



Textos para Discussão

CONDICIONANTES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Desafios e Recomendações para o Planejamento e a Gestão
Territorial do SUS no Horizonte dos Próximos 20 Anos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Dilma Rousseff

Ministro da Saúde
Arthur Chioro

Secretaria-Executiva
Ana Paula Menezes Sóter

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Paulo Gadelha

Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Renata Macedo Pereira

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com apoio financeiro do Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L732c Lima, Luciana Dias de

Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil : desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos / Luciana Dias de Lima. – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

16 p. – (Textos para Discussão ; n. 15)

Bibliografia: p. 14-16.

1. Regionalização da Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. I. Fundação Oswaldo Cruz. II. Título. III. Série.

CDU 614.39(81)

Textos para Discussão
Nº 15

CONDICIONANTES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Desafios e Recomendações para o Planejamento e a Gestão
Territorial do SUS no Horizonte dos Próximos 20 Anos

Luciana Dias de Lima

Texto apresentado no Seminário Brasil Saúde Amanhã: Horizontes para os próximos 20 anos,
realizado nos dias 17 e 18 de setembro de 2015, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, Novembro de 2015

AUTOR

Luciana Dias de Lima

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro edoutorado (2006) em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É pesquisadora titular do Departamento de Administração ePlanejamento em Saúde e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública no âmbito do mestrado e doutorado, naEscola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz. Co-Editora Chefe da revista Cadernos de Saúde Pública e Bolsista de Produtividade do CNPq.

SUMÁRIO

Introdução	7
Condicionantes da Regionalização da Saúde	8
Diretrizes e Recomendações para o Avanço da Regionalização	13
Referências Bibliográficas	14

CONDICIONANTES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Desafios e Recomendações para o Planejamento e a Gestão Territorial do SUS no Horizonte dos Próximos 20 Anos¹

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a regionalização se evidencia como instrumento de atuação do Estado, envolvendo a definição de recortes espaciais para fins de planejamento e gestão territorial de políticas públicas (RIBEIRO, 2004). Nesse processo, observa-se a utilização de diferentes critérios para identificação e desenho de regiões, em função de uma série de fatores que modelam a ação estatal, das concepções e objetivos do projeto pretendido, e das peculiaridades das políticas em contextos socioeconômicos específicos.

Na saúde, a regionalização se expressa na trajetória de conformação de sistemas públicos, constituídos em bases universais ou securitárias, com o objetivo de promover o uso mais eficiente dos recursos no território, ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção (KUSCHNIR e CHORNY, 2010). A experiência internacional sugere que em países como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, a regionalização articulou-se a processos de descentralização que possibilitaram a organização e integração de ações e serviços, de modo associado à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias e estruturas de gestão regionais (SALTMAN; BANKAUSKAITE; VRANGBAEK, 2007). De modo geral, foram conferidas atribuições limitadas a governos locais, enquanto níveis regionais, vinculados aos entes estaduais (províncias, *länder*, cantões, estados, etc.) nas organizações federativas, expandiram suas funções de planejamento e gestão nas políticas de saúde.

Destaca-se, ainda, que a noção de rede regionalizada de atenção à saúde encontra-se presente na conformação de sistemas universais (KUSCHNIR e CHORNY, 2010). Nesses sistemas, observam-se esforços para correlacionar níveis assistenciais (ou uma determinada capacidade de resposta do sistema de saúde) a recortes regionais, visando a provisão de serviços a toda uma população de uma dada região (LIMA et al., 2012 a).

Nesse texto para discussão, produzido no âmbito da iniciativa Brasil Saúde Amanhã, procuro argumentar, a partir de pesquisas diversas sobre o tema, sobre a complexidade da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que dificilmente encontra ressonância na experiência europeia ou da América do Norte (Canadá) de implantação de sistemas universais. Em nosso país, esse processo é condicionado por fatores de natureza histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural que não se (re)produzem nos países centrais.

