

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

ANTONIO FLAVIO ARCHANGELO JUNIOR

REGIONALIZAÇÃO COMO GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE: Revisão integrativa de literatura

SÃO CARLOS -SP
2020

ANTONIO FLAVIO ARCHANGELO JUNIOR

REGIONALIZAÇÃO COMO GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
Revisão integrativa de literatura

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha.

São Carlos -SP
2020



FOLHA DE APROVAÇÃO

Antonio Flavio Archangelo Junior

**“REGIONALIZAÇÃO COMO GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 19/02/2021

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha - UFSCar

Prof.ª Dr.ª Adriana Barbieri Feliciano - UFSCar

Prof. Dr. Silvio Fernandes da Silva - HSL

DEDICATÓRIA

Este trabalho é para meus filhos: Cristiano, Manuela, Sarah e Olívia. E para minha esposa Thaís.

AGRADECIMENTO

Por dias, minha cabeça fervilhava. Quantas horas dedicadas pela professora Sueli Sampaio, pela Professora Aline Aquilante, pelo professor Washington de Abreu durante esse processo de trabalho. Minha gratidão a eles. Por diversas semanas pensei em desistir. Resolvi sair da gestão do SUS, assim como entrei. E, nesse processo, preciso lembrar do conselho do professor Eduardo Kokobun que me motivou a continuar. Ao meu orientador professor Dr. Roberto de Queiroz Padilha e aos membros da banca: professora Dra. Adriana Barbieri Feliciano – UFSCar e ao professor. Dr. Silvio Fernandes da Silva – HSL. A minha mãe e minha família que tutelaram meus avanços e retrocessos nessa gangorra sentimental com o objeto de estudo.

RESUMO

Esta pesquisa trata-se sobre a estratégia de regionalização do Sistema Único de Saúde no tocante ao acesso aos serviços de saúde. Ao se debruçar sobre a regionalização e seus aspectos que convergem ao "acesso", a pesquisa delinea reflexões sobre essa compreensão e podem contribuir para um melhor entendimento, ou mesmo, motivar a produção de novas pesquisas. Através de uma revisão integrativa de estudos produzidos entre 2015 e 2020, selecionou-se doze artigos para analisar em quais aspectos a regionalização convergia (ou não) com o acesso. Sob tal lente, perpassou-se a eixos centrais como o direito à saúde, o financiamento e da organização territorial detectando a existência de lacunas assertivas de como a regionalização relaciona-se com o "acesso". Dentro do caráter de aplicação na prática profissional, conclui-se que a mudança de foco depende da adoção de um novo paradigma que envolva um processo de "regionalização empoderado" que seja transparente e colaborativo entre todos os atores envolvidos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Regionalização. Acesso aos serviços de Saúde. Saúde.

ABSTRACT

This research is about the regionalization strategy of the Unified Health System with regard to access to health services. When looking at regionalization and its aspects that converge to "access", the research outlines reflections on this understanding and can contribute to a better understanding, or even, to motivate the production of new research. Through an integrative review of studies produced between 2015 and 2020, twelve articles were selected to analyze in which aspects regionalization converged (or not) with access. Under this lens, central axes such as direct to health, financing and territorial organization were detected, detecting the existence of assertive gaps in how regionalization is related to "access". Within the character of application in professional practice, it is concluded that the change of focus depends on the adoption of a new paradigm that involves a process of "empowered regionalization" that is transparent and collaborative between all the actors involved.

Keyword: Unified Health System. Regionalization. Access to health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema de seleção dos artigos	20
Figura 2 – Seleção dos artigos após análise crítica	20
Gráfico 1 – Estudos por ano de publicação	27
Quadro 1 – Diferentes fases do processo de regionalização no Brasil	13
Quadro 2 – Estratégia PICO	18
Quadro 3 – Estratégia de busca	19
Quadro 4 – Estratégia de busca com aplicação de filtro	19
Quadro 5 – Classificação dos temas e sínteses interpretativas	22
Quadro 6 – Artigos levantados nas bases de dados	25

LISTA DE SIGLAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

PBE - Prática Baseada em Evidências

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PGASS - Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 TRAJETÓRIA	10
2 INTRODUÇÃO	12
3 MÉTODO	17
3.1 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA	17
3.2 BUSCA	18
3.3 COLETA DE DADOS	19
3.4 ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	21
3.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	21
3.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS ANALISADOS	27
4.1.1 Regionalizar para acessar	28
4.1.2 Organização territorial	29
4.1.3 Financiamento	31
4.1.4 Saúde como direito	31
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35

1 TRAJETÓRIA

A minha trajetória no Sistema Único de Saúde iniciou-se no jornalismo. Como editor de política e matérias relacionadas a problemas da comunidade rio-clarense, passei a denunciar casos de falta de atendimento aos pacientes do SUS. Foram inúmeras reportagens nos principais jornais da cidade, manchetes, uso de recursos públicos para saúde, salários exorbitantes a profissionais da rede. Acabei me aprofundando em questões orçamentárias e suas implicações legais. Foram nove anos no jornalismo, quando fui convidado a integrar a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro pelo prefeito recém-eleito no ano de 2017, não sabia se seria um “calabouço” às críticas que por certo faria ou aposta no que poderia fazer...

Tal desafio levou-me a buscar conhecimento em um curso de especialização de auditoria em saúde para entender o processo de funcionamento do sistema. A ânsia era conseguir responder e fazer diferente de tudo o que denunciava nas páginas de um jornal. Afinal, saía da posição de pedra para a de vidraça! Decorei algumas leis, decretos, vídeos, livros, tentando entender como se organizava o SUS. Quando assumi o posto de Chefe de Gabinete da Fundação Municipal de Saúde, em janeiro de 2017, uma espécie de secretário-executivo, passei a perceber fatores que influenciavam no andamento das políticas públicas. A principal meta era adequar as políticas e atos administrativos às recomendações da Constituição Federal, da Lei Orgânica e diversas recomendações do Ministério Público do Estado de São Paulo, do Ministério Público Federal e do Tribunal de Contas, às quais conhecia muito bem.

Foram tempos difíceis, pois, ao contrário do que analisava em outros setores públicos como a educação municipal, que já gozava de uma certa profissionalização desde a deflagração da municipalização de parte do ensino básico, a saúde ainda estava atolada no clientelismo, a serviço de vereadores, políticos, líderes religiosos e coronéis locais. A rotina era o atendimento desses atores, insaciáveis. Qualquer ato de mudança era um desgaste enorme para explicar o óbvio, críticas exageradas e até campanha de difamação de um sindicato local. Foram tempos de aprendizado. Quanto mais me aprofundava na teoria, mais percebia que a prática era outra. Foi assim que busquei abrigo no Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, necessitava saber mais e aplicar a teoria à prática. É preciso ponderar que com o fruto da especialização que fiz, antes de adentrar no mestrado, deparei-me com a regionalização da Saúde e seus argumentos de combater as históricas desigualdades sociais.

