



XIV Encontro Nacional da ANPUR

23 a 27 · maio · 2011 · Rio de Janeiro

XIV ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR
Maio de 2011
Rio de Janeiro - RJ - Brasil

CONDICIONANTES ESTRUTURAIS DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE: TIPOLOGIA DOS COLEGIADOS DE GESTÃO REGIONAL

Luciana Dias de Lima (ENSP/Fiocruz) - luciana@ensp.fiocruz.br

Médica, Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora Adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz

Ana Luiza d'Ávila Viana (FM/USP) - anaviana@usp.br

Economista, Doutora em Economia, Professora Adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

Maria Paula Ferreira (Fundação SEADE) - mpferrei@yahoo.com.br

Estatística, Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados da Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo

Introdução

Na Europa Ocidental e América Latina, a descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados Nacionais desde o final dos anos 70 do século XX até os dias atuais.

A experiência internacional sugere que, em grande número de países (tais como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá), a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (BANKAUSKAITE; DUBOIS; SALTMAN, 2007). Essa agenda foi construída visando alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, e maior democratização e transparência dos processos decisórios na saúde.

Entretanto, na América Latina, ambos os processos (descentralização e regionalização) foram implementados com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização.

Particularmente, no Brasil, a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente na política nacional de saúde. Apesar de presente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização é reforçada somente a partir de 2000, quando da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, sendo concebida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde.

Nesse estudo, compreende-se a regionalização como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, agentes, organizações, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Segundo Bifulco (2009), a complexidade da regionalização se deve à necessidade de conciliação de “fenômenos quase inconciliáveis”, tais como: a institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território; a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais.

O trabalho tem como objetivo explorar algumas hipóteses sobre o atraso do processo de regionalização frente à descentralização no Brasil e a fragilidade de experiências combinadas no âmbito do SUS. Além disso, procura-se identificar o contexto da regionalização nos anos recentes e as principais mudanças introduzidas pelo Pacto pela Saúde. Em especial, as novas concepções e diretrizes que informam a delimitação e o

planejamento do espaço regional, e a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) intra-estaduais como instâncias de gestão compartilhada das regiões geográficas na saúde.

Por fim, busca-se elucidar os condicionantes estruturais do processo recente de regionalização nos estados, por meio da construção de uma tipologia nacional das regiões geográficas na saúde com base nos CGR formalmente constituídos até janeiro de 2010. A tipologia aqui apresentada permite a diferenciação dos CGR segundo graus de desenvolvimento econômico, social e características da rede de saúde dos municípios que os compõem.

O atraso da regionalização no SUS: algumas hipóteses explicativas

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde de 1990 vinculam a perspectiva territorial à diretriz da descentralização, por meio da regionalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Assim, no plano jurídico-legal, configura-se um projeto político audacioso para organização do sistema público de saúde que deve ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado no território, atendendo à diversidade regional do país (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

No entanto, desde que o SUS foi instituído, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema nacional de saúde foi a descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. A necessária integração de serviços, instituições e práticas, que impõem mudanças de peso no papel, nas funções, nas competências e nos modos de relacionamento entre os três níveis de governo não foi considerada a contento.

As razões para o privilegiamento da estratégia de descentralização podem ser explicadas pelo próprio momento de constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para as esferas subnacionais de governo foram identificadas no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e maior eficiência governamental. Sem embargo, outros fatores devem ser considerados na explicação da experiência brasileira, caracterizada pela dissociação entre os processos de descentralização e regionalização.

