

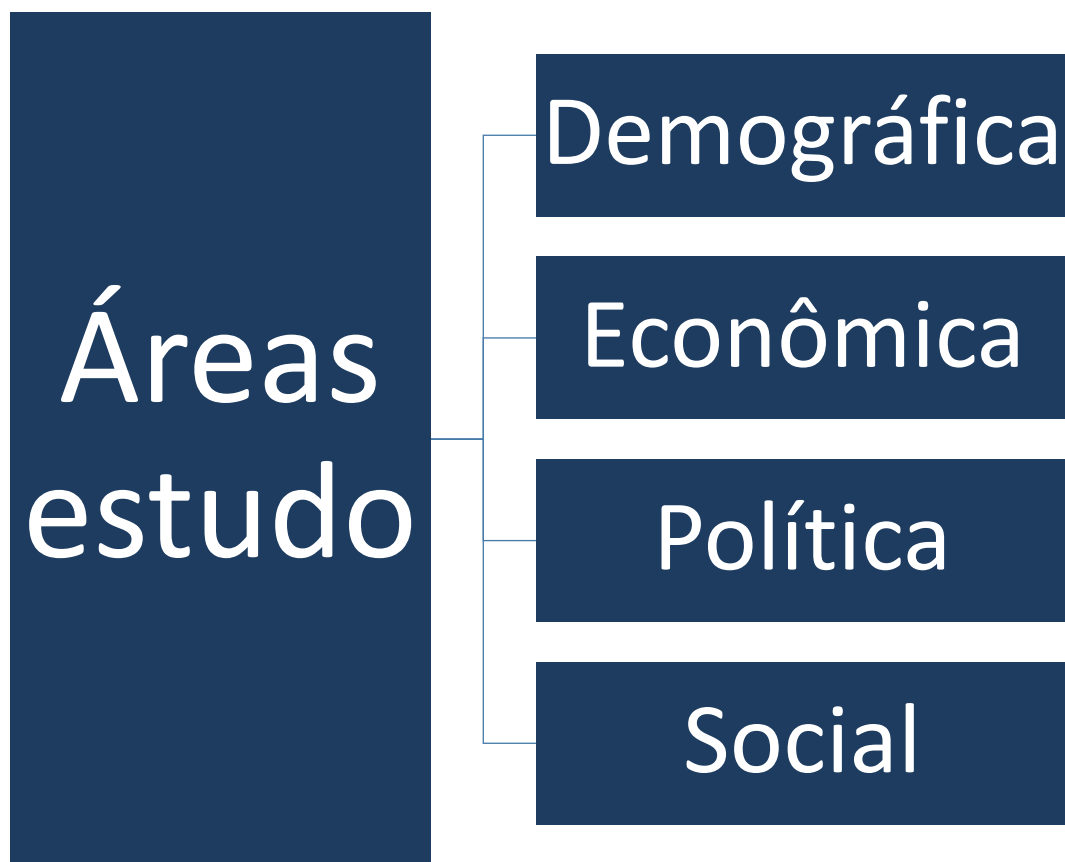
Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil



Coordenação geral: Ana Luiza d'Ávila Viana

Setembro de 2017

Condicionantes dos processos de regionalização



- Momento atual testemunha **mudanças nos fluxos de pessoas, mercadorias, mercado de trabalho, geração e disponibilidade de conhecimento** que desafiam o complexo sistema de políticas públicas e alteram as relações mercado-estado.
- Esse quadro resulta no surgimento de novas (e no fortalecimento de antigas) assimetrias dentro dos estados nacionais e entre estados.

- O desafio é responder a esses processos com políticas públicas setoriais capazes de mitigar determinadas tendências.
- Para isso, deve-se introduzir um modelo de desenvolvimento baseado em pessoas mais do que em máquinas e capital.

- Identifica formação de aglomerados populacionais para além das fronteiras municipais, expondo o quão profundas são as desigualdades econômica e a oferta de serviços no território nacional.

(IBGE, 2008)



- Outro estudo mais recente sobre a evolução da desigualdade no país confirma que, apesar de avanços em alguns indicadores, a face territorial das desigualdades ainda é a marca do Brasil

(Arretche, 2015)



- Algumas regiões do Brasil necessitam de mais recursos do que outras
- Redes urbanas carecem de políticas de ordenamento.
- Uma das medidas fundamentais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades é a formulação de um planejamento regional que combine incentivos econômicos e investimentos em serviços sociais.

- Discutir os primeiros resultados da pesquisa Região e Redes.
- Inicialmente faz-se uma breve descrição e problematização das políticas regionais nos anos recentes, em seguida discutem-se as especificidades no setor saúde e, por fim, elaboram-se algumas reflexões.

IPEA lança estudo baseado em duas vertentes de pensamento

Políticas regionais para pessoas e famílias

- formuladas pelos ministérios da área social com objetivo de redução da pobreza e da miséria

Política econômica setorial (BNDES) e regional (bancos regionais)

- objetivo de financiar demandas de capital de giro e de projetos de investimento.