Porém, como ela aconteceu naquele território que estava sob minha tutela, mesmo que indiretamente? Com intuito de responder tais questões, entrei na UFSCar. Foram três anos de trabalho hercúleo, quanto mais me empoderava de conceitos da saúde coletiva, mais os utilizava em reuniões com promotores, com a procuradora da República, com fiscais do Tribunal de Conta e enriquecendo-me com a experiência de gestores que ajudaram a fundar o sistema, com isso, passei a entender melhor o processo de pactuação para garantir o acesso aos serviços públicos. Enfrentamos a histórica farra dos supersalários médicos. Sim, um grupo de médicos do SUS ganhando 70, 80, 90 e até 100 mil reais mensais para realizar um atendimento medíocre à população através da institucionalização de horas extras irregulares.

Como efeito colateral, a experiência no SUS dizimou meu antro. Tirou-me desejos pessoais e mostrou-me outros olhares que deixariam sequelas na minha visão de mundo. Humanizou-me! Foram várias mortes que presenciei, vários indivíduos gritando, clamando por atendimento. Vários barracos na porta de meu gabinete. Pessoas que só queriam estar saudáveis: para viver! Como poderia querer outra coisa, a não ser gozar de uma boa saúde e trabalhar em prol do próximo? Aquele sentimento de acolhimento tomou-me o peito, era o mínimo que devia fazer. Então, a entrega para o outro, sem a espera de nenhuma recompensa, foi se tornando meu maior objetivo. Por diversas vezes, acabei utilizando meu salário para comprar algodão, remédio, dietas, como se me sentisse culpado por ocupar uma função e impotente por não conseguir melhorar a rede municipal. Foi um tempo de completa reflexão sobre minha própria existência...

As incursões e atos tomados mudaram, mesmo que um pouquinho, a rede municipal de saúde. E atribuo ao conhecimento adquirido no programa de Pós-graduação o pouco que consegui mudar na realidade na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Claro, visando a humanização e a equidade. Combatendo privilégios de grupos sectários, resistindo às investidas dos vereadores e de agentes corruptores.

2 INTRODUÇÃO

Apesar da intensa propaganda negativa estampada nos jornais, blogs e site, é preciso reconhecer que o Brasil avançou muito no que se refere ao direito constitucional de acesso à saúde pública e gratuita. Primeiro, a tê-la como um direito; segundo, ter acesso a unidades de saúde em todo território nacional.

Nesse sentido, a criação do SUS, há mais de 30 anos, que visou o acesso universal ao sistema público de saúde no Brasil, é fruto de uma convergência de fatos históricos, políticos e técnicos ocorridos em consonância com diferentes movimentos da América Latina. Ao se recortar algum período histórico para entender tal processo, podemos citar a década de 1970, com a crise do capital e a pressão popular rumo à democratização que endossaram direta ou indiretamente a possível criação do Estado de Bem-Estar Social. Vários agentes podem ser citados como responsáveis por esse tensionamento do modelo vigente, classista e restrito, como, por exemplo, a Reforma Sanitária (SAÚDE, 2016, p.59) e as conferências de Saúde nas quais diversos atores encamparam um novo modelo para a saúde brasileira (STEPHAN-SOUZA, et al., 2010, p. 76).

Incluído o avanço no texto constitucional de 1988, o desafio passou a ser como operacionalizar tal sistema em um país com dimensões continentais e as históricas desigualdades sociais pois

Algumas regiões do Brasil necessitam de mais recursos do que as de outras e, sobretudo, que as 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. (VIANA et al., 2017, p. 4)

A política nacional para a construção do SUS foi a descentralização, mais especificamente a municipalização, incapaz de resolver as desigualdades regionais presentes no acesso (VIANA, n.a). Somente nos anos 2000, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa, visando superar limitações decorrentes da descentralização (VIANA et al., 2017, n.p.), emergindo dificuldades de “coordenação e cooperação federativa das profundas desigualdades em saúde (distribuição dos profissionais, equipamentos e recursos; garantia de acesso) e da fragmentação da lógica sistêmica e regional no funcionamento do sistema de saúde” conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Diferentes fases do processo de regionalização no Brasil, 2006 até os dias atuais

Características do 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 (2006 a 2010) Portaria 4279/2010 que cria as Redes de Atenção no SUS Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovernamental (CGR)	Decreto 7508/2011 Lei 141/2012 Regionalização e redes com emergência do planejamento regional Instância de cooperação e pactuação intergovernamental (CIR) Instrumento formal de pactuação COAP Institucionalização no âmbito do SUS das redes de atenção (RUE, cegonha, RAPS, RCPD e crônicos)	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 Lei 13.097/2015 que trata da participação das empresas estrangeiras Mudança no modelo de investimento das redes de atenção – emendas parlamentares (Cartilha para elaboração de propostas ao MS).	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 e características do 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 (Projeto Sus Legal) ¹

Fonte: VIANA et al., 2017

Neste sentido, há indícios de gargalos no atendimento de média e alta complexidades, problemas de governança regional e a criação das redes de cuidados que apontam para melhoria no acesso, mas também para a fragmentação do cuidado (DOWBOR, 2009, p. 2014). Logo, ao considerar-se as fases que o processo de regionalização passou conforme o Quadro 1: 1 - Desenvolvimento regional e superávit fiscal (2003-2010); 2 - Desenvolvimento regional e superávit fiscal (2011-2014); 3 - Crise Fiscal e Mudança na política econômica ((2015-2016); e 4 - Ruptura institucional, crise fiscal e crise econômica (2016 até hoje) passa-se a pontuar a necessidade da lógica de planejamento integrado, sob a égide das noções de territorialidade, na identificação de prioridades e na conformação de sistemas funcionais de saúde, “de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL, 2002, p. 52).

Nesse contexto, o conceito “regionalização” encontrado nas normas e mesmo no Pacto pela Saúde de 2006 fazem parte das etapas da municipalização da Saúde (BRASIL, 1992, p. 1584), com a descentralização do comando da gestão do

sistema para os entes federados.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação. (BRASIL, 2001, p. 23)

O território passa a ser imprescindível para a ordenação dos serviços de saúde contemplando uma lógica de planejamento integrado, noções de territorialidade, identificação de prioridades e conformação de sistemas funcionais (BRASIL, 2002, p. 52). Com isso, pequenos subsistemas foram conectados através do que se chamou de Plano Diretor de Regionalização, de competência Estadual (realizados de forma heterogênea em cada Estado) em subsistemas mais complexos até englobarem a demanda por serviços de média ou alta complexidade de um território de acordo com o papel da microrregião no sistema como um todo (BRASIL, 2002, p. 52). Na Norma Operacional da Assistência em Saúde, coube:

[...] às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais. (BRASIL, 2002, p. 52)

Para custear e financiar a regionalização, surge, então, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) na qual:

A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a: [...] D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do Estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada; [...] (BRASIL, 2001, p. 23)

Pois, a

[...] Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais

e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal (BRASIL, 1996, p. 22932)

Em síntese, a supracitada programação através da PPI,

[...] envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. (BRASIL, 1996, p. 22932)

Na tentativa de modificar a lógica, no decreto 7.508/2011, o Ministério lançou a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), que, a princípio, seria parte integrante do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), com objetivo de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011, p. 1). O PGASS, na prática, acompanhou a programação da PPI, como ferramenta institucionalizada pelo governo para dar conta de todo esse processo de regionalização e todas as suas limitações como a ineficiência e a desconexão com as realidades regionais.