Em primeiro lugar, a descentralização, reduzida de seu significado precípua e compreendida exclusivamente como um processo de transferência da gestão dos serviços do SUS para as esferas subnacionais de governo, não foi inserida no contexto de um modelo político de desenvolvimento para o país (GADELHA *et al.*, 2009). A agenda desenvolvimentista, pelo contrário, saiu do cenário nacional e foi substituída pelo debate da redemocratização do Estado nos anos 80 e pela busca de estabilização fiscal e monetária nos anos 90 (SALLUM JR., 2004). A descentralização, portanto, não se configurou num

projeto estratégico de intervenção econômica e social com vistas ao desenvolvimento, adequando-se mais aos projetos de enxugamento do Estado brasileiro e de suas funções e de estabilização macroeconômica.

Nesse contexto, as condições para um projeto de descentralização virtuoso, que atendesse às finalidades da política nacional de saúde - de garantia do acesso universal às ações e serviços de saúde e da atenção integral compatível com as necessidades e demandas diferenciadas da população – e reduzisse a iniquidade em saúde em diferentes planos não foram asseguradas. Em consequência, os resultados da descentralização brasileira na saúde são contraditórios e altamente dependentes das condições prévias locais. Observa-se que as características dos sistemas descentralizados de saúde são bastante heterogêneas no território nacional, refletindo diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde e distintas disposições políticas de governadores e prefeitos (SOUZA, 2002).

Em segundo lugar, o território não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento para as diferentes áreas de governo ao longo desse período, restringindo-se às políticas de desenvolvimento macrorregional. Na saúde, e, em especial, no processo de descentralização, a dimensão territorial também não tem sido incorporada à formulação de políticas, embora iniciativas esporádicas tenham se dirigido para regiões mais carentes. Há, portanto, uma fragilidade da lógica territorial na formulação de políticas pública (VIANA *et al.*, 2007). A falta de um planejamento regional das estratégias de descentralização da política de saúde comprometeu sua adequação às múltiplas realidades que se apresentam no território brasileiro pela ausência de uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde e as dinâmicas territoriais visando à redução da iniquidade.

Em terceiro lugar, a descentralização acoplou-se ao desenho federativo consolidado pelas regras constitucionais brasileiras, privilegiando os municípios sem a face do planejamento regional e desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo. Seguindo o movimento mais geral de municipalização – de encargos e recursos - o SUS acentua o papel dos municípios pela provisão de serviços em seus territórios político-administrativos.

Em que pese os resultados positivos do processo de municipalização - a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e a incorporação de novos atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor– permaneciam, no final dos anos 90, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização de serviços de saúde devido à existência de milhares de sistemas locais isolados (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

Assim, o balanço que se faz do processo de descentralização no SUS é de que o mesmo foi importante para a expansão de cobertura dos serviços de saúde e induziu os estados e municípios a aumentarem seu peso no financiamento público em saúde. Porém, não foi capaz de resolver as imensas desigualdades presentes no acesso, utilização e gasto público em saúde, além de não ter conduzido à formação de arranjos mais cooperativos na saúde.

Contexto e condicionantes da regionalização nos estados

As propostas de regionalização têm início tardio e após sucessivos ciclos de descentralização (VIANA *et al.*, 2008) que ocorreram sob forte indução e regulação federal. De fato, até a edição da NOAS, publicada no ano de 2001, houve uma dificuldade em se traçar estratégias políticas que garantissem a integração das ações e serviços de diferentes níveis de complexidade situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativo (SOUZA, 2001). Embora essa norma não trouxesse avanços significativos para adequação regional dos processos de descentralização em curso, em função da excessiva normatividade técnica e rigidez embutida na proposta de conformação das microrregiões e regiões, é inegável que estimulou o planejamento regional no âmbito dos estados.

Assim, foi somente na virada dos anos 2000 que a regionalização, adquirindo um sentido mais organizativo para a rede de serviços de saúde, destaca-se como uma estratégia prioritária no âmbito da política nacional de saúde (MACHADO; VIANA, 2009). Entretanto, os modos de coordenação e condução política da rede regionalizada do SUS (a governança regional) não são tratados a contento, sendo uma questão de enorme complexidade que se configura diferentemente no território por fatores de ordem histórica, social e político-institucional.

