a sociedade brasileira. Enfrentar o desafio do subfinanciamento do sistema de saúde, em um cenário de crise política e financeira, exige o resgate dos ideais que legitimaram o Movimento Sanitário Brasileiro. O momento exige uma ação de resistência, em defesa do SUS, para assegurar a garantia da universalidade, indiscutivelmente a maior conquista social da população brasileira.</p>
<p>SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, 2015</p>	<p>Reflexão Teórica Crítica</p>	<p>SUS Brasil: A região de saúde como um caminho a seguir.</p>	<p>A O presente artigo aborda a necessidade de regionalização da descentralização, a fim de agrupar o que esta supostamente poderia ter desmembrado. Ao revisitar as diretrizes constitucionais de descentralização, os autores propõem medidas para garantir sua segurança, além de ferramentas administrativas que permitem a formação de regiões de saúde para suprir pelo menos 95% das necessidades de</p>	<p>Conclui-se que a única forma de o SUS ser nacional é regionalizá-lo e dar à região de saúde todos os instrumentos necessários para uma gestão compartilhada, interfederativa e responsável.</p>

			<p>saúde do território regional, para garantir a independência sanitária. Os autores sugerem soluções que incluem o estabelecimento de instituições corporativas regionais e associativas resultantes do agrupamento dos institutos federativos que operam na área da saúde. Os autores também afirmam o que não funcionou no Sistema Único de Saúde (SUS), devido a erros que se originaram nas melhores intenções, como também o oportunismo que esses erros geraram. Os autores defendem a necessidade de trazer respostas judiciais e administrativas a um SUS de caráter interfederativo, tanto na gestão, que requer algum compartilhamento, como também no financiamento, que também permanece interdependente.</p>	
<p>PIMENTA, Aparecida Linhares. 1993</p>	<p>Intervencionista/Ação</p>	<p>O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta.</p>	<p>A maneira como cada Município brasileiro entendeu e assumiu as novas atribuições em relação à Saúde, previstas na Constituição de 1988, foi extremamente diversificada, e dependeu de vários fatores, entre eles a experiência com as mudanças mais recentes vividas pela saúde no Brasil, ou seja: as Ações Integradas de Saúde - AIS e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. Faremos uma breve análise das AIS e do SUS o que, a nosso ver, facilitará a análise de implantação do SUS e a municipalização. Esta análise tem como referência básica a experiência vivida em uma Prefeitura Municipal, que se empenhou profundamente no sentido de assumir a responsabilidade de promover e cuidar da saúde de seus munícipes.</p>	<p>As adversidades que enfrentamos durante este período foram gigantescas, e exigiram muita vontade política para continuarmos lutando pela construção de sistemas locais de saúde verdadeiramente públicos, democráticos e resolutivos. E existem experiências concretas em várias cidades brasileiras demonstrando que a municipalização pode representar melhoria efetiva na qualidade de vida dos cidadãos. E são estas experiências que nos dão força para continuarmos lutando, luta esta que significa não só participação em um governo municipal que oferece condições de fazer avançar este processo, mas participando também de um movimento que congrega e organiza os municípios paulistas na luta pela implantação do SUS no nível municipal.</p>