Ao mesmo tempo que o país assumiu o compromisso constitucional de que a Saúde passaria a ter status de direito aos seus cidadãos e o combate à desigualdade regional, o processo de descentralização das políticas para garantir tais anseios trouxe à baila novas dificuldades. Entre elas, à dificuldade de integrar o cuidado. Nos anos 2000, apareceu com mais força a agenda de regionalização através de normas específicas. Mas é possível afirmar que tal tentativa deu certo?

Em certos aspectos, sim. Hoje, é notória a necessidade de integrar rede primária, secundária e a terciária. O município menor com o maior. Iniciar uma configuração adequada das regiões. Se ela falhou em desfragmentar o cuidado, aponta-se, também, que não basta ter somente instrumentos, é preciso pactuar, pois se trata de um processo vivo. O Pacto da Saúde apresentou avanços? Também não foi suficiente, já que a regulamentação da Lei 8.080 necessita de um novo arranjo constitucional da região, do território. Porém, o supracitado processo continua. Um processo de acúmulos, compreensões e avanços. E nesse sentido que surgiram as redes do cuidado que se depararam com um grande nó chamado: Governança

regional no SUS, além da acessibilidade e do uso dos instrumentos de pactuação (ALBUQUERQUE, 2015, p. 36-37).

No arcabouço teórico da regionalização, pode-se citar que a administração regional das regiões de saúde é o próximo passo para a conformação do SUS à realidade. Em qualquer que seja a visão de conformação e avanço,

[...] seria organizado por regiões de saúde, conforme determinação constitucional, contando com as redes de serviços geridas pelas regiões (que não se transformariam em entes federativos, diga-se!) [...] A governança regional encontraria nova forma, por conferir aos entes locais o poder de se unirem na região de saúde e dirigirem seus serviços de forma compartilhada [...] (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 444)

No tocante todo esse processo de conformação da estratégia de regionalização que em tese possibilitaria o acesso aos diversos serviços públicos do SUS, a prática que vivenciei revelou que todo o engenhoso processo era apenas letra morta. Seja nas instâncias de participação colegiada desde o Conselho de Saúde (totalmente politizado), seja nas reuniões da CIR (Comissão Intergestores Regional), ambas davam a impressão que eram meras formalidades para aumentar repasses da União. Essa inquietação levou-me a testar duas hipóteses: ou não se sabe o que é regionalização sob o ponto de vista do gestor municipal de uma determinada região ou o modelo não funciona na prática. E, no caso da primeira hipótese, se a regionalização de fato funcionasse como ferramenta de organização, entendê-la seria vital para combater os problemas enfrentados pelos pacientes em relação ao acesso a serviços de saúde referenciados no território. Foi quando, no meu caso, o mestrado profissional apresentou-se como uma potencial fonte de mudança na prática. Pois, conforme cita Santos e Campos (2015, p. 445):

[...] deve centrar-se na regionalização da saúde, integração de serviços, governança regional, autoridade sanitária regional e suas responsabilidades, planejamento e financiamento regional. Entendemos que só assim será possível construir a figura da região de saúde de forma robusta e sempre como a resultante da aglutinação de entes municipais [...]

Posto isso, objetivo desta pesquisa é analisar a estratégia de regionalização como ferramenta de acesso aos serviços de saúde. Para isso, tal análise pretende realizar uma revisão integrativa de estudos que tratam sobre o tema e que evidenciam o processo nos últimos cinco anos (2015-2020).

3 MÉTODO

Optou-se por uma revisão integrativa com coleta de dados de fontes secundárias, ou seja, um estudo exploratório da produção do conhecimento sobre o tema ou assunto específico, nesse caso a “regionalização”, utilizando artigos científicos como fonte de análise na interpretação e análise crítico pessoal do autor (ROTHER, 2007, p. 20).

A presente revisão integrativa foi realizada através da observância de seis passos:

- 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora;
- 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura;
- 3ª Fase: coleta de dados;
- 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos;
- 5ª Fase: discussão dos resultados;
- 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa.

3.1 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Para identificar a pergunta de pesquisa adotou-se a estratégia “PICO” acrônimo para Problema, Intervenção, Comparação e “*Outcomes*” (desfecho), sendo que para Santos, Pimenta e Nobre (2007, p. 2) “esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências”, conforme o Quadro 2. E mesmo não possuindo um claro comparador, já que em tese, todo o território nacional fora regionalizado, a utilização da estratégia foi endossada para facilitar o delineamento da questão norteadora da presente revisão.

Quadro 2- Estratégia PICO

Iniciais	Descrição	Análise	Descritores
P	Problema	Acesso aos serviços de Saúde	Acesso aos Serviços de Saúde OR Health Services Accessibility OR Accesibilidad a los Servicios de Salud OR Accessibilité des services de santé
I	Indicador	Regionalização	Regional Health Planning OR Regionalização OR Regionalización OR Planification régionale de la santé
C	Comparação	Territórios sem regionalização	Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde OR Equity in Access to Health Services OR Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud OR Équité dans l'Accès
O	<i>Outcomes</i> (desfecho)	Redução das desigualdades regionais de acesso à Saúde	Acesso Universal aos Serviços de Saúde OR Universal Access to Health Care Services OR Acceso Universal a los Servicios de Salud OR Accès Universel Aux Services de Soins de Santé

Fonte: elaborado pelo autor.

3.2 BUSCA

A partir da questão norteadora: “*A regionalização contribui para garantir o direito do acesso universal aos serviços de saúde?*”, foi realizada a busca sistematizada nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde que inclui Lilacs e SciELO e Medline da PubMed. Durante o processo dessa revisão, foram realizadas quatro buscas nas supracitadas bases de dados entre 2019 e 2020 com a utilização de descritores distintos. Com maior sucesso, foram utilizados os descritores "Acesso aos Serviços de Saúde", "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde", "Acesso Universal aos Serviços de Saúde", "Regionalização"; Health Services Accessibility" e "Regional Health Planning", como a estratégia de busca, agregando os booleanos “OR” e “AND”, conforme as Quadros 3 e 4. Inicialmente foram encontrados 309 artigos.

Quadro 3 - Estratégia de busca

BVS	PUBMED
mh: ("Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Acesso Universal aos Serviços de Saúde" AND Regionalização)	"Health Services Accessibility" AND "Regional Health Planning"
DATA: 21/09/2019 RESULTADO: 16	DATA: 21/09/2019 RESULTADO: 293

Fonte: elaborado pelo autor.

