

## Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil

Ana Luiza d'Ávila Viana <sup>1</sup>  
Aylene Bousquat <sup>2</sup>  
Maria Paula Ferreira <sup>3</sup>  
Maria Alice Bezerra Cutrim <sup>4</sup>  
Liza Yurie Teruya Uchimura <sup>5</sup>  
Edgar Rodrigues Fusaro <sup>6</sup>  
Miriam Regina de Souza <sup>7</sup>  
Paulo Henrique dos Santos Mota <sup>8</sup>  
Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira <sup>9</sup>  
Fabíola Lana Iozzi <sup>10</sup>  
Mariana Vercesi de Albuquerque <sup>11</sup>

<sup>1,5,7,9</sup> Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo, SP. Email: mpferrei@seade.gov.br

<sup>4</sup> Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Econômicos. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>8</sup> Departamento de Política, Gestão e Saúde. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 925. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 01.255-001. Email: paulohsmota@gmail.com

<sup>10</sup> Consultora. Email: lanafabiola@gmail.com

<sup>11</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### Resumo

*Objetivos:* apresentar a metodologia adotada pela pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil - Pesquisa Região e Redes.

*Métodos:* descrição do esquema analítico, do processo de escolha das regiões de saúde e critérios para seleção dos municípios e unidades de saúde, instrumentos de coleta dos dados primários, dos dados secundários e do banco de indicadores, além de tipologia regional elaborada para a análise dos dados

*Resultados:* o esquema analítico pautou-se na análise de política de saúde; foram estabelecidas três macrodimensões: política, estrutura e organização. Para cada uma destas, definiram-se subdimensões. Elaborou-se um questionário constituído por variáveis que possibilitaram analisar os condicionantes do processo de regionalização. Cinco regiões de saúde foram selecionadas a partir de critérios previamente definidos.

*Conclusões:* o método permitiu estabelecer atributos da regionalização, construídos com base em componentes específicos - integração, coordenação e regulação. A abordagem multinível mostrou-se importante pois retrata diferentes percepções dos atores gestores e prestadores segundo seu vínculo, nos cenários municipal, regional e estadual.

**Palavras-chave** Regionalização, Política de saúde, Sistemas de saúde

## Introdução

O processo de regionalização no Brasil já percorreu longo período, considerando que foi proposto na emergência do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, são ainda escassos os estudos que propiciam uma visão sobre seus objetivos, condicionantes e sua articulação com as políticas regionais. Há no momento um esforço muito grande em se cobrir essas lacunas por meio de publicações específicas sobre o tema e de uma série de pesquisas nacionais e locais ainda em andamento, voltadas tanto para a discussão mais geral do desenvolvimento regional quanto para a reflexão desse processo na área da saúde.<sup>1</sup>

Os desafios da regionalização são um tema importante nas pesquisas de políticas de saúde em vários de países, especialmente naqueles que têm como meta a universalidade.<sup>2</sup>

Brown *et al.*<sup>2</sup> faz um balanço efetivo das trajetórias dos pacientes pelo sistema de saúde e das respostas dos provedores. O resultado é que ambos (pacientes e provedores) continuam frustrados. Afinal, a regionalização não é um processo criado para dar conta de tamanha mudança, desde a integração de serviços e cuidados com coordenação até uma regulação eficiente. Os autores afirmam que a regionalização pode apontar para integração e coordenação de serviços e cuidados, mas deve ser aperfeiçoada com a introdução de inovações e políticas, de forma a melhorar a integração do sistema de saúde com foco no paciente.<sup>2</sup>

Por outro lado, Fierlbeck<sup>3</sup> afirma que a regionalização serviu a diferentes interesses políticos, desde aqueles voltados para a austeridade fiscal, de forma a enfraquecer alguns atores do sistema da saúde (*stakeholders*) e fortalecer outros, até encobrir mudanças impopulares, transferindo para outras instâncias governamentais a responsabilidade por ações de repercussão negativa do ponto de vista político-eleitoral.<sup>3</sup> A autora ainda afirma que processo de regionalização embutido em longos processos de descentralização foram comandados muitas vezes por forças e coalizões construídas fora das políticas setoriais e emergiram por razões alheias às agendas setoriais. Cabe salientar que se confundem na literatura internacional os processos de descentralização e regionalização colocados quase sempre como um único processo. A mesma autora ressalta que por essas razões é difícil precisar o impacto epidemiológico e medir quem ganhou ou quem perdeu com a política de regionalização, como pode ser feito com intervenções de políticas de saúde mais pontuais.<sup>3</sup>