(IPEA, 2017)

Visões sobre o sentido das políticas públicas no território

Abordagem de não intervenção no território
(place-neutral approach)

(World Bank, 2009)

abordagem que advoga a intervenção no
território (place-based approach)

(OCDE, 2009)

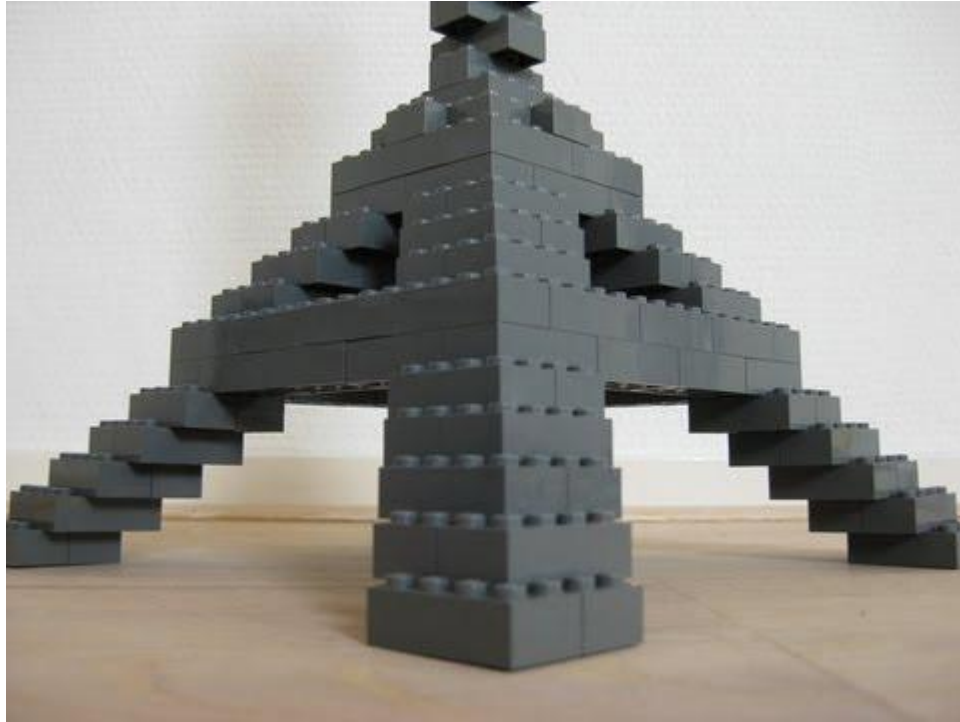
A mudança estabelecida nos patamares dos indicadores sociais, como mostram documentos de avaliação da política social (Campello e Neri, 2013; PNUD, IPEA e FJP, 2013, apud Neto AM, Brandão, CA e Castro CN, 2017), precisa ter continuidade; e uma vez alcançada a transformação, não deve sofrer recuos.

Porém, em razão de um baixo desenvolvimento institucional do Estado, são fracos ou inexistentes os esforços de coordenação de mecanismos para a criação de novos fóruns de articulação de políticas setoriais e intergovernamentais com um olhar para as regiões no Brasil.



O processo de regionalização no Brasil já percorreu longo período, considerando que foi proposto na emergência do SUS. Porém, são ainda escassos os estudos que propiciam uma visão sobre seus objetivos, condicionantes, períodos ou ciclos de implementação e sua articulação com as políticas regionais. Faltam também análises de seus impactos e de sua importância na construção de um planejamento regional em saúde.





A **regionalização** é parte de uma mudança maior que envolve governo, prestadores de serviços e usuários. Seu objetivo é uma melhor disponibilidade de serviços e ações de saúde que inibam todo tipo de desigualdade de acesso e lacunas no atendimento integral, privilegiando a economia e bom uso de recursos. Enfim, a regionalização é uma nova cultura para a prestação de saúde.



No caso das redes na política nacional de saúde, as normas caracterizam que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) são definidas por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, não existindo hierarquia entre os serviços.

- Como síntese desses dois momentos, destaca-se alguns pontos importantes:
 - paralisia de inovações na política de regionalização;
 - perda de importância dos espaços de concertação federativa;
 - crescimento da contratação indireta, seja por municípios e/ou estados;
 - maior participação dos atores ligados aos segmentos prestadores e industriais da saúde na discussão e definição dos rumos da política de saúde.

- Trabalhos recentes chamam atenção:
 - para o pouco impacto das políticas, seja no que concerne o desenvolvimento das redes regionais (Menicucci T. et al, 2017), ou a implantação do instrumento de pactuação – COAP (Moreira M. et al, 2017), e
 - para o crescimento do processo de contratação indireta para a gestão de equipamentos regionais (Viana AL. et al, 2015; Goya N. et al, 2016; Coelho VS., 2017)
- O certo é que não houve o desenvolvimento de fóruns intergovernamentais apropriados para as novas demandas do processo de regionalização e para o alinhamento das políticas de saúde nas três esferas de governo. O que deve surpreender a muitos, por se tratar justamente da marca da política social, e em específico da saúde, é o envolvimento institucionalizado das instâncias subnacionais na implementação da política (Pires RR e Gomide AD, 2016).