Com aplicação do filtro na pesquisa (“Últimos cinco anos + texto completo” na BVS e “5 years + Full text” na Pubmed) chegou-se a 40 estudos, conforme o quadro abaixo:

Quadro 4 - Estratégia de busca com aplicação de filtro

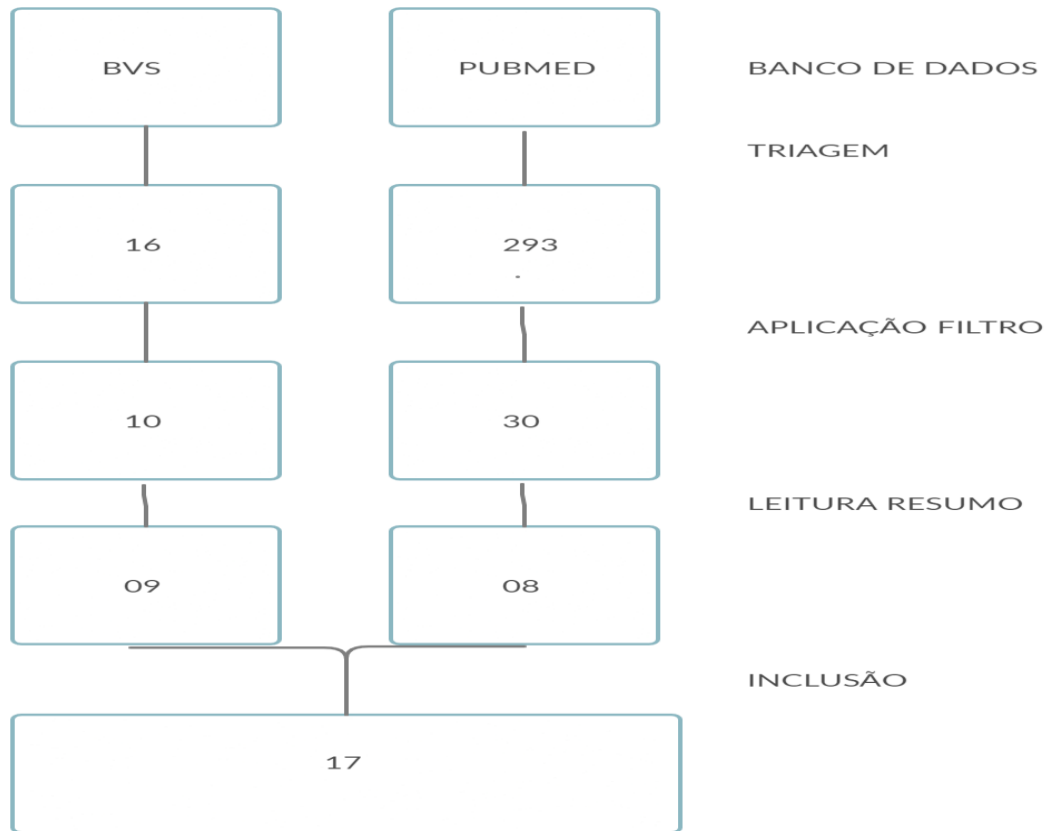
BVS	PUBMED
mh: ("Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Acesso Universal aos Serviços de Saúde" AND Regionalização)	"Health Services Accessibility" AND "Regional Health Planning"
FILTRO: Últimos cinco anos + texto completo	FILTRO: 5 years + Full text
DATA: 21/09/2019 RESULTADO: 10	DATA: 21/09/2019 RESULTADO: 30

Fonte: elaborado pelo autor.

3.3 COLETA DE DADOS

Com os 40 artigos coletados, como critério de inclusão, optou-se por estudos cujo objeto específico aponte para a regionalização do SUS. Como critérios de exclusão: revisões; ensaios de opinião ou nos quais a regionalização surge como contexto e não como objeto primário. E, após a triagem, conforme a Figura 1, foram excluídas 23 pesquisas que não estavam em formato de artigo ou que não tinham como temática principal a “regionalização”.

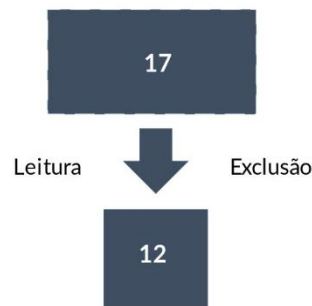
Figura 1 – Esquema de seleção dos artigos



Fonte: elaborada pelo autor.

Com os 17 artigos em mãos, passou-se a leitura crítica do conteúdo para ratificar a escolha dos estudos, sendo excluídos mais cinco estudos por realizarem reflexões sobre processos de regionalizações fora do contexto do SUS e por não serem artigos científicos e, sim, manuais de orientações trilingües sobre metas para a gestão de recursos humanos no SUS, conforme a Figura 2.

Figura 2 – Seleção dos artigos após análise crítica



Fonte: elaborada pelo autor.

3.4 ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

No percurso metodológico, visando auxiliar na escolha da melhor evidência possível, utilizou-se a prática Baseada em Evidências (PBE) para a hierarquização que

[...] focaliza, em contrapartida, sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica, dependendo da abordagem metodológica adotada. Para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa. (SOUZA *et al.*, 2010, p. 104-105)

A hierarquização é dividida em:

- Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

3.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase, a partir da análise crítica das sínteses, cada artigo foi descrito em uma ficha de análise: autores, ano de publicação, nome do artigo, área de conhecimento, tipo de artigo (qualitativo, conceitual, relato de experiência e quantitativo), tema ou objeto do estudo e tipo de fonte utilizada (primária ou secundária), e dos itens, intervenções estudadas, resultados e recomendações (ZAGATO, 2019, p. 10). Pois,

A redução dos dados envolve a determinação de um sistema de classificação geral para o gerenciamento das diversas metodologias. Em princípio, os estudos devem ser divididos em subgrupos, de acordo com uma classificação estabelecida previamente, visando à facilitação da análise. Nas revisões integrativas, por exemplo, a categorização pode basear-se no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como em alguma classificação conceitual pré-determinada. (SOUZA *et al.*, 2010, p. 105).

Sob a ótica de Bardin (2006, p. 119), os estudos foram, então, analisados,

optando-se por identificar que o tema é uma unidade de significação. Para isso, percorreu-se passos analíticos para identificar as ideias centrais, classificar os temas e elaborar sínteses interpretativas. Entre as técnicas existentes para análise do conteúdo, utilizaremos a análise categorial que consiste em classificar os diferentes elementos. Para elaborar as categorias de análises, será necessária a divisão do texto em unidades e agrupamentos analógicos. O que se realizará com as transcrições das observações feitas:

A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objectivo (da mesma maneira que a análise documental), fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. (BARDIN, 1977, p. 119).

Tal análise não reside na simples descrição dos conteúdos, mas na interpretação dos indícios, a análise de conteúdo revelará o significado por trás das palavras que serão objeto de análise.