<p>PAIM, Jairnilson Silva. 1992</p>	<p>Reflexão Teórica Crítica</p>	<p>A Reforma Sanitária e a municipalização.</p>	<p>O artigo ressalta a municipalização dos serviços de saúde como um dos componentes da agenda política do setor na presente conjuntura, embora questione as formas vigentes de sua implementação. Tem como objetivo indicar políticas e estratégias de municipalização mais coerentes com o projeto da Reforma Sanitária, sem subestimar a heterogeneidade dos municípios brasileiros. Reconhece as competências dos municípios, segundo a Lei do Sistema Único de Saúde, como "imagem-objetivo" para a formulação de políticas. Nesse sentido, propõe o estabelecimento de mecanismos de ausculta e de negociação junto aos municípios para a definição de prazos e de apoios técnico e financeiro visando o pleno cumprimento de tais competências e o repasse automático dos recursos. Após discutir certos obstáculos para uma municipalização identificada com a Reforma Sanitária, o Autor convida aos que investem política e tecnicamente na democratização da saúde a participarem dos esforços de construção de distritos sanitários que permitam a implantação de modelos assistenciais alternativos e a reestruturação das práticas de saúde.</p>	<p>Esta posição em defesa da descentralização ampliada distancia-se de muitos dos argumentos "municipalistas" que usam a noção de descentralização para que a gestão, os serviços e os recursos sejam transferidos para a Prefeitura sem avançar para os locais onde se realizam as práticas de saúde. Assim, a forma de municipalização, limitada à transferência parcial da gestão ao município mas sem mudança do paradigma é a que tem sido privilegiada pelo governo federal. As críticas contra tal iniciativa, no entanto, têm-se concentrado nos critérios de repasse de recursos, nos atrasos e valores das parcelas de pagamentos, no excesso de formulários e de "burocracia" e na ilegalidade e inconstitucionalidade das portarias.</p>
<p>ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; SANTOS, Valdomiro da Paixão; SILVEIRA FILHO, Roberto Moreira. 2016</p>	<p>Estudo de caso/qualitativo</p>	<p>Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais.</p>	<p>Este estudo tem como objetivo identificar e analisar o desenvolvimento de estratégias regionais para a integração assistencial no contexto das regiões de saúde, com especial foco no papel da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizada análise das atas e observação das reuniões de uma Comissão Intergestores Regional (CIR) no período de um ano e também onze entrevistas com gestores/gerentes municipais, regionais e estaduais do estado da Bahia. Os resultados indicam que a APS é um tema pouco frequente nas discussões da CIR, embora a região de saúde enfrente problemas em comum a outras regiões da Bahia e do Brasil como a disputa predatória por médicos e fraca coordenação do cuidado. A meta de conformação de Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela APS, ainda é um objetivo distante diante da premência de garantir acesso à atenção especializada e de urgência/emergência hospitalar na região de saúde, tema que dominou as discussões da CIR, ficando a APS circunscrita aos limites municipais.</p>	<p>No Brasil, os mecanismos de integração dos serviços e coordenação do cuidado respondem por princípios gerais (descentralização, regionalização e integralidade) e inúmeras estratégias de gestão (regiões de saúde, redes temáticas, linhas do cuidado, consórcio de saúde, redes de atenção à saúde entre outras). Os resultados do estudo indicaram que a meta de conformação de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS ainda era um tema marginal, principalmente diante da premência em garantir acesso à atenção especializada, de urgência e emergência e de atenção hospitalar – temas que dominaram a pauta de discussão da CIR. As tensões entre “municípios da região” versus “município sede” em torno da escassez de recursos repercutiam na relação entre gestores, acirrando a lógica de “garantir primeiro para o meu município”.</p>

DUARTE, Ligia Schiavon et al. 2015	Reflexão Teórica Crítica.	Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise.	Este artigo visa a contribuir com o debate sobre a política de regionalização do SUS e a constituição das regiões de saúde no Brasil. Compreendê-las pressupõe reconhecer a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual - que marca a história da saúde pública brasileira - e identificar as diferentes racionalidades que conduzem esse processo. Tais racionalidades permitem não apenas considerar o legado da municipalização no atual processo de regionalização, como também estabelecer nexos entre dois campos do conhecimento fundamentais para o debate, a epidemiologia e a geografia. A epidemiologia clínica, ao privilegiar a saúde individual, fundamenta um modelo assistencial que prioriza a otimização de recursos. O reconhecimento da saúde no seu conceito ampliado, na epidemiologia social, fundamenta um modelo de atenção voltado para os determinantes sociais. Com a geografia, podem-se formular regiões funcionais, baseadas na teoria de Christaller, ou regiões lablachianas, que reconhecem a estrutura social loco/regional, possibilitando a intervenção nos determinantes ou condicionantes da maneira de adoecer e morrer das populações.	A despeito da importância da contribuição que as diferentes racionalidades que conduzem esse processo têm, faz mister ressaltar a subordinação da saúde individual frente à saúde coletiva para a construção de uma política que busque a saúde no seu conceito ampliado. Em outras palavras, é a transformação social o objeto da política e a racionalidade do modelo assistencial que busca legitimamente o uso eficaz e eficiente dos recursos, que deve ser orientada pelos princípios doutrinários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social. Como a regionalização é um processo em curso, cabe-nos perguntar qual racionalidade prevalecerá? Será a afirmação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, que apontam para a construção de um estado de bem-estar social em que a saúde é considerada como um direito humano e constitucional? Ou o favorecimento da racionalidade da saúde como mercadoria, mantendo a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual?
MENDES, Áquilas et al.- 2015	Analítica/ Qualitativa	O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise.	Este artigo apresenta os resultados gerais da pesquisa sobre o processo de construção da gestão regional no estado de São Paulo, durante a discussão do COAP/redes de atenção, com o intuito de fornecer subsídios para a compreensão deste processo de pactuação regional da saúde, com enfoque nas regiões de saúde de Bauru, Baixada Santista, Grande ABC e Vale do Ribeira, no estado de São Paulo. Além dos resultados apresentados sobre as regiões de saúde estudadas, a metodologia utilizada no desenvolvimento da construção dos perfis das regiões constitui em si uma proposta metodológica de análise de perfis regionais de saúde. A primeira parte do artigo apresenta a metodologia geral adotada para a análise das regiões de saúde; a segunda, abrange os resultados e a discussão da pesquisa, organizados em dois itens. O primeiro destes itens refere-se à análise dos perfis das cinco regiões de saúde pesquisadas no Estado. O segundo, analisa os principais aspectos do processo de pactuação regional da saúde em São Paulo, destacando potencialidades e limites, a partir de entrevistas realizadas com gestores municipais e apoiadores do	A regionalização, mais do que um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, visando assegurar a integralidade da atenção, é uma construção política que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos.