Em muitas regiões, a governança é função da atuação de alguns poucos municípios que possuem papel diferenciado na rede de prestação de serviços. Em outras, as Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem um papel de destaque por meio da implantação e/ou reconfiguração de suas estruturas regionais (Coordenadorias, Diretorias, Escritórios ou Núcleos Regionais). E, na maioria das situações, arranjos e instrumentos de gestão compartilhada são conformados (Comissões Intergestores Regionais, Consórcios de Saúde), visando ampliar a coordenação federativa do processo de regionalização.

Entretanto, o grau de formalização e institucionalidade dos espaços de negociação de decisão envolvendo as secretarias municipais e estaduais são ainda incipientes. Em geral, não existem mecanismos e incentivos criados para garantir investimentos, alocação e gestão de recursos financeiros, para permitir a formalização dos acordos e parcerias intergovernamentais e a regulação das relações público-privadas a favor dos interesses da

saúde da população no espaço regional.

Lançado em 2006, o Pacto pela Saúde expressa o compromisso entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde (BRASIL, 2006a). Com o Pacto, novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, e na diversidade econômica, cultural e social do país para a redefinição das regiões geográficas na saúde (“regionalização viva”). Assim, ele retoma a regionalização como eixo central, reatualiza os instrumentos de planejamento da NOAS e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde (BRASIL, 2006b).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), já previsto na NOAS, adquire caráter mais sistêmico e alcance intersetorial ao permitir diferentes combinações de variáveis (de saúde, econômicas, sociais e culturais) para o estabelecimento das regiões em cada estado da federação.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), elemento novo criado pelo Pacto, configuram-se como instâncias de co-gestão dos espaços regionais definidos no PDR (BRASIL, 2009). Formados por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das Secretarias de Estado de Saúde) e do conjunto de municípios das regiões, podem ser considerados uma inovação da política de saúde ao criar um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável, o que possibilitará preencher aquilo que chamamos de “vazio” de governança regional.

Os CGR permitem a identificação de problemas, a definição de prioridades e de soluções para organização da rede assistencial, bem como a formalização de novos modelos de relacionamento entre provedores públicos e privados. Dessa forma, podem ser um instrumento poderoso para constituição de objetivos compartilhados e do estabelecimento de uma lógica voltada para o bem estar da população e as necessidades de saúde na provisão dos serviços.

A constituição dos CGRs nos estados brasileiros tem sido gradual com processos mais acelerados em algumas regiões do país e extrema lentidão em outras, como é o caso da região Norte do país.

Esse processo reflete condições diferenciadas entre os estados brasileiros. Alguns conformados ainda no período colonial com processos muito antigos de regionalização como é o caso de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul. Outros, mais recentemente, como são os casos do estado do Rio de Janeiro (estado que se constituiu por meio da fusão entre o extinto Distrito Federal e o antigo estado do Rio de Janeiro), do

Tocantins, e dos antigos territórios brasileiros transformados em estados (casos do Amapá, Roraima e Rondônia), cuja identidade estadual ou regional é muito incipiente.

As dificuldades de constituição de espaços regionais nos estados também decorrem do fato de que muitas vezes as linhas de integração dos serviços de saúde obedecem a lógicas territoriais que extrapolam suas fronteiras (presença de municípios que fazem limite e se relacionam com outros estados). Há também forte ingerência do poder político eleitoral (os chamado bolsões eleitorais de determinados políticos) em determinadas regiões, e pesadas heranças centralizadoras em alguns estados da federação.

Outras razões vinculam-se a concentração/centralização de recursos e tecnologias em algumas regiões (por exemplo, regiões metropolitanas ou sede de capitais estaduais em sua maioria situadas no litoral) e ao que chamamos de fatores estruturais ligados ao perfil sócio-econômico de uma determinada região: dado pela atividade econômica preponderante e seu grau de desenvolvimento, os indicadores sociais e a capacidade instalada da rede de serviços de saúde e seu grau de complexidade. Além disso, o mix público-privado na oferta de serviços também pode ser um elemento facilitador ou dificultador da montagem de redes integradas e regionalizadas.