O processo de regionalização no Brasil

Período Nacional	Desenvolvimento regional e superávit fiscal	Desenvolvimento regional e superávit fiscal	Crise fiscal e mudança na política econômica (2015 a 2016)	Ruptura institucional Crise fiscal e crise econômica (2016 até hoje)
Marcos da política de regionalização	- Pacto pela Saúde - Portaria 4279/2010 que cria as Redes de Atenção no SUS - Regionalização e redes com emergência do planejamento regional - CGR	- Decreto 7508/2011 - Lei 141/2012 - Regionalização e redes com emergência do planejamento regional - CIR - COAP - Redes Temáticas	- Mesma diretriz sem inovação - EC 86/2015 (vinculação da despesa à RCL) alterou o modelo proposto pela EC 29/2000 (vinculação da despesa ao PIB), torna impositiva as emendas parlamentares incluindo como despesa em saúde	- Mesma diretriz sem inovação - Projeto SUS legal aprovado na CIT em 27 de janeiro de 2017, que prevê mudança no modelo de transferência de recursos fundo a fundo; dos blocos de atenção para as modalidades de custeio e de investimento
Ministros da Saúde do período	Humberto Costa (2003 a 2005), José Saraiva Felipe (2005 a 2006), José Agenor Álvares da Silva (2006 a 2007) e José Gomes Temporão (2007 a 2010)	Alexandre Padilha (2011 a 2014)	Arthur Chioro (2014 a 2015) e Marcelo Castro (2015 a 2016)	Ricardo Barros (2016 até hoje)
Fóruns processo de negociação	Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais abertos e discutidos	Negociação CIT, CONASS e CONASEMS, com conflitos mais fechados e menos discutidos	Pouco uso dos espaços de negociação e pactuação	Uso dos espaços de negociação para alteração da modalidade de repasse
Financiamento das esferas de governo	Aumento das transferências da União para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação de estados e municípios.	Aumento das transferências da união para estados e municípios, redução relativa da participação da União e aumento da participação de estados e municípios; aumento do investimento na APS (dos gastos com MAC	Contingenciamento do orçamento da União, aumento da despesa com MAC; redução dos gastos de Estados, com cumprimento das exigências mínimas legais (12% da receita corrente bruta) e aumento dos gastos municipais.	Contingenciamento dos gastos com saúde por parte das três esferas de governo. E instituição da EC 95/2016 com limitação das despesas primárias por 20 anos no nível federal, incluindo saúde
Gasto por nível de assistência	Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade	Aumento do gasto com atenção básica, média e alta complexidade	Aumento do gasto com média e alta complexidade	Aumento do gasto com média e alta complexidade

O processo de regionalização no Brasil

Período Nacional	Desenvolvimento regional e superávit fiscal	Desenvolvimento regional e superávit fiscal	Crise fiscal e mudança na política econômica (2015 a 2016)	Ruptura institucional Crise fiscal e crise econômica (2016 até hoje)
Investimento	Investimento em novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados	Investimento de novos equipamentos pelo nível federal e por alguns estados	Desaceleração dos investimentos federais	Desaceleração dos investimentos federais e estaduais
Características do processo de contratação indireta	Contratação indireta e empresariamento restrito do ponto de vista nacional	Contratação indireta e empresariamento médio do ponto de vista nacional	Incremento da contratação indireta e do empresariamento	Incremento da contratação indireta e do empresariamento forte nos estados e municípios
Atores	CONASS e CONASEMS	CONASS, CONASEMS, prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde	Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde	Prestadores de serviços de saúde e empresários ligados ao Complexo Médico da Saúde CONASS e CONASEMS (intensa discussão na mudança para as novas modalidades de repasses)
Resultados	Não avanço no pacto das redes regionais	Não avanço do COAP	Incipiência na implantação das redes de atenção	Estagnação dos processos de regionalização e de implantação das redes de atenção

Estudos de campo, com levantamento de dados primários, abrangendo inúmeros aspectos referentes à política, ao planejamento e à gestão em saúde.

Foco do estudo

Governança do
processo de
regionalização

Atenção Primária
à Saúde

RUE

Vigilância à
Saúde

Traçadores

HAS

Diabetes
Mellitus

AVC

Dengue

Tuberculose

- 36 itinerários terapêuticos para AVC
 - a fim de obter uma visão integrada do percurso dos pacientes e aqueles expostos pelos serviços de saúde.
- Estudo sobre a movimentação médica e as formas de organização da oferta de serviços médicos
 - Dados secundários
 - Entrevistas com profissionais médicos com diferentes vínculos além de representantes das associações corporativas e dos maiores planos de saúde presentes na região.
- Estudos complementares
 - Oferta e características da formação em saúde
 - Escopo de práticas na atenção primária em saúde.

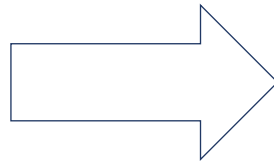
- Participaram, em média, 25 pesquisadores em cada estudo regional, auxiliados por pesquisadores das instituições colaboradoras do campo:
- Fiocruz, em Manaus;
- UFBA e IMIP, em Petrolina e Juazeiro;
- UFMT na Baixada Cuiabana; e
- UFRS na região Carbonífera e Costa Doce.



- O enfoque metodológico se apoiou no uso do instrumental de políticas públicas para o entendimento do processo de regionalização
- Interações entre burocracia estatal (gestores de políticas nos diferentes níveis de governo) e atores não estatais (provedores de serviços), e os que recursos que mobilizam (vinculados a morfologia do estado e das instituições que prestam serviços)
- Cabe indagar qual o grau de autonomia do processo de regionalização da política de saúde frente aos condicionantes estruturais, isto é, econômicos e políticos.