Quadro 5 - Classificação dos estudos seleccionados por temas e sínteses interpretativas

Base	Título do artigo	Autores	Tema/Categoria	Ideia /Síntese
BVS	Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade	CHAVES, L. D. P. <i>et. al</i>	Direito à saúde / Organização	Riscos e fraquezas para o SUS atingir a integralidade e universalidade; utilização de traçadores como abordagem para avaliar a atenção em saúde
BVS	Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras	AITH, F. M. A.	Direito à saúde	Discorre sobre o campo do direito sanitário e tece reflexões sobre como o Estado protege o direito à saúde que é democraticamente construído.
BVS	O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro	MIRANDA, G. M. <i>D. et. al.</i>	Financiamento	Fragmentação e a insuficiência das alternativas propostas devido à disparidade de governança.
BVS	Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e	CONTEL, F. B.	Organização SUS	A necessidade de um olhar estratégico da geográfica humana na composição de regiões e no processo de regionalização. Já que a

	possíveis usos para a regionalização da saúde			região envolve aspectos materiais e imateriais.
BVS	Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil	RIBEIRO, P. T.	Organização / financiamento	Dificuldade de identificação do território regional como campo de responsabilidade e investimento comum. Citando a importância da visão da geografia política para a recuperação da concepção de espaço como poder.
BVS	Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades	GOYA, N. <i>et al.</i>	Organização SUS / Direito à saúde	Urgência na ampliação do debate sobre a regionalização como estratégia potente na construção da relação saber-poder e verdade-poder. Além da necessidade de invenção de outros modos de gestão e de governança do SUS que ampliem sua base política de (SUS) tentação.
Pubmed	Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde	OLIVEIRA, R. D. A. <i>et al.</i>	Direito à saúde	As análises das barreiras de acesso aos serviços de saúde são fundamentais para a compreensão das limitações dos serviços no país.
Pubmed	Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil	VIANA, A. L. d'A.; IOZZI, F. L.	Organização	As políticas regionais podem ser o impulso positivo no combate às desigualdades. Mas precisam superar os dilemas das reconfigurações espaciais. Sendo a equidade territorial o maior desafio a ser enfrentado. Colocando a regionalização como imperativo, como o esgotamento dos recursos financeiros municipais.
Pubmed	Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde	AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F.	Organização	Cita o processo de regionalização com foco em regiões de fronteira. Falta de autonomia e pontuando que essa falta de autonomia para o empoderamento municipal para propor mudanças

				políticas em âmbito da proteção social em saúde, tornam-se barreiras para uma organização regional mais equânime.
Pubmed	O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação	SANCHO, L. G. <i>et al.</i>	Financiamento	Abrange a importância das relações intergovernamentais e intrarregionais no processo de regionalização.
Pubmed	Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro	GALVÃO, J. R. <i>et al.</i>	Direito à saúde / Organização	Aponta os impactos no acesso à integralidade dos cuidados nos municípios do interior da região de saúde, citando a falta de informação e manutenção das desigualdades regionais.
Pubmed	Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil	ALMEIDA, P. F. <i>et al.</i>	Organização / Financiamento	Disputa por diversos atores nas regiões devido, em boa parte, a insuficiência e a fragmentação de serviços especializados.

Fonte: elaborado pelo autor.

3.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

Por fim, considerando que a Revisão Integrativa é

[...] a combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, a inacurácia e o viés, devendo ser conduzida dentro de padrões de rigor metodológico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005 *apud* SOUZA *et al.*, 2010, p. 1053). Torna-se imperativo, portanto, tecermos pontuais considerações acerca de algumas fases do processo: coleta de dados, análise e discussão dos dados. (SOUZA *et al.*, 2010, p. 105).

Optou-se por uma apresentação clara para uma avaliação crítica dos resultados já que pode se basear no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como em alguma classificação conceitual pré-determinada (SOUZA *et al.*, 2010, p. 105).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final dessa revisão foi constituída por doze artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. O Quadro 6 representa as especificações de cada um dos artigos sequenciados conforme disposição no banco de dados de origem.

Quadro 6 - Artigos levantados nas bases de dados

Base	Título do artigo	Autores	Periódico	Tema/Categoria	Palavras-chave:	Nível
BVS	Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade	CHAVES, L. D. P. <i>et al.</i>	Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.568-577, 2015	Direito à saúde / Organização	Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Assistência Integral à Saúde.	3
BVS	Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras	AITH, F. M. A.	R. Dir. sanit., São Paulo v.15 n.3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015	Direito à saúde	Direito sanitário, direito, democracia sanitária	6
BVS	O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro	MIRANDA, G. M. D. <i>et al.</i>	Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.329-335, 2017	Financiamento	Sistema Único de Saúde; Regionalização; Financiamento Governamental.	4
BVS	Os conceitos de região e regionalização : aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde	CONTEL, F. B.	Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.447-460, 2015	Organização SUS	Região; Regionalização; Saúde; Geografia humana.	4
BVS	Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do	RIBEIRO, P. T.	Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015	Organização / financiamento	Políticas Públicas; Gestão Pública; Regionalização; Planejamento Territorial; Desenvolvimento	4

	Brasil				nto Local.	
BVS	Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades	GOYA, N. <i>et al.</i>	Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.4, p.902-919, 2016	Organização SUS / Direito à saúde	Sistema Único de Saúde; Política Pública de Saúde; Regionalização; Reforma do Setor Saúde; Organização Social; Consórcio de Saúde.	4
Pubmed	Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde	OLIVEIRA, R. D. A. <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública 2019; 35(11):e00120718	Direito à saúde	Acesso aos Serviços de Saúde; Regionalização; Desigualdades em Saúde	5
Pubmed	Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil	VIANA ALD'A, IOZZI, F. L.	Cad. Saúde Pública 2019; 35 Sup 2:e00022519	Organização	Regionalização; Desigualdades em Saúde; Sistema Único de Saúde; Sistemas de Saúde; Política de Saúde	4
Pubmed	Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde	AIKES, S.; RIZZOTT, O. M. L. F.	Cad. Saúde Pública 2018; 34(8):e00182117	Organização	Regionalização; Saúde na Fronteira; Áreas de Fronteira; Acesso aos Serviços de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde	4
Pubmed	O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação	SANCHO, L. G. <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1121-1130, 2017	Financiamento	Regionalização, Política de saúde, Sistema Único de Saúde, Federalismo, Serviços de Saúde	6
Pubmed	Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde:	GALVÃO, J. R. <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública 2019; 35(12):e00004119	Direito à saúde / Organização	Assistência Integral à Saúde; Integração de Sistemas;	3