Segundo Fierlbeck,<sup>3</sup> as estratégias de regionalização se enquadram em uma categoria que Pawsons<sup>4</sup> chama de sistemas complexos lançados entre sistemas complexos; por isso, Marchal *et al.*<sup>5</sup> acerta ao dizer que é pouco provável que se formule uma teoria geral consistente e previsível sobre políticas de regionalização, ou qualquer outra intervenção sociopolítica complexa. As palavras de Morin são bastantes apropriadas: “quanto mais os problemas se tornam multidimensionais, maior a incapacidade de pensar sua multidimensionalidade”.<sup>6</sup>

No Brasil, pode-se afirmar que a política de regionalização na saúde foi realmente incentivada a partir dos anos 2000, quando se tornou bastante claro que nem todos municípios poderiam ser autossuficientes em matéria de saúde, e que pensar de forma a estabelecer regiões de saúde e escalas definidas para a oferta de determinados níveis assistenciais implicaria ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial.<sup>7</sup>

Pode-se separar a política de regionalização brasileira das últimas décadas em dois momentos: no Pacto pela Saúde e estabelecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), com intensa discussão em torno do tema; e, em um momento posterior, de vazio institucional e ausência de inovação na temática da regionalização. O primeiro período cobre o que está sendo chamado por inúmeros autores de “a fase do ensaio desenvolvimentista”; e o segundo período se ocupa da estagnação econômica e da forte desestruturação, ou crise fiscal dos entes governamentais, além da ruptura institucional com o impedimento da presidente da República eleita em 2014.<sup>8</sup>

A política de regionalização definida para ser o grande instrumento de integração e coordenação das redes e fluxos assistenciais, tanto na fase desenvolvimentista quanto no período de crise, produziu baixo impacto institucional. Isso evidencia que os fatores externos à própria política, embora não sejam os mais preponderantes, com certeza exerceram grande influência neste resultado. Ou seja, as coalizões políticas no setor saúde e seus interesses devem ter influenciado com força os desdobramentos e os rumos desse processo. Outro elemento que merece destaque é o exame das condições estaduais e suas políticas, que muitas vezes se descolam das diretrizes federais, ora antecipando-se, ora conduzindo a política em outro sentido.

A não consolidação 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 é um dos

grandes entraves para a efetivação da regionalização. Isso deve surpreender a muitos por se tratar justamente da marca da política social e, em específico, da saúde, que tem sido o envolvimento institucionalizado das instâncias subnacionais na implementação da política.<sup>9</sup>

É neste complexo cenário que a pesquisa Região e Redes se propôs estudar e disseminar conhecimento sobre as particularidades do processo de regionalização no Brasil, entendendo-o como aquele que constitui as regiões de saúde. Parte-se da hipótese de que a organização regional dos serviços e das ações de saúde é um instrumento importante para a universalização do acesso no nosso país, tendo enorme potencial para diminuir as imensas desigualdades socioeconômicas e espaciais que o caracterizam. Um processo de regionalização efetivo contribuirá para o desenvolvimento regional e para a melhoria de indicadores de saúde. Mas para este objetivo se concretizar é necessário o desenvolvimento de uma sólida capacidade institucional regional da saúde.<sup>10</sup>

A capacidade institucional regional da saúde teria dupla função: (i) garantir o planejamento e a coordenação das ações e serviços na lógica regional, o que dependeria de novos instrumentos de planejamento; e (ii) desvendar e enfrentar os interesses corporativos diversos envolvidos na prestação dos serviços de saúde, o que dependeria do estabelecimento de uma governança regional baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental.

A construção da capacidade institucional regional da saúde pressupõe inovações política, administrativa, tecnológica e cognitiva e o desenvolvimento de uma coerente capacidade de coordenação regional dos recursos disponíveis. Além disso, é preciso compreender a governança como fato cultural e não somente como contratos administrativos, cujo resultado final pode ser a constituição da noção de bem coletivo institucional, a ser desfrutado por todos em um espaço territorial.