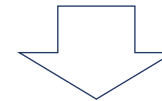
Dimensão

**Política
Estrutura
Organização
Intersectoralidade**



Entrevistado

**Gestores
Prestadores
Sociedade**



**Municipal
Regional
Estadual
Nacional**

Regiões escolhidas estudo nacional

5 grupos da tipologia
(socioeconômico e
complexidade da oferta
de serviços de saúde);

5 macrorregiões

Tipo de prestador
predominante na
região (público, privado
e misto);

Hierarquia e
complexidade urbana
(capital, RM e RIDE;
porte populacional);

Municípios no Projeto
QualiSUS-Rede;

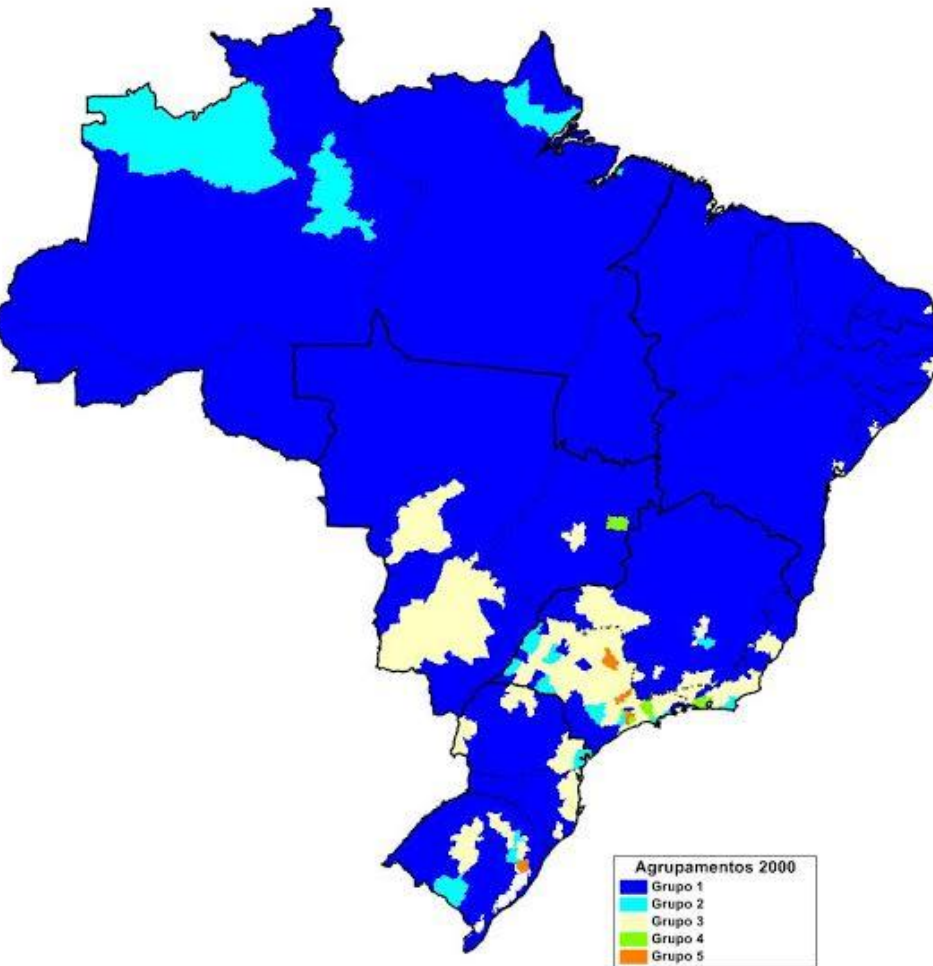
Municípios de faixa de
fronteira internacional;

Municípios nas
fronteiras
interestaduais;

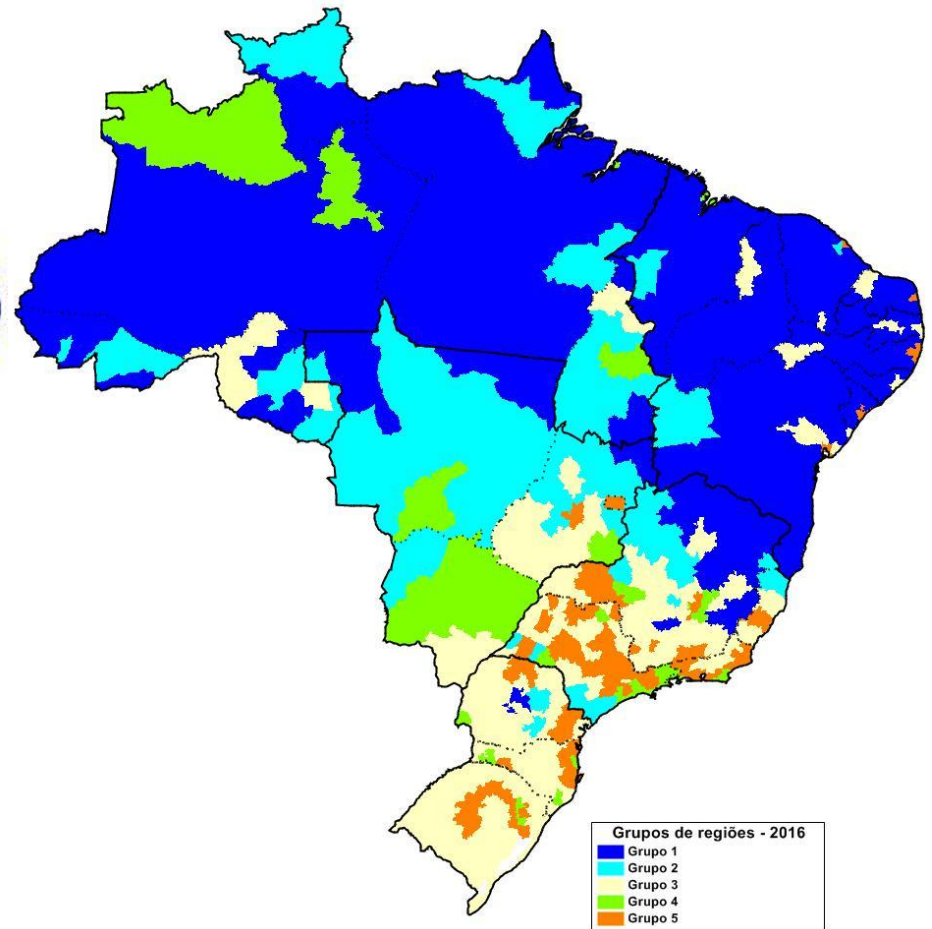
Faculdade medicina.