O exercício feito a seguir, de abrangência nacional, pretende justamente evidenciar esse condicionante de natureza estrutural e que pode explicar, em parte, as razões do atraso da estratégia de regionalização no caso brasileiro.

Metodologia

Para a construção da tipologia das regiões geográficas na saúde com base nos CGR foram utilizados os modelos de análise fatorial e de análise de agrupamentos (*cluster analysis*). O primeiro consiste em uma técnica estatística de análise multivariada que se aplica à identificação de fatores para a agregação de um conjunto de medidas. Uma vez identificados os fatores, cabe ao pesquisador verificar se estes são coerentes e consistentes em relação à natureza dos fenômenos ou processos estudados. Esta técnica é freqüentemente utilizada na resolução de problemas envolvendo um grande número de variáveis, onde se deseja a redução deste número com a finalidade de facilitar o entendimento analítico dos dados. É também muito utilizada para fins de análise regional, onde se procura observar os padrões de semelhança ou diferença entre áreas sendo comparadas (por exemplo, municípios ou agregados municipais).

Já a análise de agrupamentos identifica perfis semelhantes em um conjunto de observações (no caso desta pesquisa os CGR) segundo um conjunto de variáveis selecionadas. Para a caracterização dos CGR foi construído um modelo de agrupamento onde se levou em consideração as condições socioeconômicas, a complexidade do sistema

de saúde (oferta e densidade tecnológica dos serviços prestados) e as condições de saúde dos municípios que os compõem.

As variáveis utilizadas foram os escores gerados na análise fatorial. A Tabela 1 contém os indicadores selecionados para a conformação dos fatores. As informações foram obtidas nos sítios da Internet - DATASUS (www.datasus.gov.br), Fundação IBGE (www.ibge.gov.br) e IPEA (www.ipea.gov.br) - para os 5071 municípios brasileiros que conformam os 397 CGR formalmente constituídos até janeiro de 2010, e que representam cerca de 173 milhões de habitantes. Não foram incluídos os municípios dos estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí, para os quais não haviam sido estabelecidos os CGR.

Para a dimensão socioeconômica, a análise fatorial produziu quatro fatores, ou seja, as 14 variáveis originais foram reduzidas a quatro, com uma explicação de 91% da variabilidade total; para a dimensão condições de saúde, o modelo resultou em quatro fatores, que explicam 72% da variabilidade total, e; para a dimensão complexidade do sistema de saúde foram gerados dois fatores que respondem por 77,6% da variabilidade total.

Na análise de agrupamentos, porém, foram utilizados somente três fatores que se mostraram mais importantes para explicação do modelo. Estes fatores podem ser descritos como:

Fator 1- desenvolvimento econômico: relacionado ao grau de desenvolvimento econômico dos municípios pertencentes aos CGR. Os CGR que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente.

Fator 2 – desenvolvimento humano: relacionado aos componentes do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH –M. Os CGR que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios que apresentam maiores níveis de renda, escolaridade e longevidade.

Fator 3 – complexidade do sistema de saúde: relacionado à complexidade dos serviços ofertados no CGR, maiores valores nesse fator indicam maior complexidade do sistema de saúde.

Posteriormente, procurou-se descrever cada agrupamento gerado segundo suas principais características incluindo distribuição geográfica, população, despesa em saúde, perfil da oferta e cobertura de serviços de saúde. De acordo com o mix público-privado dos prestadores do SUS foi possível identificar os CGR cuja oferta é predominantemente pública, privada ou de tipo intermediário (híbrido público e privado, sem padrão preponderante).