A criação da capacidade institucional regional da saúde e a universalização do acesso dependem: (i) do ponto de vista da política, de um planejamento regional com democratização, transparência e cooperação; (ii) do ponto de vista da estrutura interna, da diminuição das barreiras de acesso ao sistema; (iii) do ponto de vista da estrutura externa, do enfrentamento das desigualdades estruturais das regiões (de saúde) brasileiras e inter e intra macrorregional brasileira; e (iv) do ponto de vista da organização, da ampliação do acesso ao sistema, diminuição do tempo de espera, garantia da integra-

lidade com equidade e da coordenação das redes de saúde.

Desse modo, o principal objetivo da pesquisa foi o de avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, efetividade e eficiência das ações e serviços no SUS. Para a compreensão dos possíveis entraves à diminuição das desigualdades na universalização da saúde no Brasil, foi necessário identificar as condições que favorecem ou dificultam a regionalização nos estados e a conformação das redes de atenção à saúde.

Criou-se, então, uma rede de pesquisa envolvendo 16 instituições de pesquisa, distribuídas pelas cinco macrorregiões brasileiras: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (IS/SES – SP), Hospital do Coração São Paulo (HCor), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz – RJ), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Manaus), Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) Recife, Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Envolveram-se no trabalho mais de 100 profissionais das mais variadas formações acadêmicas; professores universitários, pesquisadores, estatísticos, questionaristas, estudantes de pós-graduação, representantes de centros de estudos, profissionais de comunicação e de *webdesign*.

O presente artigo tem como objetivo apresentar as estratégias metodológicas utilizadas na pesquisa Regiões e Redes para operacionalizar a análise do processo de regionalização por meio de abordagem multidimensional e multinível. Serão apresentados: o esquema analítico; o processo de escolha das Regiões de Saúde estudadas, incluindo os critérios para seleção dos municípios e Unidades Básicas de Saúde (UBS); os instrumentos de análise elaborados (questionários, entrevistas em profundidade, itinerários terapêuticos); além dos dados secundários, do rol de documentos analisados e do banco de indicadores e tipologias regionais construídos.

### **Esquema analítico**

O enfoque metodológico da pesquisa se apoiou no uso do instrumental de análise de políticas públicas<sup>11</sup> para o entendimento do processo de regionalização no qual o interesse pelo seu uso recai nas possibilidades de estudar as interações entre burocracia estatal (gestores de políticas nos diferentes níveis de governo) e atores não estatais (provedores de serviços), e os recursos que mobilizam (vinculados a morfologia do estado e das instituições que prestam serviços) para explicar o desenho da política e seus resultados distributivos.

No caso da saúde, inúmeros processos decisórios ocorrem em arenas formais e informais, muitas vezes com regras diferentes segundo os estados federativos e mesmo dentro deles, apoiados em legislação federal, estadual e municipal, o que confere à política de saúde uma maior diversidade nos desenhos de política implementados.

A interação entre atores públicos estatais e privados é a forma definida para política de saúde no Brasil (financiamento público, sobretudo, oferta de média e alta complexidade ambulatorial e de internação e exames realizados por entidades privadas de vários tipos). A pergunta que guia a investigação compreende identificar e discutir como suas lógicas de atuação podem contribuir (ou não) para um sistema de saúde mais equânime (integração equânime).

Por isso, cabe indagar qual o grau de autonomia do processo de regionalização da política de saúde frente aos condicionantes estruturais, isto é, a economia e a política. Para dar conta dessa tarefa, optou-se por uma análise multidimensional, na qual se agregam três dimensões que podem explicar, se não o todo, pelo menos parte do processo de regionalização: política, estrutura e organização.

A primeira dimensão, referente ao processo político propriamente dito, procura identificar os espaços de atuação, negociação e conflito na região; os processos e fluxos decisórios; a condução da política; e as funções exercidas pelas instituições nas decisões sobre saúde na região. Além disso procura trazer uma descrição do processo de incorporação tecnológica, e o quanto ele obedece decisões regionais, incluído o peso da judicialização no processo de incorporação tecnológica nas diferentes regiões do estado.