¹ Esse texto é fruto de uma série de pesquisas e reflexões sobre o tema da regionalização da saúde no Brasil, desenvolvidas em parceria com pesquisadores da Fiocruz e de outras instituições acadêmicas em que se destacam Ana Luiza d'Ávila Viana, Cristiani Vieira Machado, Mariana Vercesi de Albuquerque, Fabíola Lana Iozzi, Adelyne Maria Mendes Pereira, Ana Paula Santana Coelho, Roberta Gondim de Oliveira, João Henrique Gurtler Scatena e Guilherme Arantes Mello.

A complexidade da regionalização do sistema público de saúde no Brasil na atualidade exige um olhar ampliado e a construção de uma abordagem própria para compreensão desse fenômeno, que transcende os aspectos meramente organizacionais e administrativos relacionados ao setor, frequentemente presentes nos estudos e proposições sobre o tema no campo da Saúde Coletiva.

Os condicionantes da regionalização estão associados a quatro eixos de determinação fortemente inter-relacionados que incidem sobre o modo como esse processo se expressa na saúde: (1) a desigualdade e a diversidade territorial do país; (2) a abrangência e as distintas lógicas territoriais observadas na atuação do Estado e na organização da atenção à saúde; (3) a multiplicidade de atores que exercem funções de financiamento, gestão e prestação de ações e serviços em âmbito regional; (4) as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais.

Os principais fatores relacionados aos eixos de determinação da regionalização do SUS são descritos a seguir, sendo fundamental sua consideração para o processo de planejamento e o aprimoramento de estratégias e instrumentos da gestão territorial do sistema de saúde no horizonte dos próximos 20 anos. Por fim, são feitas algumas recomendações de mudanças no arranjo político-institucional do SUS para o avanço da regionalização enquanto instrumento de política pública no Brasil.

2. CONDICIONANTES DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Quatro eixos de determinação incidem sobre o modo como a regionalização se expressa na saúde. Em primeiro lugar, é preciso considerar que os fatores e elementos de diferenciação regional no Brasil são diversos e se expressam nos diferentes ‘usos do território’ ao longo do tempo e no espaço (SILVEIRA, 2011).

Araújo (2013) sugere que as principais heranças da ocupação humana e econômica do País estão relacionadas a: forte concentração nos espaços litorâneos, herança do período colonial e do modelo primário exportador, que concentrou a população, as cidades e as bases produtivas no litoral brasileiro; diversidade regional, dada a estruturação do desenvolvimento em seis biomas diferentes e doze grandes bacias hidrográficas, gerando complexos econômicos diversos que deixaram marcas profundas; desigualdade regional, que se ampliou com a industrialização, apesar de ter criado um forte mercado interno ao longo do século XX.

Entretanto, transformações econômicas, demográficas e sociais iniciadas em décadas passadas do século XX se acentuaram no início do século XXI, repercutindo nas dinâmicas territoriais e nos padrões de diferenciação regional. Observa-se uma importante desconcentração econômica, com impactos regionais diferenciados, resultado de ações direcionadas para regiões específicas no período de 1950 a 1970, e de políticas setoriais (de corte econômico e social), também denominadas como políticas implícitas de desenvolvimento regional nos anos 2000 (ARAÚJO, 2013).

Outra alteração relevante desde meados do século XX é a urbanização, que está associada à concentração de muitas pessoas nas cidades. No Brasil, a virada mais significativa na relação urbano-rural ocorreu a partir da década de 1940: a parcela de população urbana salta de 31%, em 1940, para 58%, em 1970. Nas décadas seguintes, a proporção da população urbana continuou a aumentar, alcançando 84% da população brasileira em 2010.

Esse processo expressou características do modelo de desenvolvimento hegemônico na história do País, concentrador de renda e gerador de desigualdades sociais. Além disso, esteve bastante associado à concentração da população em metrópoles e regiões metropolitanas, que atualmente compreendem cerca de 44% da população brasileira.