Tabela 1. Principais características dos agrupamentos socioeconômicos de CGR

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
CGR	183	78	62	27	47	397
% no total de CGR	46,1%	19,6%	15,6%	6,8%	11,8%	100,0%
Municípios	2.047	1.041	1.080	328	575	5.071
% no total de municípios	40,4%	20,5%	21,3%	6,5%	11,3%	100,0%
População (projeção 2008)	41.513.911	20.067.424	18.914.174	63.543.001	29.564.292	173.602.802
% no total da população	23,9%	11,6%	10,9%	36,6%	17,0%	100,0%
Média de municípios por CGR	11	13	17	12	12	13
Média da população por município	20.280	19.277	17.513	193.729	51.416	34.234
Beneficiários de planos de saúde na população (%)	3,6	16,3	9,6	35,6	32,2	22,3
População cadastrada no PSF (%)	72,5	52,2	58,3	30,7	29,2	45,9
Médicos por mil habitantes	0,54	1,29	0,92	2,10	1,74	1,45
Médicos SUS no total de médicos (%)	92,2	85,4	87,0	70,0	74,3	75,7
CGR com faculdades de medicina (%)	4,4	29,5	14,5	85,2	51,1	21,9
Leitos por mil habitantes	1,8	2,3	1,9	2,0	1,8	1,9
Leitos SUS no total de leitos (%)	87,4	75,2	75,4	63,9	68,3	71,5
Despesas totais em saúde por habitante (R\$ 2008)	240	315	282	324	332	300
Transferência SUS por habitante (R\$ 2008)	120	116	106	138	112	123
Transferência SUS na despesa total em saúde (%)	49,8	36,8	37,8	42,5	33,7	41,0

Fonte: Datasus. Elaboração dos autores.

Nota: Excluídos os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí.

Resultados e discussão

Os agrupamentos resultantes do modelo de *cluster analysis* aplicado nos escores fatoriais produzidos classificaram os 397 CGR em cinco grupos socioeconômicos (Quadro 1), que podem ser descritos como:

Grupo 1: engloba 183 CGR e cerca de 24% da população brasileira estudada, com seus componentes localizando-se basicamente nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte (84%). Apresentam menor desenvolvimento econômico e humano e sistema de saúde com baixa complexidade, quando comparado com os demais grupos.

Grupo 2: engloba 78 CGR e 11,6% da população brasileira, com seus componentes localizando-se nas regiões Sudeste e Sul (95%). Caracterizam-se por apresentar baixo desenvolvimento econômico, mas alto desenvolvimento humano. O sistema de saúde se situa entre os de maior complexidade no conjunto dos CGR, da mesma forma a capacidade instalada.

Grupo 3: engloba 62 CGR e cerca de 11% da população, com seus componentes localizando-se nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (94%). Caracterizam-se por apresentar um perfil socioeconômico similar ao Grupo 2, porém com um sistema de saúde menos *complexo*.

Grupo 4: engloba 27 CGR e 36,6% da população, com cerca de 73% seus componentes localizando-se nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Esses CGR agregam os municípios mais desenvolvidos economicamente do Brasil e sistemas de saúde complexos.

Grupo 5: engloba 47 CGR e 17% da população, com 100% localizados nas regiões Sudeste e Sul. Caracterizam-se por apresentar alto desenvolvimento humano, médio desenvolvimento econômico e sistemas de saúde complexos.

Quadro 1. Características dos cinco grupos socioeconômicos de CGR segundo desenvolvimento econômico, desenvolvimento humano e complexidade do sistema de saúde

Grupos	Desenvolvimento econômico	Desenvolvimento Humano	Complexidade do sistema de saúde
1	Baixo	Baixo	Menos complexo
2	Baixo	Alto	Mais complexo
3	Baixo	Médio	Menos complexo
4	Alto	Alto	Mais complexo
5	Médio	Alto	Mais complexo

Fonte: DATASUS; Fundação IBGE; IPEA; elaboração dos autores.