<p>Duarte, Ligia Schiavon Mendes, Áquilas Nogueira Louvison, Marília Cristina Prado - 2018</p>	<p>Analítica/ Qualitativa</p>	<p>O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014)</p>	<p>Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo dessas regiões.</p> <p>Este artigo tem como objetivo compreender os efeitos que o financiamento das ações e dos serviços públicos vinculado às redes temáticas de atenção à saúde tem sobre as transferências de recursos federais para o Fundo Municipal de Saúde no interior do Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), no sentido de identificar em que medida a implementação dessas redes restringiu a autonomia dos entes municipais e quais foram prioritárias com relação ao volume de recursos efetivamente transferidos. De forma geral, indaga-se se as transferências vinculadas às redes temáticas significaram um acréscimo aos recursos do Bloco MAC, mantendo assim preservada a parcela de uso mais autônomo dos entes municipais.</p>	<p>Uma das primeiras constatações dos efeitos que o financiamento das ações vinculadas às redes temáticas tem sobre as transferências de recursos para os FMSs paulistas no interior do Bloco MAC é a ampliação das transferências na forma de incentivos (recursos ‘carimbados’). Foi possível verificar que o Teto do Limite Financeiro, mais coerente com a lógica de repasse global, perde importância, tanto relativa como absoluta, ao mesmo tempo que aumenta os recursos direcionados às estratégias vinculadas às redes temáticas a partir de 2012. Ou seja, ainda que se observe o crescimento de recursos no Bloco MAC no período 2012-2014, em comparação com o período 2009-2011, de forma concomitante, verifica-se a diminuição dos recursos para o Teto do Limite Financeiro. Foi possível constatar, também, que a maior parte desses recursos foi direcionada para a Rede de Atenção à Urgência. Ainda que, ao longo do tempo, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede Cegonha e a Rede Viver Sem Limites também ampliem suas participações no total dos recursos transferidos, juntas, não atingem o recurso direcionado à RAU. O montante de recursos direcionados à RAU ganha relevância quando se observa que um dos principais componentes dessa linha de cuidado é o Samu. Haja vista que esse já era objeto de incentivos no Bloco MAC no período anterior à implementação das redes temáticas, e se mantém no período posterior, depreende-se daí que, com relação à parte considerável dos incentivos voltados às redes temáticas no estado de São Paulo, observa-se a ratificação de uma estratégia de atenção que já operava no período anterior. Tais constatações sugerem que, ao invés do financiamento das redes temáticas trazer novos recursos para a promoção de transformações nas formas de organização assistencial de caráter regional até então vigentes, ele reforça os modelos de atenção hegemônicos no Brasil, quais sejam: o médico-assistencial e o sanitário, que não privilegiam os determinantes mais gerais da situação de saúde da população. Junta-se a isso o fato de o</p>
--	-------------------------------	--	--	--