Ressaltam-se, ainda, os movimentos migratórios internos que se acentuaram no período recente, repercutindo no adensamento populacional de regiões historicamente pouco ocupadas e na tendência de estagnação ou mesmo redução de outras, com crescimento das cidades médias e grandes. Ressalte-se que, entre 2000 e 2010, segundo dados do IBGE (2010), houve um maior crescimento dos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes (taxa de crescimento médio anual de 2,05%), seguidos pelos municípios de mais de 500 mil habitantes (taxa média anual de 1,79%).

Dadas as quedas nas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida das últimas décadas, o crescimento populacional observado em muitos municípios tem sido influenciado pelos movimentos de migração. O efeito desses movimentos é bastante heterogêneo no território nacional, atingindo de forma diferenciada municípios, estados e regiões.

Esses fatos podem ser condensados na atual configuração regional do Brasil, caracterizada por: regiões de intensa concentração (e circulação) populacional, de atividades econômicas e de serviços sociais, *versus* regiões de rarefeita densidade demográfica e baixo dinamismo econômico; regiões caracterizadas por dinâmicas singulares com grande diversidade interna como a Amazônia Legal (60% do território; 9 estados) e as áreas de fronteira internacional (27% do território), e; importantes desigualdades regionais que demarcam e ainda dividem o eixo Norte-Sul do País.

Essas diferentes dinâmicas territoriais têm implicações para a saúde ao afetarem o padrão de ocorrência de agravos e doenças na população, a configuração do sistema (distribuição e tipo dos serviços, financiamento, planejamento e composição público-privada) e a utilização dos serviços de saúde, as exigências em termos das políticas e de modelos diferenciados de organização da atenção, os graus de efetividade e eficiência de seus resultados.

Em segundo lugar, destacam-se as especificidades do sistema de saúde, que trazem desafios próprios para a incorporação da dimensão territorial na política (GADELHA et al, 2009). Uma das suas características é o alto grau de interdependência entre serviços, instituições e áreas da política pública que atuam no setor da saúde. Para compreender a dinâmica setorial, é importante considerar as distintas lógicas de organização das ações e serviços de saúde e seus diferentes campos de atuação, que conferem uma institucionalidade própria ao sistema, com repercussões sobre o território e sobre as possibilidades de consideração da lógica territorial na condução da política de saúde.

Cabe assinalar que a política de saúde tem sido conduzida de forma fragmentada pelos diferentes níveis de governo, com coexistência e tensões entre as distintas lógicas de estruturação das políticas, que podem ser organizadas segundo critérios diversos: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, urgência e emergência), níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), destinação das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde (Programa Saúde da Família).

Tais lógicas se expressam nos processos de formulação de políticas, planejamento, organização e financiamento das ações, com variadas implicações para a dimensão territorial. Por um

lado, isso se dá porque a população, os problemas e os serviços de saúde se distribuem de forma desigual no território. Por exemplo, a maior parte da população indígena vive nas regiões Norte e Centro-Oeste; a população idosa é mais expressiva nas regiões Sul e Sudeste; mais de 90% dos casos de malária ocorrem na Amazônia Legal; os serviços de alta complexidade nos estados do Norte e Nordeste estão bastante concentrados nas capitais. Por outro, face à necessidade de conformação de um sistema integrado de saúde, as lógicas de estruturação de ações com distintos níveis de complexidade têm implicações para a abrangência e escala espacial do processo de planejamento, da realização de investimentos e da implementação das políticas.

De fato, há fortes especificidades nos distintos campos de atuação do Estado na saúde que possuem implicações para a questão territorial. Em que pese as dificuldades conceituais e operacionais subjacentes à sua delimitação, cinco campos principais, propostos por Machado (2007), podem ser considerados na saúde: assistência à saúde (inclui a regulação da assistência médica suplementar); vigilância epidemiológica e controle de doenças; vigilância sanitária; desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde; formação e gestão de recursos humanos para a saúde. Esses cinco campos, representados na atual estrutura administrativa do Ministério da Saúde, possuem fortes peculiaridades, lidando com a questão regional de forma diferenciada.

A complexidade, a variedade e as especificidades dos campos de atuação em saúde e das lógicas de organização de suas ações imprimem à saúde uma institucionalidade setorial própria e sólida, que pode em alguns momentos dificultar o fortalecimento de uma perspectiva territorial mais integradora.