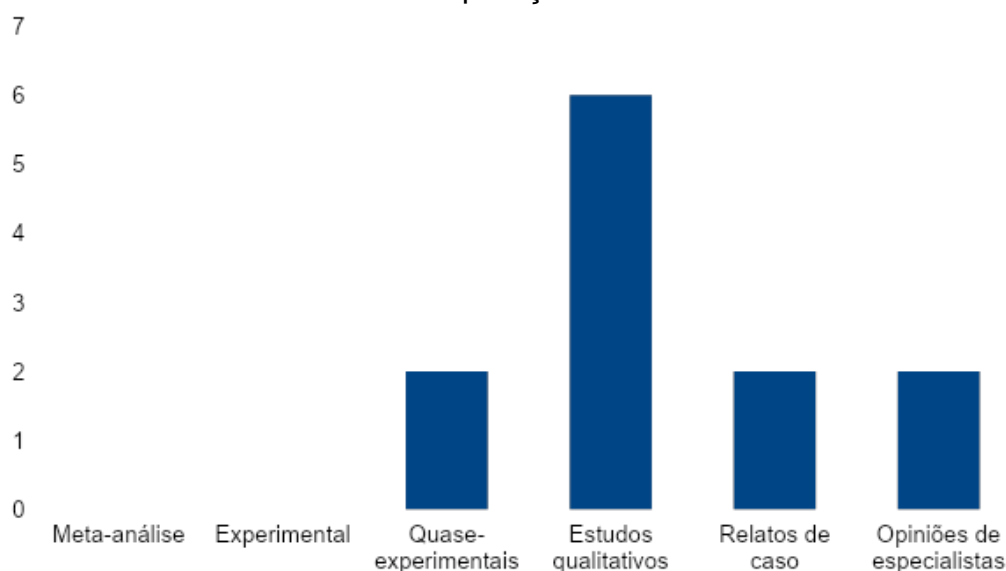
	trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro				Regionalização; Neoplasias do Colo do Útero	
Pubmed	Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil	ALMEIDA, P. F. <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva, 24(12):452-4539, 2019	Organização / Financiamento	Regionalização, Assistência integral à saúde, Atenção à saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão em saúde	5

Fonte: elaborado pelo autor.

Em relação ao ano de publicação, conforme o Quadro 5, por ano de publicação: quatro em 2015, um em 2016, dois em 2017, um em 2018 e quatro em 2019.

Com relação ao foco dos estudos, por nível de hierarquização, foram predominantemente qualitativos (Gráfico 1) com detalhe para ponderações feitas pelos próprios autores da necessidade de outros estudos para a triangulação de resultados.

Gráfico 1 – Nível de hierarquização dos estudos selecionados



Fonte: elaborado pelo autor.

A seguir, os resultados são apresentados em categorias, a partir da aglutinação daquilo que se identificou como semelhante nos artigos analisados. Na

exploração do material emergiram as seguintes categorias temáticas: o direito à saúde, o financiamento da saúde e, por fim, a organização territorial dos serviços de saúde.

4.1.1 Regionalizar para acessar

Ao deparamos com a pergunta inicial desta pesquisa “A regionalização contribui para garantir o direito do acesso universal aos serviços de saúde? ” percebemos que regionalizar os serviços de saúde nem sempre garante acesso dos pacientes aos serviços dispostos em um determinado território e que, por mais que se esforce em determinar categorias/temáticas para facilitar a análise, emergem, em quase todos os estudos, a organização territorial, o financiamento e a saúde como direito. Porém, qual é sua relação com o acesso, conforme proposto por este trabalho?

No que envolve a organização territorial, pode-se citar a dependência do empoderamento dos gestores (que envolve a compreensão e o entendimento crítico de mudança da prática):

- i) Do processo de composição/criação do território e a organização dos serviços neles presentes, compreendendo aspectos materiais e imateriais;
- ii) Da participação ativa e crítica dos espaços de construção e pactuação colegiadas como agentes reformadores e fiscalizadores, seja no Conselho de Saúde, na CIR, CIB, dentre outros;
- iii) Do controle, monitoramento e fiscalização dos processos de referenciamento dos pacientes de determinada região aos serviços pactuados.

No que tange ao financiamento, a regionalização pode auxiliar no acesso (ou reflexões de tais processos), no que tange ao gestor:

- i) entender a dinâmica do financiamento do SUS e o processo de pactuação para o custeio de serviços não existentes em seu território;
- ii) fazer a tutela dos recursos locais de fonte municipal para garantir a otimização de seu uso, evitando a criação de sistemas paralelos que contribuem para a fragmentação do sistema público;
- iii) utilizar instâncias colegiadas para atualização dos recursos dentre da lógica regional e não estritamente municipal.

Já no aspecto da “Saúde como direito”, o processo de regionalização pode emergir questões, principalmente, em relação aos usuários:

- i) que devem ter uma melhor comunicação da sua existência e seu funcionamento para auxiliar na cobrança e fortalecimento do SUS;
- ii) Ocupar de maneira proativa os espaços de discussão, monitoramento e fiscalização das políticas públicas do SUS;
- iii) empoderar-se das ferramentas e canais necessários para garantir o acesso aos serviços de saúde em sua saúde e os disponíveis em sua região.

4.1.2 Organização Territorial

Entendida como área geográfica onde a proposta das redes de atenção vem se tornando consenso. “E que também se explica porque a rede supre a necessidade de um novo modelo de organização territorial do SUS, provocando a revisão da perspectiva regional do planejamento da saúde” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 36). É no território onde os serviços de saúde são organizados e onde a porta de acesso garante ao paciente o atendimento primário e o percurso nos demais serviços. Para Albuquerque (2015, p.37) são esses

[...] Modelos de organização territorial do sistema de saúde e suas combinações, em constante disputa no âmbito da federação, são condicionados por dinâmicas espaciais e relações entre Estado, mercado e sociedade na condução da política e das redes de saúde. Há mudanças tanto no modo como se realiza a política (multinível) quanto na forma da ação coletiva, permeada por atores públicos e privados organizados em redes de atenção. Potencializar a negociação, a regulação e a coordenação de um sistema de saúde implica redefinir os papéis dos agentes operadores do sistema e da política, em um ambiente de autonomia e participação, por meio de novas tecnologias de cooperação que atravessam técnicas de gestão e organizativas dos fatores de produção em saúde, capazes de melhorar a eficiência dos investimentos e a eficácia dos serviços . (CONTEL, 2015, p.4).???

Nesse sentido, o avanço do processo de regionalização, como uma ferramenta do acesso aos serviços de saúde, emerge a necessidade de um olhar interdisciplinar e crítico desses processos de criação de regiões. Pois, como visto, muitas vezes são impostos por meio de resoluções ou leis. Um olhar da geografia humana, por exemplo, é fundamental. Pois,

[...] pode-se dizer que estas concepções de região e de regionalização se

pautam por uma tradição geográfica de estudos da relação homem-meio, que reforçou o uso de conceitos como o de “gênero de vida”, “paisagem”, “habitat”, “ecúmeno”, entre tantos outros que aproximam o conhecimento sobre o espaço geográfico da ecologia humana, e dão ênfase significativa ao peso dos fenômenos “naturais” como elemento de definição dos termos região e regionalização. (CONTEL, 2015, p.451).