			<p>financiamento das redes ter redirecionado recursos que, outrora, possibilitavam maior autonomia do ente municipal, ou seja, que, em alguma medida, permitiam aos atores locais o planejamento e a programação das ações de saúde a partir do reconhecimento dos problemas de saúde da população. Mais especificamente, que permitiam o reconhecimento dos elementos endógenos à localidade. Depreende-se daí que o financiamento mais recente do processo de regionalização do SUS, ao invés de representar um fator de aprofundamento da descentralização da política de saúde nacional, na perspectiva de oferecer maior autonomia municipal no uso dos recursos financeiros, significou a ampliação da transferência fragmentada e condicionada em forma de incentivo, sobretudo para ações de saúde de média e alta complexidade</p>
--	--	--	---

## 5 CONCLUSÃO

O presente artigo teve como objetivo analisar as publicações científicas que tratam do processo de regionalização em razão da importância para efetivação do acesso aos serviços de saúde. É fato que processo de regionalização é uma realidade que faz parte de todas as esferas de governo e com grandes desafios frente às diferentes realidades do país.

Embora já consolidado, o processo de regionalização tem o viés de facilitar a implantação/implementação de redes de assistência. Contudo, os gestores ainda encontram empecilhos na pactuação destas em instâncias de gestão compartilhada.

A análise das discussões dos achados evidenciou a complexidade para a articulação e cogestão entre os municípios, comprometendo assim, o fortalecimento do processo de regionalização em saúde. Foram reveladas lacunas que comprometem a operacionalização das comissões intergestores regional e apontou-se desafios para se alcançar a eficiência do processo de regionalização dos serviços de saúde.

Considerando a regionalização, enquanto processo político, que afeta a distribuição de poder local, a análise dos autores tem sido a de entender o papel do sistema de governança para garantir a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais<sup>(12)</sup>.

Neste estudo, restou claro a existência de um atraso no processo de regionalização do SUS no Brasil, sucumbindo à condição de resolver os sistemas locais de saúde, e o resultado foi um acirramento na busca por

recursos, individualmente, pelos municípios, distanciando a construção de uma rede cooperativa e interdependente.

Esta pesquisa revelou a importância do processo de regionalização em especial na área da saúde e deve ser compreendida como uma importante ferramenta de gestão na organização do sistema de saúde de tal maneira que garanta uma alocação eficiente da assistência dos cuidados em saúde.

Segundo os pesquisadores, MENDE *et al*<sup>(9)</sup> avaliaram que a regionalização, mais do que um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, visando assegurar a integralidade da atenção, é uma construção política que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos.

## REFERÊNCIAS

1. Mello GA, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1291–310.
2. Ministério da Saúde. de Saúde Sistema único Instrumentos de gestão.
3. BRASIL. Decreto 7.508 de 29 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS O, planejamento da saúde a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. BRASIL. 2011.
4. Frp D, Gh RR, Whrulfdqwh I, Ghwhuplqgr XP, Hv U, Txh V, et al. Revisão Sistemática x Narrativa. :6–7.
5. Baptista TW de F. Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(1):202–3.
6. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva ALA da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde Universal e resolutivo no pacto federativo Brasileiro. *Saude e Soc*. 2017;26(2):329–35.
7. Santos L, Campos GW de S. SUS Brasil: A região de saúde como caminho. *Saude e Soc*. 2015;24(2):438–46.
8. de Almeida PF, dos Santos AM, Santos V da P, Silveira Filho RM. Integração assistencial em região de saúde: Paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saude e Soc*. 2016;25(2):320–35.
9. Mendes Á, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São: Subsídios para a análise. *Saude e Soc*. 2015;24(2):423–36.
10. Duarte LS. A INSERÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE NA REDE URBANA: UM ESTUDO DA DINÂMICA SOCIOECONÔMICA PAULISTA (2002 e 2012). *Rev Bras Geogr Médica e da Saúde*. 2017;13(6):67–72.
11. Mendonça FF, Andrade SKAV. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. *Redes*. 2018;23(3):206.
12. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2013;