A distribuição espacial e as principais características dos cinco grupos socioeconômicos podem ser visualizadas no Mapa 1 e Tabela 2 apresentados a seguir.

A tipologia de CGR nos permite visualizar dois Brasi(s): um primeiro conformado por uma situação socioeconômica menos desenvolvida e um sistema de saúde menos complexo; o segundo, ao contrário, com situação socioeconômica mais desenvolvida e um sistema de saúde mais complexo. Essa divisão é geográfica, separando as regiões brasileiras no sentido Norte-Sul. Habitam o primeiro Brasil, 24% da população brasileira e, o segundo, 54%. Dentro do segundo Brasil, há bolsões de baixo dinamismo econômico, porém com indicadores sociais altos e médios e sistemas de saúde mais e menos complexos.

Do ponto de vista da prestação, tanto numa como noutra situação, observam-se presença expressiva de prestadores públicos ou privados, e ainda situações sem padrão predominante (padrão intermediário). Mas existem diferenças importantes: a predominância do prestador público se dá no Norte (menos desenvolvido), mas é seguido, em grau de importância, no Sul (mais desenvolvido). Isto é, o prestador público se alinha com os extremos (baixo e alto desenvolvimento econômico). Porém, no grupo mais desenvolvido, também aparece uma predominância do tipo intermediário.

Quando examinamos o comportamento de outras variáveis nos agrupamentos de CGR, como era de se esperar, a maior despesa total em saúde por habitante é típica dos grupos mais desenvolvidos, bem como a transferência do SUS. É característica do primeiro Brasil, baixa cobertura de planos e seguros, expressiva cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), baixa relação médico por mil habitantes, maior percentual de médicos SUS no total de médicos e maior percentual de leitos SUS. No outro Brasil, os planos cobrem pouco mais de 30% da população, da mesma forma que o PSF, há mais médicos por mil habitantes (4 vezes mais) e presença expressiva de Faculdades de Medicina.