Segundo Lima *et al.*,<sup>12</sup> o termo Governança surgiu em 1960 e hoje configura-se como um conceito polissêmico. Os processos de governo são os maiores definidores do termo, ao qual foram atribuídos os seguintes significados: “estrutura ou

conjunto de regras e instituições; modo específico de produção de políticas; mecanismo para forçar a cooperação e reduzir os custos de transação; estratégia de produção de condições de governar.<sup>12</sup> A governança redefine e amplia as diferentes formas de relação entre o Estado e a sociedade, ou entre diferentes governos, atores do setor privado e membros da sociedade.<sup>12</sup>

A segunda dimensão, a Estrutura, traduz a disponibilidade e a suficiência de recursos humanos, físicos, financeiros, além das formas de contratação de recursos humanos e serviços presentes na política de regionalização em cada região. Buscou-se identificar também a capacidade instalada, a disponibilidade e a contratação de recursos humanos e de serviços.

A dimensão Organização, por sua vez, pretendeu identificar os critérios de conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre serviços, a regulação, os instrumentos de monitoramento e avaliação e o acesso da população aos pontos de atenção à saúde. A descrição dos processos efetivamente colocados em prática para a implantação das RAS também está incluída nesta dimensão. Aqui foram consideradas algumas definições importantes sobre missão e objetivos comuns das RAS, a saber: operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um continuum de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com ações de promoção e prevenção, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS); prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e devem gerar valor para a sua população.

Considera-se que essas dimensões possuem, ao mesmo tempo, diferentes graus de autonomia e aspectos de interdependência e que somente uma visão integrada sobre o conjunto das dimensões permite identificar quais problemas são mais recorrentes em cada uma delas separadamente e, de que forma, as dimensões podem interferir, conjuntamente, no processo de regionalização.

Por outro lado, foi preciso definir quais níveis da assistência à saúde são chave para o cuidado inte-

gral: sem dúvida, atenção primária à saúde, redes de atenção e vigilância à saúde (VS) constituem elementos estruturantes da assistência em diversos sistemas de saúde. A Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi priorizada para a análise, juntamente com a APS e a VS, uma vez que, no atual estágio de implementação das RAS no Brasil, ocupa um lugar estruturante.

O esquema analítico da pesquisa compreende essas três dimensões (política, estrutura e organização), que serão caracterizadas segundo os condicionantes da dinâmica regional da saúde (governança regional da saúde; fluxos de demanda e estruturação da oferta; atenção primária à saúde nas regiões e redes; redes de atenção à saúde e gestão clínica; recursos humanos; e incorporação tecnológica), pode ser visualizado na Figura 1.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com o número de processo 071/15, de acordo com a norma do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

### **Processo de escolha das regiões de saúde**

As regiões de saúde foram selecionadas de forma a expressar a diversidade de situações socioeconômicas, territoriais e de sistema de saúde existente no Brasil. Para tanto, foram utilizados três critérios: territorial-administrativo, desenvolvimento socioeconômico e oferta e complexidade do sistema de saúde.

Para o critério territorial-administrativo considerou-se necessária a presença das cinco grandes regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Optou-se que pelo menos uma das regiões de saúde da amostra se caracterizasse por atender populações de dois estados, uma região interestadual.

A identificação das diferentes regiões de saúde, segundo suas características de desenvolvimento socioeconômico e de oferta e complexidade dos serviços de saúde, cobraram a elaboração de uma tipologia destas mesmas regiões. As fontes de dados utilizadas para a construção desta tipologia foram: o Censo Demográfico 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); os Bancos de Dados do Sistema Único de Saúde disponíveis no Datasus ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)); a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), disponibilizada anualmente pelo Ministério do Trabalho ([www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)) e o Sistema de Contas Regionais do IBGE.

Evidentemente, as unidades de análise foram as

regiões de saúde, sendo consideradas as 438 regiões, que englobam os 5.570 municípios do Brasil, segundo o Decreto 7508/11. Procedeu-se a análise fatorial e análise de agrupamentos/clusters dos indicadores da situação socioeconômica e oferta e complexidade de serviços de saúde das regiões. Foram então identificados cinco agrupamentos das regiões de saúde brasileiras,<sup>13</sup> que sintetizam a desigualdade socioeconômica e de oferta de serviços de saúde das regiões em cinco grupos: Grupo 1, formado por regiões cuja principal característica é o baixo desenvolvimento socioeconômico, baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde; Grupo 2, por apresentar níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde locais; Grupo 3, por regiões de saúde com níveis médios e altos de desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços; Grupo 4, por agrupar regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviço; e Grupo 5, por regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços. Com exceção do Grupo 2, os demais estão representados na Regiões escolhidas para o campo da pesquisa.