Em terceiro lugar, ressalta-se a multiplicidade de atores envolvidos no financiamento, gestão e prestação da atenção à saúde. No SUS, as denominadas 'regiões de saúde' do ponto de vista da ação governamental não estão subordinadas a uma única autoridade sanitária (ente federado) ou estrutura de gestão regional constituída no âmbito do estado. Na verdade, essas regiões constituem-se como *locus* privilegiado de negociação intergovernamental, e estão atualmente referidas à implantação de Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2011). As escalas territoriais definidas nas 'regiões de saúde' traduzem um acordo técnico-político, por vezes provisório, entre governos e gestores da saúde, em um território contíguo, refletindo diferentes projetos políticos (não necessariamente convergentes) e desiguais capacidades governativas das esferas de governo que atuam na região. Nesse processo há forte interdependência federativa na constituição de redes de atenção à saúde e os mecanismos e instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque.

A região também expressa a multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais, públicos e privados) envolvidos na condução da política de saúde em função da repartição dos esquemas de financiamento, provisão de recursos (humanos e materiais) e prestação de serviços.

A participação dos prestadores privados no SUS, por exemplo, é muito variável no território nacional, destacando-se sua preponderância na assistência hospitalar na maioria dos estados e capitais do País. As regiões Norte e Nordeste, no entanto, apresentam uma proporção mais expressiva de leitos públicos no total de leitos, cujo número absoluto ainda é considerado insuficiente para o atendimento da população, principalmente na primeira.

Destaque-se que as modalidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente no País. Embora a maioria da população resida em grandes centros urba-

nos, mais de 90% dos municípios possuem pequeno ou médio porte populacional e não agregam demanda suficiente para abrigar todos os níveis de atenção em seu território. Além disso, dispõem de limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas. Na maior parte das vezes, administram apenas estabelecimentos de atenção básica ou com baixa densidade tecnológica.

A oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS, bem como a provisão de insumos (formação, pesquisa e produção), é bastante concentrada no eixo Sudeste-Sul e em algumas capitais das demais regiões, que também agregam forte participação privada no financiamento e na assistência à saúde (planos e seguros privados de saúde) para parcela significativa da população de média e alta renda do país que reside nesses territórios.

Outro fator diz respeito à forma como foi moldada a descentralização no SUS. No Brasil, observa-se um descompasso entre os processos de regionalização e descentralização no processo de implementação do SUS (LIMA et al., 2012 b). A descentralização do SUS nos anos 1990 refletiu projetos econômicos e sociais de ideologias e finalidades distintas (RIBEIRO, 2009), acoplando-se ao desenho federativo proposto na Constituição Federal de 1988 (VIANA, LIMA e OLIVEIRA, 2002). As relações verticais foram priorizadas, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. Mesmo considerando a concentração de poder jurisdicional (legislativo) e fiscal da função Estatal (ALMEIDA, 2007; ARRETCHE, 2009), o período é testemunha da implantação de um modelo em que milhares de governos municipais adquiriram uma atuação abrangente no campo da saúde.

Porém, a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas visando à redução da iniquidade no acesso, utilização e gasto público em saúde (VIANA, FAUSTO e LIMA, 2003).

Por sua vez, a regionalização ganha relevo no cenário nacional somente na virada dos anos 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2001 (NOAS, reformulada em nova versão em 2002) (BRASIL, 2001 e 2002), e, mais recentemente, após a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006 b; BRASIL, 2006 c; Brasil, 2009). Esse processo teve início tardio na maioria dos estados, conformando-se após sucessivos ciclos de descentralização (VIANA et al. 2008) induzidos e coordenados pela esfera federal (ARRETCHE, 2002; MACHADO, 2007), sem uma revisão adequada do papel dos governos estaduais (LIMA et al., 2010).

No processo de descentralização, diferentes acordos foram estabelecidos entre estados e municípios no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), incluindo a repartição sobre a responsabilidade de gestão das unidades públicas prestadoras de serviços. A divisão de funções respeitou, em muitos casos, a densidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde, a natureza dos serviços oferecidos (se ambulatoriais ou hospitalares) e sua abrangência (local, regional ou estadual).