Tal olhar pode ser um antídoto para a visão mercantilista da saúde que não enxerga a conformação de regiões, pois tal discurso ignora, muitas vezes, o aspecto primordial da geografia humana no tocante ao afloramento de regiões e áreas de influência (CONTEL, 2015, p. 451), levando a tentativas estatais infrutíferas de se criar regiões administrativas, pois quando são criadas, sobre esse viés, emergem já fragmentadas, colocando serviços públicos de Educação, de Segurança e da Saúde como concorrentes. A geografia política tem dado enorme contribuição

[...] para a compreensão das escalas territoriais sobre as quais incidem as intervenções governamentais no mundo contemporâneo, ao prover abordagens para a análise das políticas públicas, atualizadas com as novas dinâmicas encontradas nos cenários multiescalares, em rápida transformação, que caracterizam o espaço público. Central nessas abordagens é a recuperação da concepção do espaço como poder, na multidimensionalidade adquirida pelo poder na história recente; e das noções de território e territorialidade, em seus novos usos. (RIBEIRO, 2015, p. 408).

A mudança de parâmetro para se criar e analisar as regiões e a consequente organização territorial dos serviços de uma determinada região levanta, inclusive, outros debates como: i) o papel da região administrativa no comando do SUS em detrimento do processo de regionalização; ii) a acomodação dos municípios e seus governos que, muitas vezes, criam alternativas e arranjos institucionais próprios para garantir o “acesso à saúde” de seus habitantes; iii) como o processo de regionalização é um processo de construção e deve levar em consideração os aspectos materiais e imateriais de uma região e suas áreas de influência (CONTEL, 2015, p. 447).

Regionalizar, portanto, pode corresponder, nesse contexto, à produção de um recorte político em um determinado território, visando a construção de respostas sociais e institucionalmente articuladas a problemas cuja solução requer esforços colaborativos e coordenados dos atores governamentais e não governamentais implicados em ações locais. Tal processo é de relevância perante as dificuldades da organização trina da gestão da saúde (União, Estado e Município) e da presença de regiões não uniformes que, muitas vezes, não leva em consideração seus aspectos materiais e imateriais:

[...] e talvez esteja aí a maior dificuldade, a capacidade política de identificar o território regional como campo de responsabilidade e investimento comum, para o que é fundamental o esforço coletivo de construção, com a sociedade, de uma visão compartilhada para o futuro da ação dos governos na região, nem sempre compatível com a composição partidária dos governos locais. (RIBEIRO, 2015, p. 405).

4.1.3 Financiamento

Quando se fala na regionalização, o aspecto do financiamento é citado como um dos entraves, seja na ausência de resposta aos habitantes de uma pequena cidade “subordinada” a um polo regional de serviços de alta complexidade, por exemplo, ou o investimento de recursos “por fora” dos programas federais e das redes de saúde como mutirões e utilização de serviços particulares para diminuir as tensões em âmbito municipal.

O financiamento mais alinhado com a política de regionalização é imperativo, já que há um esgotamento das fontes municipais, pouca racionalidade sistêmica e equitativa no gasto estadual e subfinanciamento no plano federal. (VIANA; IOZZI, 2019, p. 7).

Os estudos que abordam ou enfocam tal visão citam o que denominam de “federalismo sanitário brasileiro” (OLIVEIRA, 2019, p. 90).

[...] outros espaços/atores também disputam a regionalização, principalmente no componente prestação de serviços de saúde, entre os quais as assembleias consorciais, liderada pelos prefeitos (“prefeiturização”) e as próprias policlínicas/CEO (“autonomização”). (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 4537).

E nessa atual estrutura reconhecidamente fragmentada que pode estar camuflada o aumento dos gastos com o setor e a tensão por maior financiamento.

Entendemos que a insuficiente e fragmentada oferta de serviços especializados, responsável por parte expressiva dos atendimentos e gastos públicos em saúde, representa um dos principais entraves à regionalização. (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 4528).

4.1.4 Saúde como direito

Na maioria dos estudos analisados, o direito à Saúde é citado como aspecto primordial, seja pelo aspecto de obrigação do Estado em visualizar os invisíveis (GOYA *et al.*, 2016, p. 904) ou como ferramenta de emancipação de cidadania:

As políticas regionais podem conformar um impulso positivo capaz de substanciar políticas públicas mais pertinentes territorialmente e mais combativas ante as várias desigualdades. Todavia, precisam superar os impasses e os dilemas do seu papel diante das recentes reconfigurações espaciais decorrentes do atual estágio da globalização e suas inerentes particularidades em cada lugar. Tais ações teriam reflexos também nas

políticas de saúde ao alterarem as escalas (de provisão) e os fluxos da assistência à saúde. (VIANA; IOZZI, 2019, p. 2).

Além desse aspecto, o destaque para a citação, por diversas vezes, da fragmentação do cuidado, seja no tocante a uma ação antagônica à integralidade do atendimento, quanto no aspecto do tratamento. A fragmentação pode ser detectada desde a entrada na rede, como na comunicação e no percurso do paciente dentro do SUS.

A falta de acesso à informação também representa mitigação do direito à saúde. Neste estudo, nos casos em que a comunicação foi potente, esta representou uma ferramenta importante na produção do cuidado e um dos principais fatores de satisfação das usuárias. (GALVÃO *et al.*, 2019, p. 13).

E,

No Brasil, os problemas de natureza estrutural se sobrepõem a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, trazendo para o primeiro plano a questão da equidade territorial como o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS. (VIANA; IOZZI, 2019, p. 6).

A fragmentação pode ser vista, também, como processo de influência de outras políticas vigentes sobre determinado território ou país.

As políticas regionais podem conformar um impulso positivo capaz de substanciar políticas públicas mais pertinentes territorialmente e mais combativas ante as várias desigualdades. Todavia, precisam superar os impasses e os dilemas do seu papel diante das recentes reconfigurações espaciais decorrentes do atual estágio da globalização e suas inerentes particularidades em cada lugar. Tais ações teriam reflexos também nas políticas de saúde ao alterarem as escalas (de provisão) e os fluxos da assistência à saúde. (VIANA; IOZZI, 2019, p. 2).

5 CONCLUSÃO

A discussão dos estudos avaliados acerca da regionalização da Saúde e o acesso aos serviços perpassam vários eixos centrais, os quais destacamos nesse estudo: o financiamento, a organização, o atendimento e o direito à saúde. Seja na organização territorial, na articulação regional, no envolvimento dos atores nos processos de pactuação dos recursos disponíveis em determinada região, como nos espaços colegiados, a regionalização e a disposição dos serviços públicos podem facilitar a compreensão de como o cidadão garante o acesso aos serviços.