Além disso, foram considerados para a escolha das regiões de saúde: com capitais na unidade federativa; presença de fronteira estadual; existência de faculdade de medicina; presença de município no Quali-SUS.

As regiões selecionadas foram: Norte-Barretos, em São Paulo; Baixada Cuiabana em Mato Grosso; Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, em Amazonas; Petrolina e Juazeiro, pertencentes a rede PEBA: Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA); e Carbonífera/Costa Doce, no Rio Grande do Sul. Petrolina/Juazeiro foram consideradas como uma região pela história da constituição da importante rede interestadual PEBA. Na realização do pré-campo na região Norte-Barretos observou-se dinâmica regional conjunta com a Região Sul-Barretos, desta forma as duas foram incluídas, sendo consideradas uma região para fins da investigação. Na Tabela 1 visualiza-se a diversidade das regiões selecionadas.

Em cada região foram incluídos ao menos três municípios para a realização do campo, entre os quais constava obrigatoriamente o município polo da região. Os demais foram escolhidos, de forma intencional, com base no número de estabelecimentos de saúde, aporte populacional, distância do município polo e preponderância na articulação da política regional.

Em cada região foi entrevistado um conjunto de

Figura 1

Esquema analítico com suas dimensões e inter-relações, Pesquisa Região e Redes 2014.

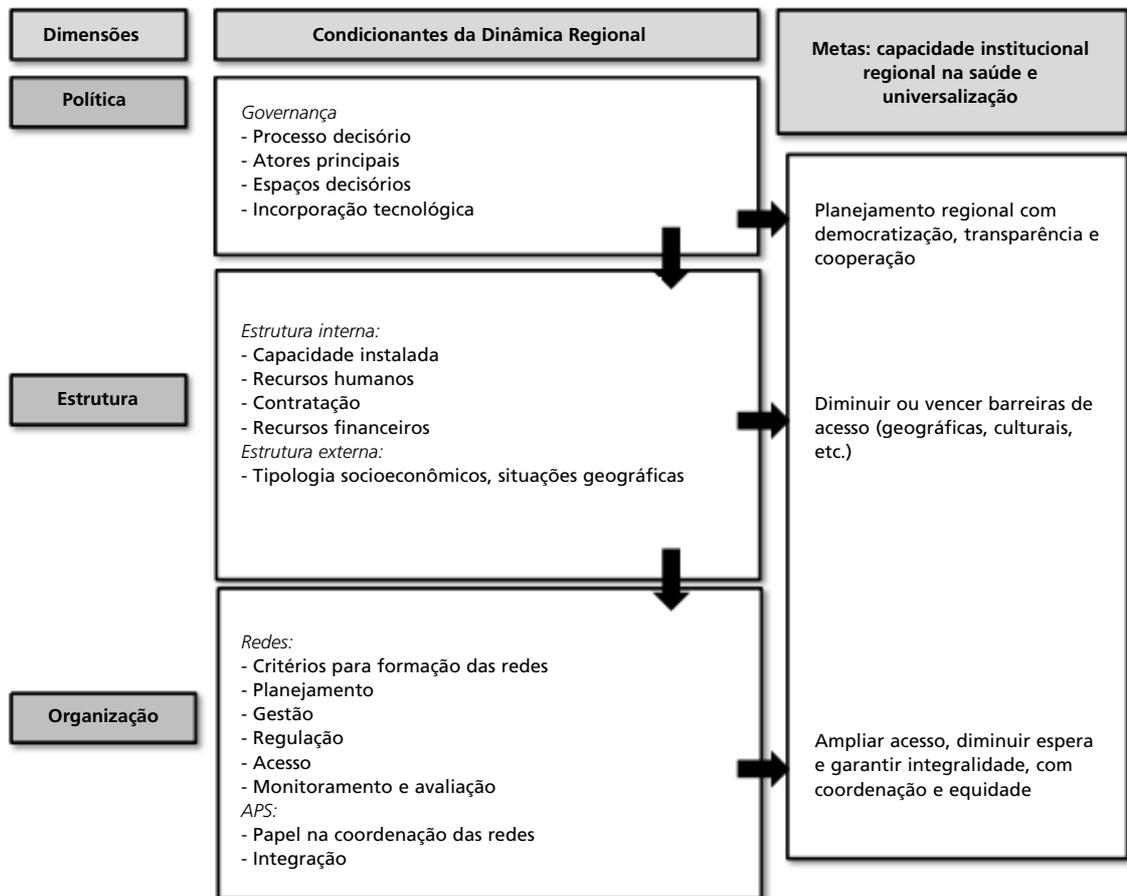


Tabela 1

Critérios de seleção das regiões pesquisadas, Pesquisa Região e Redes 2015.