Tipologia

2000



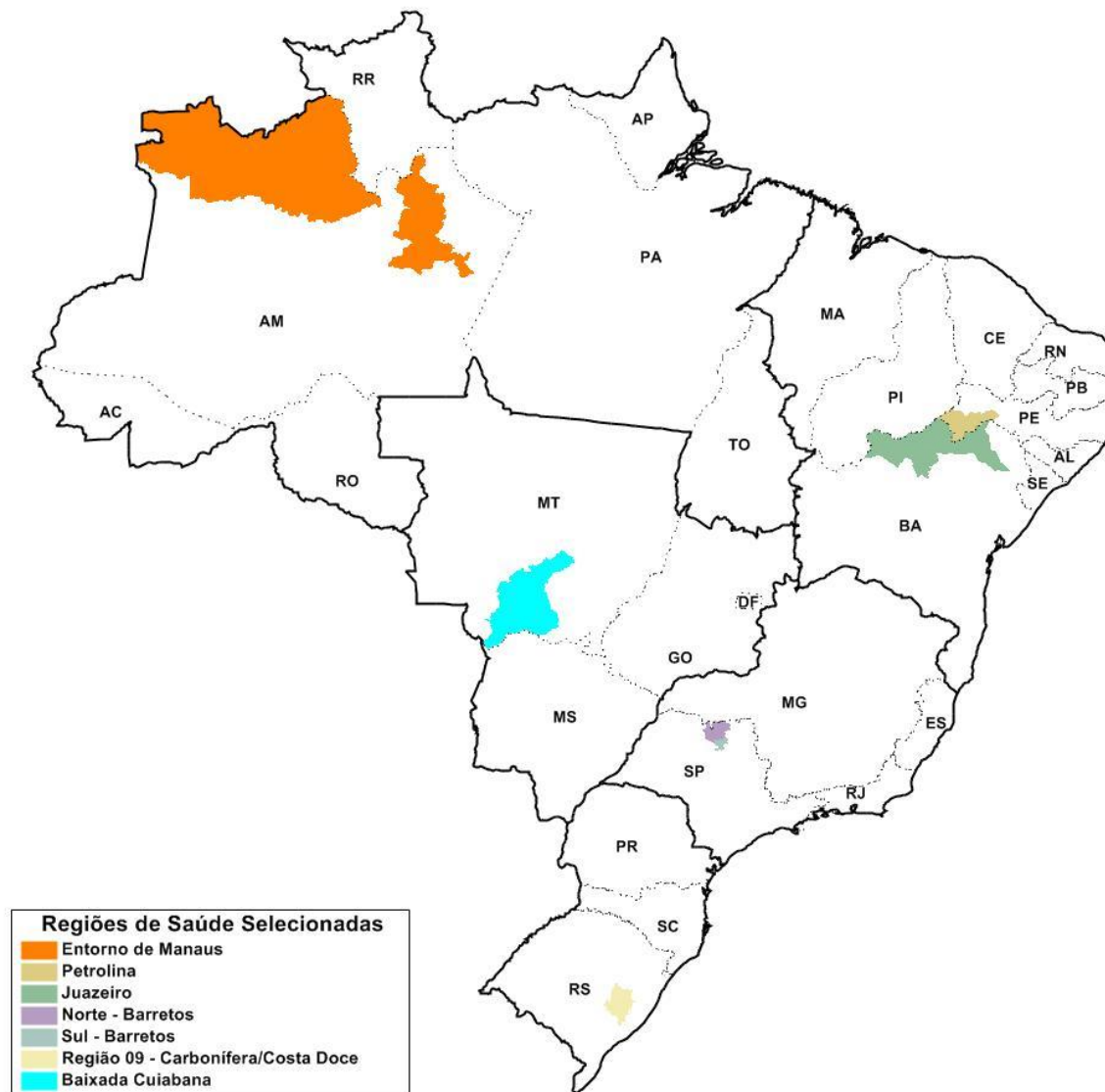
2016



Regiões escolhidas estudo nacional

<u>REGIÕES SELECIONADAS</u>	5
Total de regiões de saúde da amostra	Manaus, entorno e Alto do Rio Negro(AM) Petrolina (PE)/Juazeiro (BA) Norte e Sul - Barretos (SP) Carbonífera/Costa Doce (RS) Baixada Cuiabana (MT)
Número de municípios por região de saúde	7 a 19
População (2010) por região de saúde	268.546 (min) e 911.482 (max)
Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual 2000/2010 (%)	0,64 (min) e 2,58 (max)
Regiões com prestador predominantemente público	2
Regiões com prestador intermediário	2
Regiões com prestador predominantemente privado e misto	2
Regiões do Grupo 1 (Socioeconômico - 2016)	1
Regiões do Grupo 2	-
Regiões do Grupo 3	3
Regiões do Grupo 4	2
Regiões do Grupo 5	1
Regiões com capitais da UF	3
Regiões com Projeto QualiSUS-Rede	2
Regiões na faixa de fronteira internacional	2
Regiões na faixa de fronteira estadual	5
Regiões com municípios de RM e de RIDE	5
Regiões com reserva indígena	2