Tabela 1. Principais características dos agrupamentos socioeconômicos de CGR

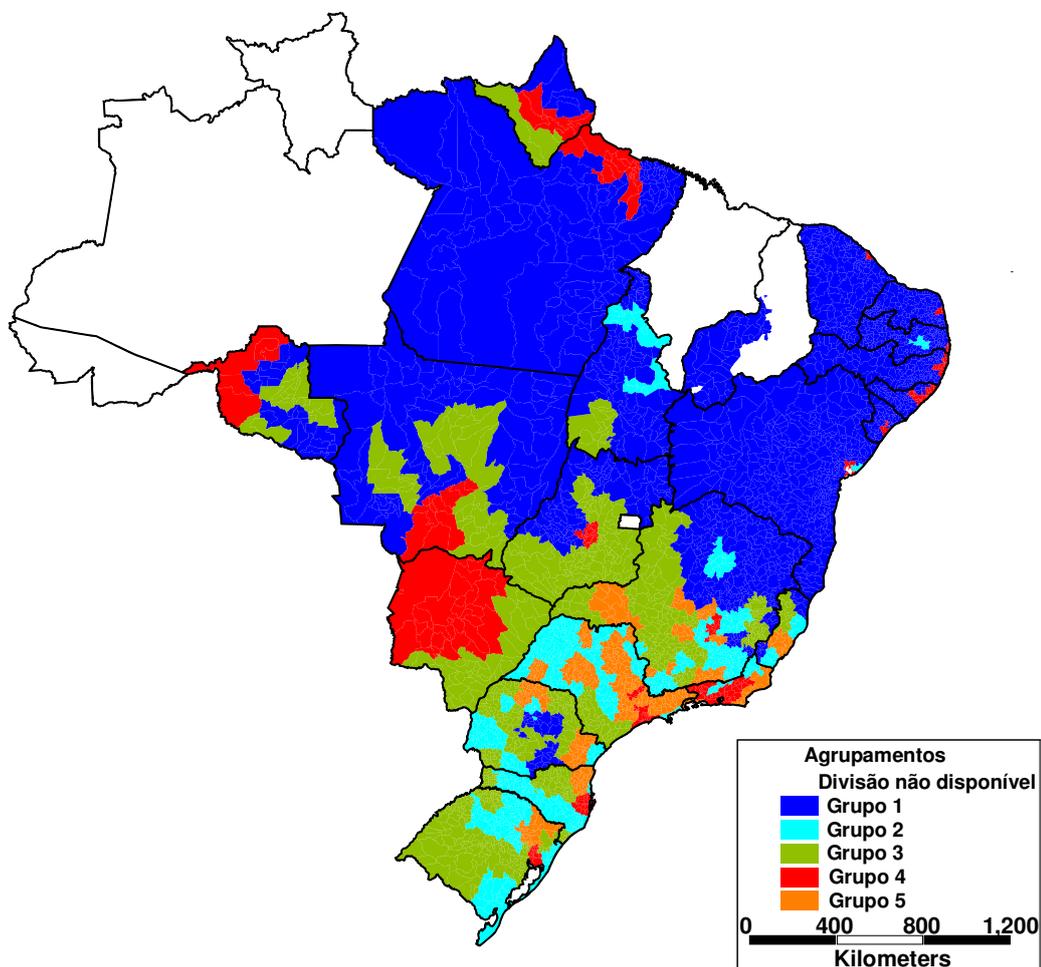
Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
CGR	183 (46,1%)	78 (19,6%)	62 (15,6%)	27 (6,8%)	47 (11,8%)	397 (100,0%)
Municípios	2.047 (40,4%)	1.041 (20,5%)	1.080 (21,3%)	328 (6,5%)	575 (11,3%)	5.071 (100,0%)
População	41.513.911 (23,9%)	20.067.424 (11,6%)	18.914.174 (10,9%)	63.543.001 (36,6%)	29.564.292 (17,0%)	173.602.802 (100,0%)
Média de municípios por CGR	11	13	17	12	12	13
Média da população por município	20.280	19.277	17.513	193.729	51.416	34.234
Beneficiários de planos de saúde na população (%)	3,6	16,3	9,6	35,6	32,2	22,3
População cadastrada no PSF (%)	72,5	52,2	58,3	30,7	29,2	45,9
Médicos por mil habitantes	0,54	1,29	0,92	2,10	1,74	1,45
Médicos SUS no total de médicos (%)	92,2	85,4	87,0	70,0	74,3	75,7
CGR com faculdades de medicina (%)	4,4	29,5	14,5	85,2	51,1	21,9
Leitos por mil habitantes	1,8	2,3	1,9	2,0	1,8	1,9
Leitos SUS no total de leitos (%)	87,4	75,2	75,4	63,9	68,3	71,5
Distribuição dos CGR segundo perfil predominantemente e público do prestador SUS (%)	66,1	17,9	37,1	40,7	29,8	37,4
Distribuição dos CGR segundo perfil predominantemente e privado do prestador SUS (%)	11,5	43,6	21,0	14,8	19,1	46,1
Distribuição dos CGR segundo perfil intermediário (público-privado) do prestador SUS (%)	23,9	34,7	35,7	46,1	54,7	39,8

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Total
Despesas totais em saúde por habitante (R\$ 2008)	240	315	282	324	332	300
Transferência SUS por habitante (R\$ 2008)	120	116	106	138	112	123
Transferência SUS na despesa total em saúde (%)	49,8	36,8	37,8	42,5	33,7	41,0

Fonte: DATASUS; Fundação IBGE; IPEA; elaboração dos autores.

Nota: Excluídos os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí.

Mapa 1. Distribuição dos CGR segundo os agrupamentos socioeconômicos



Fonte: DATASUS; Fundação IBGE; IPEA; elaboração dos autores.