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	140.721 (min) e 2.119.745 (max)
Projeção populacional (2017)	147.892 (min) e 2.512.004 (max)
Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual 2000/2010 (%)	0,29 (min) e 2,58 (max)
Regiões do Grupo 1 (2016)	1
Regiões do Grupo 2 (2016)	0
Regiões do Grupo 3 (2016)	3
Regiões do Grupo 4 (2016)	2
Regiões do Grupo 5 (2016)	1
Regiões com capitais da UF	2
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

RM = Região Metropolitana; RIDE = Região Integrada de Desenvolvimento Econômico.

Tabela 2

Número de entrevistados por tipo de respondente segundo região, Pesquisa Região e Redes 2017

Tipo de Respondente	Norte-Barretos/ Sul-Barretos	Petrolina/ Juazeiro	Baixada Cuiabana	Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	Carbonífera/ Costa Doce
Assistência Farmacêutica	5	7	5	3	5
Gestor Municipal	5	6	3	3	3
Gestor regional	1	2	2	1	2
Prestador municipal	12	16	11	8	11
Prestador regional	6	13	5	9	5
RUE/SAMU	4	7	3	5	3
Sociedade	1	5	5	4	5
Vigilância em Saúde	8	19	4	4	4
Total	42	66	38	37	38

RUE = Rede de Urgência e Emergência; SAMU= Serviço de atendimento médico de urgência.

informantes, pertencentes a três diferentes multi-níveis: gestores (secretários municipais de saúde e diretores regionais), prestadores (coordenadores de hospitais, ambulatorios e unidades básicas de saúde, entre outros) e sociedade (conselhos municipais de saúde) (Tabela 2).

Em cada município foram escolhidas por amostra intencional Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que representassem a diversidade da qualidade da estrutura dos serviços de APS. Para tanto, foi elaborada uma tipologia de todas as UBSs brasileiras, construída com base em resultados do censo brasileiro de infraestrutura das UBS realizado no processo de avaliação externa do ciclo 1 do PMAQ-AB.<sup>14</sup>

### **Instrumentos de análise**

Um grande investimento da equipe da pesquisa foi a criação de questionário para analisar o processo de regionalização no Brasil. O questionário estruturado foi elaborado em diversas etapas, segundo as seguintes sub-dimensões: atenção primária em saúde nas regiões e redes de atenção, governança regional, redes de atenção à saúde e gestão clínica, fluxos de demanda e estruturação da oferta, recursos humanos, incorporação tecnológica e vigilância em saúde. Após este processo inicial, as questões foram consolidadas segundo as dimensões Política, Estrutura e Organização; seguidas de uma consolidação por rol de entrevistados (gestores, prestadores, sociedade). Repetidas revisões dos instrumentos foram realizadas pelos pesquisadores até a formatação final do questionário piloto.

Foram incorporados aos questionários perguntas sobre alguns agravos específicos, considerados traçadores, como proposto por Kessner *et al.*,<sup>15</sup> partindo da premissa de que alguns problemas de saúde podem ser particularmente úteis para a análise da prestação de serviços e da interação entre prestadores, usuários e a sociedade. Os traçadores incluídos foram os seguintes agravos: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) para assistência individual; e Dengue e Tuberculose para Vigilância à Saúde. Note-se que o questionário foi composto de diversas questões, mas cada entrevistado só respondeu as questões pertinentes ao seu nível de atuação/experiência/inscrição.

Nos meses de janeiro e março de 2015, foram realizados pré-testes do instrumento em três regiões de diferentes estados. Nova revisão do questionário foi realizada após contribuições dos testes, seguidas por definição dos respondentes por questão com

consolidação do instrumento, dos respondentes e do conteúdo temático.