Regiões escolhidas estudo nacional



Regiões escolhidas estudo nacional

Região de Saúde (CIR)	Municípios da pesquisa	Número de municípios na região de saúde	Presença de Capital	Presença de Município que faz faixa de fronteira	Presença de município que faz fronteira estadual	Tipologia de regiões de saúde (CIR)
Entorno Manaus e Alto Rio Negro (AM)	Careiro da Várzea Manaus* São Gabriel da Cachoeira	12	Sim	Sim	-	G4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta/complexidade de serviços de saúde
Petrolina (PE)	Cabrobó Orocó Petrolina*	7	Não	Não	Sim	G3: níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta/complexidade de serviços de saúde
Juazeiro (BA)	Casa Nova Juazeiro* Remanso	10	Não	Não	Sim	G1: baixo desenvolvimento socioeconômico
Norte - Barretos (SP)	Barretos* Cajobi Olímpia	10	Não	Não	Sim	G5: alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta/complexidade de serviços de saúde
Sul - Barretos (SP)	Bebedouro Taiúva	8	Não	Não	Não	G3: níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta/complexidade de serviços de saúde
Região 09 - Carbonífera/Costa Doce (RS)	Camaquã Dom Feliciano Guaíba* Sertão Santana	19	Não	Não	Não	G3: níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta/complexidade de serviços de saúde
Baixada Cuiabana (MT)	Acorizal Cuiabá* Várzea Grande	11	Sim	Não	Não	G4: alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta/complexidade de serviços de saúde

Questões por dimensão

Questões	Política	Estrutura	Organização	Intersetorialidade
Gestor Municipal	53	44	53	23
Gestor Regional	53	44	53	23
Gestor Estadual	51	44	32	0
Prestador Municipal	13	31	29	21
Prestador Regional	17	7	0	0
Prestador Estadual	5	0	0	0
Sociedade	5	0	0	0
RUE / SAMU	7	18	17	0
Assistência	10	0	0	0
Farmacêutica	6	16	21	0
Vigilância em Saúde	59	74	80	23
TOTAL				

Questionários aplicados

Região	Municípios	Nº Questionários Aplicados	
		Município	Região
Barretos Norte - Sul	Barretos	16	42
	Bebedouro	8	
	Cajobi	7	
	Olímpia	8	
	Taiúva	3	
Petrolina / Juazeiro	PE - Petrolina	16	66
	PE - Cabrobó	8	
	PE - Orocó	9	
	BA - Juazeiro	15	
	BA - Casa Nova	8	
	BA - Remanso	10	
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	Manaus	24	37
	Careiro da Várzea	7	
	São Gabriel da Cachoeira	6	
Baixada Cuiabana	Cuiabá	22	38
	Varzea Grande	9	
	Acorizal	7	
Carbonífera / Costa Doce	Guaíba	8	34
	Camaquã	9	
	Dom Feliciano	8	
	Sertão Santana	5	
	Porto Alegre	4	

Índice de influência

O Índice de Influência mede, em uma escala de 1 a 10 pontos, o grau de contribuição de três dimensões: Política, Organização e Estrutura, na implantação da regionalização do sistema de saúde.

Dimensão	Componentes	Descrição
Política	Protagonismo da região	importância: dos órgãos públicos de org. do sistema de saúde; dos prestadores de serviços (públicos e privados) e das org. da sociedade civil; das instituições acadêmicas e conselhos participativos e; poder legislativo.
	Importância estância regional	importância da CIR: política de saúde no âmbito regional, conformação redes de atenção; resolução conflitos, planejamento regional, monitoramento e avaliação, financiamento e negociação entre entes públicos e privados
	Fomentador da regionalização	Importância: incentivos financeiros do Gov. federal, diretrizes da SES, diretrizes da CIB, incentivos financeiros do Gov. Estadual, diretrizes do Ministérios da Saúde, diretrizes da CIT e diretrizes do Grupo Condutor das redes
Estrutura	Participação	Participação das esferas Federal, Estadual e Municipal no custeio da RAS na região
	Investimento nas RAS	Aumento do investimento da RAS na região nos últimos três anos
	Suficiência em recursos físicos	Suficiência de recursos físicos da RAS para: cobertura da APS, consultas especializadas, leitos, neurocirurgia e cirurgia cardíaca, UTI (adulto e neonatal), SADT de média e alta complexidade
	Suficiência em RH	Suficiência de RH na RAS: médicos, enfermeiros, dentistas e prof. de nível superior e de nível médio
	Suficiência em cobertura APS	Inexistência de grupos populacionais sem cobertura de APS na região
Organização	Redes	importância dos seguintes parâmetros p/ RAS na região: distribuição territorial da população, perfil sociodemográfico, condições de acesso, critérios epidemiológicos, análise de riscos e vulnerabilidade, cobertura existente na saúde suplementar, disponibilidade de serviços de saúde, disponibilidade de recursos humanos, incentivos financeiros e existência de colegiados de gestão regional
	Integração	Importância de mecanismos e instrumentos para integração assistencial e coordenação de cuidado na RAS na região: mecanismos informais de referenciamento clínico, mecanismos formais de referência e contrarreferência, arsenal terapêutico disponível na unidade e diretrizes clínicas (protocolos e linhas)
	Coordenação do cuidado	Iniciativas para os cuidados: os médicos da APS acompanham pctes durante a internação, os médicos da APS recebem info escritas sobre os resultados das consultas referidas aos esp, os médicos da APS entram em contato com esp para trocar informações sobre os pctes encaminhados, os esp. entram em contato com profissionais da APS para trocar informações sobre os pctes encaminhados, organizadas atividades de educação permanente que possibilitam o encontro e contato pessoal entre os profissionais da APS e os especialistas
	Regulação	Papel da regulação na RAS e na RUE para: garantir acesso, buscar leitos, esvaziar leitos para atender a lista de espera, ofertar leitos de retaguarda, oferecer iniciativas para situações sem gravidade clínica e p/ contribuir p/ planejamento e organização da rede. Existência de central de regulação da RAS e RUE. Existência de protocolos e fluxos na RAS e na RUE.