Como consequência, os resultados da descentralização da saúde no Brasil são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais. As características dos sistemas descentralizados de saúde refletem diferentes capacidades financeiras e organizacionais para a prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (SOUZA, 2002).

Verificam-se problemas relativos à desintegração territorial de instituições, serviços e práticas, e dificuldades para a conformação de arranjos cooperativos entre os governos que garantam o acesso integral à saúde (CAMPOS, 2006).

Na condução da política de saúde em âmbito regional, também se destaca a autonomia relativa dos prestadores (incluindo os profissionais) na execução de ações e serviços. A fragilidade da regulação exercida pelo Estado e a forte influência da categoria médica nas decisões sobre as regras que incidem sobre o exercício da profissão, a formação e o mercado de trabalho em saúde, aumentam a força dos interesses corporativos na política pública.

Depreende-se que a condução da política de saúde na região reflete as relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre múltiplos agentes que operam segundo interesses diversos (lógica mercantil, corporativa, pública ou do direito à saúde). Tais interesses podem estar organizados e direcionados segundo objetivos comuns (negociados), de modo a assegurar (ou não) a universalização do direito à saúde, sendo que há grande diversidade regional, no que tange à condução da política de saúde no território nacional.

Em quarto lugar, evidenciam-se as dificuldades de correlação entre as múltiplas escalas regionais configuradas pela distribuição da oferta, uso de serviços, atuação e acordo político dos atores regionais (as 'regiões de fato'), daquelas identificadas para fins de planejamento e gestão territorial da política de saúde (as 'regiões como ferramenta') (RIBEIRO, 2004).

Essas dificuldades estão relacionadas: aos 'vazios assistenciais' que se apresentam de modo significativo no território (SANTOS et al., 2014); à forte interdependência entre os municípios e regiões no território nacional (evidenciada pelos fluxos de deslocamento para atendimento) (VIACAVA et al., 2014); às descontinuidades do território associadas às áreas de abrangência constituídas pelos deslocamentos dos usuários (MAGALHÃES et al., no prelo); à existência de uma circulação intensa de médicos no âmbito inter e intrarregional (SEIXAS et al., 2015).

Nesses últimos anos, percebem-se tentativas da política de saúde no sentido de articular os recortes territoriais para fins de planejamento aos espaços de negociação e pactuação federativa em âmbito regional (as CIR). Entretanto, nem sempre esse processo permite o fortalecimento do enfoque territorial no planejamento em saúde nos diversos âmbitos governamentais. Além disso, as características do arranjo federativo brasileiro e as restrições impostas pelos limites regionais associados aos acordos intergovernamentais no SUS embotam a capacidade do olhar sobre os múltiplos determinantes da configuração regional na saúde.

Por sua vez, fez-se necessário considerar as repercussões dos arranjos híbridos, públicos e privados (formas de organização da administração pública e privada na saúde, com e sem fins lucrativos) na gestão e prestação dos serviços de saúde, na condução da política de saúde (VIANA et al., 2015). Na saúde, a discussão dos mecanismos gerenciais acabou se sobrepondo à questão da região em si (BALBIM e CONTEL, 2013; DUARTE, CONTEL e BALBIM, 2013) ou do próprio planejamento como função essencial do Estado. Isso corrobora a necessidade de desenvolver diagnósticos que permitam uma articulação mais efetiva entre território e saúde nesse processo, visando alcançar maior coerência no desenho de propostas de intervenção e gestão.

3. DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES PARA O AVANÇO DA REGIONALIZAÇÃO

Pela diversidade de fatores e natureza dos condicionantes da regionalização, propõe-se seu entendimento de forma ampla. A regionalização da saúde é um processo técnico-político de múltiplas dimensões que envolve: a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em diferentes espaços geográficos (FLEURY e OUVÉRY, 2007; VIANA e LIMA, 2011); o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de ações e serviços de saúde no território (KUSCHNIR e CHORNY, 2010); a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde (VIANA et al., 2008); a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e redução das desigualdades regionais (GADELHA et al., 2009).