No total o questionário possui 236 questões com 1126 variáveis. A Tabela 3 apresenta o número de questões segundo tipo de respondente e a dimensão. Também foram realizadas entrevistas em profundidade com secretários estaduais de saúde, equipe gestora da SES e conselhos de saúde.

Além disso, optou-se pela realização de Itinerários Terapêuticos (IT). O mapeamento dos IT é uma metodologia com potencialidades para a análise das redes de serviços de saúde pouco explorada na literatura nacional.<sup>16</sup> Sob a ótica de Bellato *et al.*,<sup>17</sup> a análise de IT é uma tecnologia avaliativa em saúde. Como ferramenta, possibilita identificar a lógica dos usuários para obtenção de seu próprio cuidado, que tenciona a lógica dos serviços e aporta informações pouco utilizadas na gestão dos serviços e sistemas de saúde.<sup>17</sup> Conill *et al.*<sup>18</sup> identificaram que os percursos dos usuários muitas vezes não respeitam as pactuações e normatizações previamente estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde.

A realização dos IT na presente investigação tinha como objetivo apreender os caminhos desenhados/percorridos pelo indivíduo/família na experiência de busca de cuidados, permitindo que os fluxos dos usuários sejam cotejados com os normatizados pela gestão nas regiões de saúde estudadas.

Os caminhos percorridos pelos pacientes no sistema de saúde contribuíram para o entendimento do funcionamento das regiões estudadas, bem como das redes de atenção. Vale ressaltar, que o IT permitiu também identificar o acesso a serviços privados, com desembolso direto (*out-of-pocket*), muitas vezes utilizados pela população para suprir lacunas na organização dos serviços de saúde (exemplo: pagamento de exames). O agravo escolhido como traçador foi o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Foram então realizados os IT de pacientes internados por AVC, com causa básica de Hipertensão arterial (diagnósticos primário e secundário na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), respectivamente) e que tiveram alta até seis meses prévios à entrevista (entre um e sete meses após a alta de internação).

A pesquisa também produziu um estudo específico sobre a mobilidade dos profissionais médicos e as formas de organização da oferta de serviços médicos nas cinco regiões. Foram utilizados dados secundários e entrevistas semiestruturadas com profissionais com diferentes vínculos e inserções no sistema de saúde, além de representantes das associações corporativas e dos maiores planos de saúde

Tabela 3

Número de questões por tipo de respondente segundo macrodimensão, Pesquisa Região e Redes 2015.

	Total	Política	Estrutura	Organização
<b>Total de questões por macro dimensão</b>	<b>213</b>	<b>59</b>	<b>74</b>	<b>80</b>
<b>Tipo de respondente</b>				
Gestor municipal	150	53	44	53
Gestor regional	150	53	44	53
Gestor estadual	127	51	44	32
Prestador municipal	73	13	31	29
Prestador regional	24	17	7	0
Prestador estadual	5	5	0	0
Sociedade	5	5	0	0
RUE / SAMU	42	7	18	17
Assistência farmacêutica	10	10	0	0
Vigilância em saúde	43	6	16	21

RUE = Rede de Urgência e Emergência; SAMU= Serviço de atendimento médico de urgência.

presentes na região.

Produziu-se também estudos complementares sobre oferta e características da formação em saúde nessas regiões e seu impacto no processo de regionalização, bem como sobre o escopo de práticas na atenção primária em saúde.

### **Análise documental**

Outra fonte de dados secundários foi documental, a qual abrangeu documentos oficiais dos governos, com destaque para aqueles relacionados à regionalização (Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Planos de Investimentos, Relatórios de Gestão, Termos de Constituição de Consórcios, entre outros); à regulamentação (Leis, Resoluções e Portarias), aos registros técnicos e às atas das instâncias decisórias do SUS (Comissões Intergestores Bipartite, Comissões Intergestores Regionais, Conselho Estadual de Saúde) produzidas no período do estudo. Também foram priorizados outros tipos de documento, tais como contratos e convênios com prestadores e instrumentos de ação do mercado e da sociedade na política de saúde (por exemplo, projeto de lei popular e ações mediadas pelo Ministério Público).