Índice de influência

Índice de Influência	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Norte - Barretos / Sul – Barretos	Baixada Cuiabana	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro
Política	7,79	7,75	7,05	7,04	5,86
Organização	6,79	6,22	6,18	6,12	5,15
Estrutura	3,78	4,13	3,27	3,04	3,30
Geral	6,12	6,03	5,50	5,40	4,77

Desempenho das cinco regiões segundo dimensões e índice final

Política	Organização	Estrutura	Índice Final
Petrolina / Juazeiro	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Petrolina / Juazeiro
Carbonífera / Costa Doce	Carbonífera / Costa Doce	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce
Norte - Barretos / Sul – Barretos	Norte - Barretos / Sul – Barretos	Entorno de Manaus e alto rio Negro	Norte - Barretos / Sul - Barretos
Baixada Cuiabana	Baixada Cuiabana	Norte - Barretos / Sul - Barretos	Baixada Cuiabana
Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	Entorno de Manaus e Alto Rio Negro	Baixada Cuiabana	Entorno de Manaus e Alto Rio Negro

- **Petrolina e Juazeiro:** conformam uma região do projeto Qualisus rede, e viveram um período de bastante envolvimento das esferas estaduais e municipais na política regional de saúde, em razão da existência do projeto, isso pode ter corroborado para uma percepção mais positiva dos gestores e prestadores entrevistados.
- **Carbonífera e Costa Doce:** trajetória talvez possa ser explicada pela longa permanência da questão regional nas políticas de saúde no RS, pela atuação destacada do Cosems em um longo período na região, e por toda uma série de investimentos institucionais realizados pela SES (Roese, A., 2014).
- O baixo desempenho de **Manaus** não surpreende dadas as dificuldades de se implementar o processo de regionalização na região Norte (Garnelo L., 2017).
- **Baixada Cuiabana** é uma região que já viveu um período de grande protagonismo da questão regional. Pode ser que a memória de tempos melhores tenha contribuído para a pior avaliação do momento atual pelos gestores e prestadores (Scatena et al, 2015).
- **Barretos**, que apesar de abrigar todo um complexo médico assistencial de grande porte, de ter sido alvo de investimentos recentes federal e estadual (UPA e AMES), de abrigar em seu território uma instituição forte como a Fundação Pio XII e de possuir um amplo campus formador de recursos humanos para saúde, não se destaca no processo de regionalização, na opinião de gestores e prestadores. (Região e Redes, 2016)

Política – Protagonismo

Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Norte - Barretos / Sul - Barretos	Entorno de Manaus e Alto Rio Negro
CIR	Instancia Regional e Sec. Estadual Saúde	Ministério da Saúde	Instância Regional	Sec. Estadual Saúde
Sec. Estadual Saúde e Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Sec. Estadual Saúde	CIR	Cosems

Política - Contribuição da CIR

Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Norte - Barretos / Sul - Barretos	Entorno de Manaus e Alto Rio Negro
Coordenação da política e Elaboração do Planejamento Regional	Planejamento regional	Monitoramento e avaliação	Coordenação da política	Resolução de conflitos

Fomento da regionalização

- Os recursos financeiros se sobressaem em relação às diretrizes, como instrumento de fomento da regionalização, e, dentro dos recursos financeiros, se destaca o MS em todas as cinco regiões e, somente em três, são seguidos pela menção aos recursos financeiros estaduais.
- O pouco envolvimento dos estados na política de saúde tem deixado para o MS importante papel no financiamento, junto com os municípios.
- Os investimentos novos foram capitaneados pela esfera federal em anos recentes e muitos dos incentivos para implantação das redes temáticas são ainda exclusivos da União. Por isso somente em duas regiões os recursos estaduais foram apontados também como importantes, caso da Baixada Cuiabana e Petrolina/Juazeiro.
- As diretrizes estaduais são as mais destacadas, como instrumento do fomento ao processo de regionalização, logo após as diretrizes do Ministério da Saúde. A rigor, ambas instituições rivalizam no estabelecimento de diretrizes para o processo de regionalização, em todas regiões do estudo.

Estrutura

	Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Norte - Barretos / Sul - Barretos	Entorno de Manaus e Alto Rio Negro
Maior Suficiência	Custeio Tripartite	Custeio Tripartite	Custeio Tripartite	Custeio Tripartite	Custeio Tripartite
Menos Suficiência	Recursos Físicos	Recursos Físicos	Recursos Físicos	Investimento na RAS	Recursos Humanos

Nesta dimensão, não é a insuficiência de recursos financeiros o item mais apontado por gestores e prestadores, mas sim a insuficiência de recursos físicos em três regiões, de RH em uma região, e insuficiente financiamento da RAS em outra.