O avanço desse processo como instrumento de atuação do Estado, em prol do uso mais eficiente dos recursos no território, da universalização do acesso e da melhoria da qualidade da atenção, requer a consideração dos fatores relacionados aos diversos eixos de determinação da regionalização descritos anteriormente.

Contudo, diante do quadro complexo que aqui se expõe (atores públicos e privados, diversidades e desigualdades espaciais, descompassos e fragilidades do processo de regionalização, entre outros), e do contexto atual de crise política e econômica do País, faz-se necessário identificar os fatos portadores de futuro, nos cenários possíveis e prováveis no horizonte dos próximos 20 anos. Depreende-se que mudanças mais substantivas na regionalização da saúde dependem de alterações futuras no contexto mais geral subjacente a este processo expresso.

Entre as recomendações para o aprimoramento do arranjo político-institucional do SUS com reforço da regionalização no curto e médio prazo propõe-se:

1. O fortalecimento da capacidade do Estado (de intervenção pública) na condução da política de saúde nas regiões e redes de atenção, no que tange às funções de planejamento, regulação, financiamento e prestação de serviços nos diversos campos de atenção à saúde.
2. A introdução de alterações organizacionais, desenvolvimento e incorporação de tecnologias de informação no âmbito dos governos, incluindo o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde, que possibilitem a adoção de um enfoque estratégico e dinâmico no planejamento territorial.
3. A definição de uma política clara de investimentos, associada a um plano nacional de desenvolvimento regional, com o objetivo de minorar as desigualdades territoriais do sistema de saúde.
4. A elaboração de uma agenda de negociação regional, nos planos nacional e estadual, que subsidie compromissos a serem assumidos pelos gestores.
5. A formulação de propostas específicas, que visem apoiar a regionalização do SUS nos estados brasileiros, levando em consideração seus condicionantes e estágios diferenciados de implementação.

6. A valorização, atualização e diversificação dos mecanismos de negociação e pactuação intergovernamental, com:
 - a) ampliação da representatividade e do debate sobre temas de interesse regional nas instâncias federativas do SUS;
 - b) reforço da institucionalidade das instâncias federativas no plano regional (incorporação de pessoal permanente, qualificação da equipe técnica e dirigente, reforço das funções de planejamento e regulação nessas instâncias);
 - c) criação de novos arranjos de gestão em situações específicas (tais como as regiões metropolitanas, as áreas fronteiriças, as zonas limítrofes entre estados, as áreas de proteção ambiental e reservas indígenas, entre outras);
 - d) consolidação de parcerias baseadas em planos regionais de saúde formulados e acordados nas instâncias de pactuação federativa do SUS.
7. O estabelecimento de mecanismos de transferências orçamentário-financeiras entre esferas de governo no setor saúde que, por meio de indução, suplementação, redistribuição e equalização fiscal, tenham como principais objetivos:
 - a) estimular a cooperação intergovernamental;
 - b) consolidar as regiões de saúde;
 - c) garantir um financiamento adequado do SUS em nível loco-regional.

As decisões acima não são simples. Elas envolvem um processo de negociação intenso entre atores políticos do Executivo, do Legislativo e da sociedade, e um maior comprometimento das diferentes esferas de governo na gestão e financiamento do SUS. Por outro lado, abre uma agenda de pesquisas sobre o tema da regionalização, que possa gerar novos conhecimentos e apoiar o detalhamento e aprofundamento das recomendações aqui propostas.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M.H.T. O Estado no Brasil contemporâneo. In: MELO, C.R., SÁEZ, M.A. (Orgs.). **A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século 21**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 17-37.
- ARAÚJO, T.B. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In: BRANDÃO, C.; SIQUEIRA, H. (Orgs.) **Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 31-43.
- ARRETCHE, M.T.S. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, 52 (2): 377-423, 2009.
- ARRETCHE, M.T.S. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, 45(3): 431-458, 2002.