Para isso, existe uma lacuna de como as ferramentas ou instrumentos normativos podem auxiliar no processo de articulação e isso envolver o entendimento crítico de tais mecanismos como, por exemplo, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), Programação Pactuada Integrada (PPI) dentre outros. Porém, ficam claros os conflitos, sobretudo nos interesses diversos, seja da região ou dos atores envolvidos (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 4528) e que são barreiras que devem ser superadas e que envolve, nesse processo, um melhor entendimento do gestor e do usuário.

E ao entender a governança única e hierarquizada, com papel fundamental, como ponto a ser superado devido à dificuldade de harmonização de uma governança trina (União, Estado e Município), assim como a ausência legal de uma figura de governança regional em um modelo novo proativo e colaborativo, emerge uma nova configuração territorial que fortaleça as Redes de Cuidado e a integralidade do cuidado como fruto do empoderamento do processo de regionalização.

Desde o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede organizada de saúde, visando garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, é primordial o papel da comunicação, da pactuação e o acesso à informação por parte dos atores envolvidos. Percebe-se, contudo, que o tema do acesso à Saúde (e aos equipamentos de saúde) ainda não é visto como fruto do processo de regionalização. Ou seja, a regionalização é vista como um modelo de organização de um determinado território. E tentar “medir” ou tecer conjecturas sobre a relação do “acesso” e da “regionalização” dependerá de um novo ponto de vista que foque no fato de que o acesso, em um país historicamente desigual como o nosso, é fruto do processo de “regionalização empoderado”, transparente e colaborativo, pois sem regionalização não há acesso adequado e integral.

E a melhor compreensão de que o processo de regionalização leva a consolidação do direito à saúde, almeja a realização de novas pesquisas, talvez com a criação de um indicador próprio para “medir” o acesso à saúde através do índice de regionalização de uma região específica.

Não podemos finalizar sem lembrar que os estudos apontam, claramente, a necessidade da interdisciplinaridade, para ir além da visão médico centrista, seja no diagnóstico, no tratamento e na gestão da clínica, ultrapassando tal barreira, visando entender processos e relações de poder entre os atores governamentais e colegiados, os processos epidemiológicos e geográficos da constituição dos territórios regionais e seus aspectos materiais e imateriais. Ao mesmo tempo que analisar os atores e os meandros dos processos de descentralização são extremamente necessários, entender que o processo de regionalização é, sobretudo, um instrumento que visa o acesso do cidadão aos serviços, garantindo, em outras palavras, o direito universal à saúde, pode ser um caminho a ser encampado por parte dos atores que operam o SUS e pela população no sentido de fortalecê-lo como política pública em um contexto visível de desmonte e precarização.

A presença de olhares da geografia humana e política, por exemplo, podem fortalecer o entendimento para as políticas regionais e fornecer uma melhor compreensão desse processo, o que, para um país com dimensões continentais e a desigualdade regional, será uma gota de esperança no combate às históricas desigualdades que assolam o Brasil.

REFERÊNCIAS

- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. **Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde.** Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 8, 11 p. 2018.
- AITH, F. M. A. **Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras.** R. Dir. Sanit., São Paulo, v. 15, n. 3, p. 85-90, 2015.
- ALBUQUERQUE, M.C.; VIANA, A. L. D'A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. Rev. Saúde Debate, v. 39, nº Especial, p. 28-38, 2015.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; FILHO, M. T. M.; LIMA, L. D. **Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil.** Ciênc. Saúde Colet., v. 24, n. 12, p. 4527-4539, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70, 2006. 225 p.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Diário Oficial da União: seção I, Brasília, DF, ano 125, n. 191-A, p. 1-32, 5 out. 1988.
- _____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991.** Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91 que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 07 jan. 1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.
- _____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992.** Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, p. 1584, 07 fev. 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Planejamento no SUS.** 1. ed. rev. Brasília, DF: Editora MS. Ministério da Saúde, 138 p., 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 20-E, p. 23, 29 jan. 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 16 nov. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/ 02. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 40, p. 52, 28 fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 20 mai. 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2.203 de 05 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB 1/96. Diário Oficial da União: seção I, Brasília, DF, ano 133, n. 216, p. 22932, 06 nov. 1996. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001226>. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1, 29 jun. 2011.

CHAVES, L. D. P.; JESUS, B. J.; FERREIRA, J. B. B.; BALDERRAMA, P.; TANAKA, O. Y. **Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade**. Saúde Soc., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 568-577, 2015.

CONTEL, F. B. **Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde**. Saúde Soc., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. **Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 283-297, 2015.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; CONTARATO, P. C.; ANDRADE, M. A. C. **Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 128-139, 2016.

DOWBOR, M. **Da inflexão pré-constitucional ao sus municipalizado**. Lua Nova, São Paulo, v. 78, p. 185-222, 2009.

FIOVARANTI, M. **Público e Privado: Os princípios fundamentais da Constituição Democrática**. Revista da Faculdade de Direito UFPR, Curitiba, v.1, n. 58, p. 7-24, 2013.

GALVÃO, J. R.; ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; BOUSQUAT, A. **Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,

v.35, n.12, 17 p., 2019.

GOYA, N.; ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; TAJIRA, F. S. **Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades.** Saúde Soc., São Paulo, v. 25, n. 4, p. 902-919, 2016.

MELLO, G. A.; PEREIRA, A. P. C.; UCHIMURA, L. Y. T.; IOZZI, F. L.; DEMARZO, M. M. P.; VIANA, A. L. A. **O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática.** Ciênc. Saúde Colet., v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L.A. **O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro.** Saúde Soc., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

OLIVEIRA, R. D. A.; DUARTE, C. M. R.; PAVÃO, L. N. B.; VIACAVA, F. **Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 13 p., 2019.

RIBEIRO, P. T. **Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil.** Saúde Soc., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

SANCHO, L. G.; GEREMIA, D. S.; DAIN, S.; GEREMIA, F.; LEÃO, C. J. S. **O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação.** Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, 2017.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada.** Campinas: Saberes Editora, 2012. p.221.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. **SUS Brasil: a região de saúde como caminho.** Saúde Soc., São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. E. C. **The PICO strategy for the research question construction and evidence search.** Rev. Latino-Am. de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511. jun. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Programação Pactuada e Integrada.** Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/sistemas-e-formularios/sistemas/programacao-pactuada-e-integrada>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106. 2010.

STEPHAN-SOUZA, A.; CHEBLI, I.C.F.; JACOMETTI, E.J.M.; PAIVA, M.C. **A Regionalização sobre a ótica dos gestores: Uma abordagem dialética.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, suplemento 1, p. S35-S45. 2010.

VIANNA, A. L. d'A.; IOZZI, F. L. **Enfrentando desigualdades na saúde: impasses**

e dilemas do processo de regionalização no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 35, Suppl 2, p.1-12, out. 2019.

_____. A. L. d'A.; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B; FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A.P.; MOTA, P.H.S. **Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil.** Novos Caminhos, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. A. L. D'A.; **Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil.** Disponível em www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 16 nov. 2020.

ZAGATO, A. R. **Desafios para a Gestão da Saúde do Trabalhador: uma revisão integrativa da literatura.** Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.