O financiamento como melhor desempenho em Estrutura pode ser explicado pelo peso do financiamento municipal, superior à participação federal e estadual, a despeito dos gestores e prestadores não terem assinalado como significativo o aumento de recursos para investimento nas RAS nos três últimos anos.

Estrutura

- É importante assinalar também que a cobertura de APS foi apontada como insuficiente em quatro regiões, exceto em Carbonífera/Costa Doce, com destaque para Baixada Cuiabana.
- Esse resultado chama atenção porque, em anos recentes, houve investimentos em estrutura física (PMAQ) e maior disponibilidade de recursos humanos (Programa Mais Médicos) na APS, mas, ainda assim, há uma impressão de insuficiência por parte dos gestores e prestadores em regiões com perfis e localização geográfica tão diferentes.
- O ponto nevrálgico é justamente a insuficiente capacidade física e disponibilidade de recursos humanos, o que era de se esperar dados os baixos investimentos em saúde durante a primeira década do século XXI e os grandes vazios assistenciais ainda presentes em todo território brasileiro.

Organização

Petrolina / Juazeiro	Carbonífera / Costa Doce	Baixada Cuiabana	Norte - Barretos / Sul - Barretos	Entorno de Manaus e Alto Rio Negro
Regulação	Integração	Redes	Redes	Redes
Integração	Redes	Integração	Integração	Integração
Redes	Regulação	Regulação	Regulação	Regulação
Coordenação do Cuidado	Coordenação do Cuidado	Coordenação do Cuidado	Coordenação do Cuidado	Coordenação do Cuidado

Organização

- Duas hipóteses para esse resultado podem ser levantadas: é sabido que houve incentivos da política federal para implantação de redes temáticas e integração; do mesmo modo, iniciativas estaduais em prol de uma melhor regulação de serviços e da oferta de vagas são hoje realidade em muitos estados brasileiros, porém, o penúltimo componente é o que ainda carece de melhor resolutividade.
- O que é novo é a coordenação do cuidado e a relação entre AP e especialidades, isto é, uma melhor integração nas fases do cuidado, verdadeiro desafio para política de saúde, nacional e internacionalmente. Em todas regiões foi o mais baixo componente dessa dimensão.

O que aprendemos

- Há grandes desafios para a constituição de um sistema de saúde integral e uma real coordenação de serviços em todas regiões estudadas, a despeito de alguns avanços em políticas específicas, no tocante à implantação das redes temáticas e ao estabelecimento de mecanismos formais e informais de integração.

O que aprendemos

- Vazios assistenciais
- Baixos investimentos alocados em saúde pelos três níveis governamentais e a expansão de uma rede básica pouco resolutiva
- Decréscimo da oferta de leitos em todas as regiões
- A APS opera desvinculada da política regional e, por isso, não funciona de forma articulada com as redes e as linhas de cuidado, dificultando a integração sistêmica.

O que aprendemos

- Presença em algumas regiões de corporações de profissionais que intermediam toda contratação de profissionais para operação dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares (caso da região de Manaus).
- Instituições contratadas por municípios e estados são autônomas para decidir onde concentram seus investimentos e suas estratégias de expansão ou retração. O controle ainda é incipiente pelos órgãos públicos e, muitas vezes, burocrático e contábil.

O que dificulta a organização de uma rede integrada?

- Proliferação de organizações, sem regulação e comando estatal, em que lógicas, distantes das necessidades de saúde, organizam tanto a sua expansão como o seu funcionamento no território
- A incapacidade de regular o fluxo de profissionais nas regiões e a pluralidade de vínculos empregatícios que o profissional médico seja um articulador e uma liderança no processo de construção do sistema de saúde
- Os fóruns intergovernamentais estão em processo de esvaziamento porque as reais decisões sobre os rumos do processo de constituição e/ou fortalecimento das regiões de saúde, ou estão centralizados nas estruturas estaduais, ou nas estruturas de saúde dos municípios polos.

O que dificulta a organização de uma rede integrada?

- Os conflitos entre município polo e SES são fortes em todas as regiões visitadas pela pesquisa e de difícil compreensão, tendo em vista que os quadros técnicos se revezam entre uma e outra estrutura
- A discussão da relação público-privado, entre gestores e prestadores, não tem fórum próprio. Passa por inúmeras relações formais e informais
- Todos esses fatores conspiram contra o processo de regionalização e a fragilidade do espaço de negociação e pactuação intergovernamental passou a ser uma nova marca do SUS.

O que dificulta a organização de uma rede integrada?

- Padrão de governança regional não obedece a nenhuma das trajetórias descritas na literatura internacional:
 - **Substitutiva:** há o esvaziamento do estado pela perda do controle sobre as políticas públicas, a partir da emergência e adensamento das interações entre atores estatais, do mercado e da sociedade civil (Mathews,2012) e Zehavi,2012);
 - **Mudança de Função:** deslocamento do estado para outras funções, que passa a regular ao invés de produzir e prestar serviços - sem perda de centralidade, o estado passa a guiar ao invés de remar, continuando no controle, na formulação e financiamento das políticas públicas (Matthews,2012);
 - **Cooperativa:** aumento da colaboração e intensificação das interações entre atores estatais e não estatais na produção de políticas públicas, o que pode resultar em complementariedade e sinergias (Offe, 2009).

Portanto

- O processo de regionalização segue um caminho incerto e sem diretriz clara de seus objetivos, metas e instrumentos de implementação, e o planejamento regional, no caso da saúde, ainda é um exercício de pesquisa.

Obrigada!