- BALBIM, R.; CONTEL, F. Região e regionalização: subsídios teóricos para o ordenamento territorial e o desenvolvimento brasileiro. In: BOUERI, R.; COSTA, M.A. (Eds.) **Brasil em desenvolvimento 2013: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2013. vol. 1. pp. 25-47.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intra-estadual**: orientações para organização e funcionamento. (Série Pactos pela Saúde, v.10). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. (Série Pactos pela Saúde, v.3). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (c).
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011, 29 jun.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 95, de 26 jan. 2001**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/01. Diário Oficial da União, 26 jan. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso. (Norma Operacional de Assistência à Saúde: Noas-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 fev. 2002 e regulamentação complementar.) Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. **Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006(a), 23 fev.
- BRASIL. **Portaria GM/MS n.699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União 2006 (b), 03 abr.
- CAMPOS, G.W.S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.
- DUARTE, L.S.; CONTEL, F.; BALBIM, R. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, R.; COSTA, M.A. (Eds.) **Brasil em desenvolvimento 2013: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2013. vol. 1. p. 147-170.
- FLEURY, S.; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (5):2307-2316, 2010.
- LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. ; BAPTISTA, T.W.F. ; PEREIRA, A. M. M. . O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M.A.; SÀ, M.C.; MARTINS, M.; BRAGA NETO, F. (Orgs.). **A gestão do SUS no âmbito estadual**: o caso do Rio de Janeiro. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-58.
- LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; ALBUQUERQUE, M.; IOZZI, F. Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 823-852 (a).

- LIMA, LD. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(11): 2881-2892, 2012 (b).
- MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, 23 (9): 2113-2126, 2007.
- MAGALHÃES, M.A.F.M.; XAVIER, D.R.; MATOS, V. **Definição de área de abrangência e denominador populacional para polos de atendimento municipal segundo fluxo de pacientes**. Relatório de Pesquisa do Projeto Brasil Saúde Amanhã, 2015. [no prelo]
- RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: LIMONAD, E.; HAESBAERT, R. & MOREIRA, R. (Orgs.) **Brasil, Século XXI**: por uma nova regionalização? Agentes, processos e escalas. São Paulo: Max Limonad, 2004.
- RIBEIRO, P.T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(3): 819-828, 2009.
- SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V. & VRANGBAEK, K. (Orgs.) **Decentralization in Health Care: strategies and outcomes**. Berkshire: Open University Press, 2007.
- SANTOS, I. S. et al. **Relatório de pesquisa sobre os recursos físicos de saúde no Brasil**. Relatório de Pesquisa do Projeto Brasil Saúde Amanhã, 2014. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/u35/ISABELA%20SANTOS%20et%20alii%20Relat%C3%B3rio%20Pesquisa%20Recursos%20F%C3%ADsicos%20da%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%202014.pdf>. Acesso em: 2 nov 2015.
- SEIXAS, P. et al. **Movimentação Médica no Brasil**. Nota técnica 2/2015. Projeto Região e Redes, 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/04/MovimentacaoMedica.pdf>. Acesso em: 2 nov 2015.
- SILVEIRA, M.L. Território usado: dinâmicas de especialização, dinâmicas de diversidade. **Ciência Geográfica**, v. XV, p. 4-12, 2011.
- SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 431-442, 2002.
- VIACAVA, F. et al. **Relatório de pesquisa sobre internações na esfera municipal**. Relatório de Pesquisa do Projeto Brasil Saúde Amanhã, 2014. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/RP%2002.pdf>. Acesso em: 5 nov 2015.
- VIANA, A.L.D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, 22 (1): 92-106, 2008.
- VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Organizadoras). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.
- VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 493-507, 2002.
- VIANA, A.L.D.; MIRANDA, A.S.; SILVA, H.P. **Segmentos institucionais de gestão em saúde**: descrição, tendências e cenários prospectivos. Textos para Discussão do Projeto Brasil Saúde Amanhã. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. 18 p. Disponível em: http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/saude%202030livro_0.pdf. Acesso em: 5 nov 2015.