### **Banco de indicadores e tipologia das regiões**

Com base nos bancos de dados secundários,

construiu-se um banco de indicadores e tipologia das regiões através de análise fatorial e de agrupamentos para as regiões do Brasil. Os mapas e indicadores por temas podem ser visualizados pela internet, no sítio da pesquisa ([www.resbr.net.br](http://www.resbr.net.br)). Os indicadores foram agrupados nas seguintes categorias: população e território, tipologia da região, infraestrutura urbana, economia, renda e pobreza, escolaridade, trabalhos e rendimentos, vulnerabilidade social, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), condições de saúde, morbidade, recursos físicos do sistema de saúde, recursos humanos, produção SUS, financiamento e cobertura. As localidades podem ser ajustadas por dados segundo o total do país, unidades federativas, região e/ou municípios.

A pesquisa teve início em janeiro de 2014 e término em maio de 2017. O trabalho de campo em cada uma das regiões estudadas teve duração de uma semana. Apenas, na região de Manaus e Entorno o campo foi realizado em três etapas dadas as especificidades locais.

### **Considerações finais**

Como a regionalização é um fenômeno complexo, é aconselhável uma análise sistêmica, pois, como política pública não funciona de modo óbvio ou linear. Desse modo, a proposta de abordagem multi-dimensional, adotada na pesquisa Regiões e Redes possibilitou a análise articulada da dimensão

política, estrutura e organização. Foram definidas variáveis que permitiram verificar o grau de influência de cada uma dessas dimensões no processo de regionalização. Ademais, permitiu estabelecer atributos da regionalização, construídos com base em componentes específicos - integração, coordenação e regulação. Outro aspecto importante foi adotar uma abordagem multinível entrevistando gestores e prestadores regionais, municipais e estaduais.

A própria característica do fenômeno analisado oferece a oportunidade de verificar diferentes arranjos na organização de redes regionalizadas de atenção à saúde, sinalizando facilidades e entraves.

## Referências

- Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALd'V. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (4): 1291-1310.
- Brown AD, Pisters WTP, Naylor D. Regionalization Does Not Equal Integration. *Healthc Pap*. 2016; 16 (1): 5-6.
- Fierlbeck K. The Politics of Regionalization. *Healthc Pap*. 2016; 16 (1): 58-62.
- Pawsons R. *Evidence-Base Policy: a realist Perspective*, London, UK: Sage; 2006.
- Marchal B, Westhorp G, Wong G, Van Belle S, Greenhalgh T, Kegels G, Pawson R. Realist RCTs of Complex Interventions – an Osmoron. *Soc Sci Med*. 2013; 94: 124-8.
- Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 17 (3): 575-86.
- Viana AL, Lima LD. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra capa Livraria Ltda., 2011, p. 11-24.
- Bresser-Pereira, LC. Como sair do regime liberal de política econômica e da quase-estagnação desde 1990. *Estud Av*. 2017; 31 (89): 7-22.
- Pires RR e Gomide AD. Governança, Arranjos institucionais e capacidades estatais na implementação de políticas federais. In: Menicucci T e Gontijo JG organizadores. *Gestão e Políticas públicas no cenário contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 101-30.
- Viana ALA. Região e Redes. Resumo Executivo: Política, planejamento e gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2014. Disponível em <http://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/>
- Donahue JD e Zeckhauser RJ. Public-private collaboration. In Moran, M, Rein, M, Goodin, RE. Ed: *The oxford handbook of public policy*. Oxford university press; 2006. p. 496-527
- Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, N.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). 2016.
- Viana ALD, Bousquat A, Pereira AP de CM, Uchimura LYT, Albuquerque MV de, Mota PH dos S, Demarzo MMP, Ferreira MP. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015; 24 (2): 413-22.
- Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro E, Mendonça MHM, Gagno J. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. *Novos Caminhos* N. 5. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes). 2015.
- Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality- the case for tracers. *The New England journal of medicine*. 1973; 288 (4): 189-94.
- Cabral A, Martinez-Hemández A, Andrade E, Cherchiglia M. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (11): 4433-42.
- Bellato R, Araújo L, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Jr A, Mattos R, eds. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2008. p.167-85.
- Conill EM, Pires D, Sisson M, Oliveira M, Boing A, Fertonani H. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13 (5): 1501-10.

Recebido em 1 Junho de 2017

Versão final apresentada em 18 de Agosto de 2017

Aprovado em 6 de Setembro de 2017