Nota: Excluídos os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Maranhão e parte do Piauí.

O que nos sugere a tipologia apresentada: “Belíndia” revisitada?

Nos anos 70 do século passado, o economista Edmar Bacha cunhou a expressão “Belíndia” para designar o fenômeno de dois Brasis: um semelhante à Bélgica (nas regiões Sudeste e Sul) e outro, semelhante à Índia (nas regiões Norte e Nordeste). Não temos como não pensar nesse retrato ao fazer esses comentários finais.

Porém, fica apenas como lembrança de uma grande reflexão, pois há fortes indícios de que o que separa um e outro Brasil não é tão significativo, pelo menos no tocante à política de saúde. Isto é, as diferenças no gasto *per capita* em saúde e no número de leitos por mil habitantes são menores do que no passado, além do primeiro Brasil contar com uma alta cobertura de atenção primária (mais de 70% da população está cadastrada no PSF). Isso indica que políticas redistributivas na área da saúde (como o Piso da Atenção Básica (PAB), o Programa de Saúde da Família e a própria estratégia da descentralização, por exemplo), diminuíram essas distâncias.

A presença predominante do prestador público também chama atenção nos dois Brasis, indicando que elas seguiram duas trajetórias complementares: cuidar dos menos favorecidos e garantir hegemonia tecnológica no país desenvolvido. Esses dados nos permitem, e isso é muito bom, não revisitar a “Belíndia”, mas apontar para uma nova configuração do sistema de saúde e da política de proteção social onde a divisão Norte/Sul se encurtou.

Permanece a questão regional, porém ela é mais acentuada do ponto de vista econômico e social do que relativo à política de saúde. Como os dados estão referidos para um ano, é de se esperar que o encurtamento da distância, em futuro próximo, seja maior, dado a maior oferta de assistência e a possibilidade que isso se reflita e impacte nos indicadores sociais e de saúde.

Os resultados encontrados nesta pesquisa podem auxiliar na constituição de redes de atenção à saúde e formulação de novas iniciativas no campo regional. Espera-se que o aprimoramento da estratégia de regionalização e a construção de instrumentos de regulação diversificados, flexíveis e, sobretudo, mais ajustados às realidades regionais possam contribuir para reduzir ainda mais as desigualdades territoriais no país.

Referências bibliográficas

BANKAUSKAITE, Vaida; DUBOIS, Hans F.W.; SALTMAN, Richard B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, Richard B.; BANKAUSKAITE, Vaida; VRANGBAEK, Karsten (Orgs.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. England: Open University Press, 2007. p. 22-43.

- BIFULCO, L. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: LACOUMES, P.; GALÉS, P. *Gli strumenti per governare*. Italia: Bruno Mondador, 2009. p. 283-305.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento*. (Série Pactos pela Saúde, v.10). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. (Série Pactos pela Saúde, v.3). Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.
- BRASIL, Portaria GM/MS n.399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 2006 a. 23 fev.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990. 20 set.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois *et al.* Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo E.M.; IBAÑEZ, Nelson (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 97-123.
- MACHADO, Cristiani Vieira; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo E.M.; IBAÑEZ, Nelson (Orgs.). *Saúde, desenvolvimento e território*. São Paulo: Hucitec, 2009. p: 21-59.
- NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.
- SALLUM JR., Brasílio. Crise, democratização e liberalização no Brasil. In: SALLUM JR., Brasílio (Org.). *Brasil e Argentina hoje: política e economia*. Bauru, São Paulo: Edusc, 2004. p.47-77.
- SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.
- SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, 451-455, 2001.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n.1, p. 92-106, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, Suppl.2, p. S117-S131, 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

Agradecimentos

O trabalho se insere em uma pesquisa interinstitucional (USP e ENSP) de abrangência nacional intitulada “Avaliação nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS”. A pesquisa contou com o apoio financeiro da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde e a Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.