

---

# Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos

---



**IEPS**  
Instituto de Estudos  
para Políticas de Saúde

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

**UMANE**

## FICHA TÉCNICA

### Realização

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS  
Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS  
Umane

### Elaboração

Renilson Rehem (OPAS)  
Renato Tasca (IEPS)  
Frederica Padilha (IEPS)  
Beatriz Almeida (IEPS)  
Agatha Eleone (IEPS)  
Arthur Aguillar (IEPS)  
Mariana Carrera (FGVsaúde)

### Coordenação

Arthur Aguillar *Diretor de Políticas Públicas (IEPS)*  
Renilson Rehem *Consultor OPAS*  
Renato Tasca *Consultor IEPS*

### Design

Estúdio Massa  
Helena Ciorra (IEPS)

### Agradecimentos

Os autores agradecem a Julio Pedroza, Coordenador de Sistemas e Serviços de Saúde e Capacidades Humanas para a Saúde da OPAS/OMS no Brasil e à equipe da OPAS pelo apoio e viabilização dessa pesquisa;

Aos especialistas de diferentes áreas no tema da Regionalização que responderam aos questionários e contribuíram com reflexões essenciais para o desenvolvimento deste estudo;

Aos comentários de Rudi Rocha, Leonardo Rosa, Matías Mrejen, e Maria Cristina Franceschini.

Ao National Institute for Health and Care Research pelo apoio para a realização dessa pesquisa.



### Estudo Institucional n. 11. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Sugestão para citação: Rehem, R., Tasca, R., Padilha, F., Almeida, B., Eleone, A., Aguillar, A., Carrera, M. (2023) Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos. Estudo Institucional n. 11. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

**Creative Commons:** Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrados os documentos originais: **[www.ieps.org.br](http://www.ieps.org.br)**

### Informações:

[contato@ieps.org.br](mailto:contato@ieps.org.br)  
+55 (11) 4550-2556

**Agosto/2023**

# Sumário

## Sumário Executivo

## Introdução

## Metodologia

Adesão

## Resultados

### PRIMEIRA ETAPA:

Percepções sobre a necessidade de fortalecer a regionalização (Questionário 1)

Processo de descentralização e municipalização

Gestão Estadual

Instrumentos de articulação interfederativa

Novos modelos de governança para a gestão da rede regional de serviços e a delegação da gestão dos serviços de saúde municipais para a Região de Saúde

Efeitos do modelo de governança com mais autonomia às Regiões de Saúde

Modelo de administração da Rede Regional de Serviços mais efetivo e viável

Desafios jurídico-institucionais e do financiamento para novos modelos de gestão regional

04

07

13

15

16

16

16

17

17

18

18

19

20

### SEGUNDA ETAPA:

Propostas para uma efetiva gestão regional do SUS (Questionário 2)

Revisão do papel da Gestão Estadual

Revisão do papel dos municípios

Secretaria Executiva da CIR

Fundo Regional de Saúde

Programa de investimento para reduzir brechas de oferta entre regiões

### Discussão

Desafios da regionalização

Reação dos especialistas a proposta inovadoras

Regionalização: visão técnica versus visão política

Reflexões para aprimorar a regionalização no SUS

### Referências

### Apêndice

A - Pesquisa qualitativa sobre propostas inovadoras de regionalização dos serviços assistenciais do SUS 1ª etapa (Questionário 1)

B - Pesquisa qualitativa sobre propostas inovadoras de regionalização dos serviços assistenciais do SUS 2ª etapa (Questionário 2)

21

21

22

23

24

24

26

26

26

27

28

29

32

32

42

# Sumário Executivo

A Regionalização da Saúde é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) para a oferta de recursos e serviços de saúde, visando organizá-los de maneira hierarquizada e integrada, considerando as características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada região.

A partir do início da década de noventa, a regionalização do SUS foi objeto de intensa produção normativa federal, com diversas portarias do Ministério da Saúde (MS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), além de um Decreto Legislativo promulgado em 2011. Contudo, um recente estudo do IEPS sobre o tema (Estudo institucional n. 7 - A Regionalização da Saúde no Brasil) mostrou que as mudanças nos fluxos assistenciais observadas nas últimas duas décadas não podem ser atribuídas exclusivamente a essas medidas, mas que possivelmente estejam associadas a outras variáveis, como a expansão da rede viária e o crescimento econômico. Existe uma relevante produção acadêmica sobre o processo de regionalização do SUS que, em geral, destaca a insuficiência do modelo atual e ressalta a atenção sobre este tema.

No presente estudo, analisamos as opiniões de especialistas sobre os mecanismos e instrumentos que atualmente regulam e orientam a regionalização do Sistema Único de Saúde. Busca-se também entender as perspectivas destes especialistas sobre a introdução de inovações nos mecanismos interfederativos de interlocução e governança.

O grupo de atores entrevistados foi formado por gestores e ex-gestores de saúde, públicos e privados, acadêmicos, políticos e especialistas. Da análise das respostas, emerge um quadro difuso de insatisfação com as normas que atualmente regulam a regionalização do SUS e com seus resultados. Em particular, encontramos um alto nível de consenso nos seguintes desafios:

- As normas federais do SUS sobre regionalização não obtiveram os resultados esperados e há necessidade de revisão dos mecanismos de descentralização;
- Faltam recursos e modelos de financiamento para impulsionar a regionalização;
- Persistem grandes brechas de oferta e desigualdades de acesso aos serviços de atenção à saúde, que inviabiliza a regionalização real;
- As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) não estão suficientemente preparadas para conduzir a regionalização;
- Existem frequentes dificuldades de gestão de serviços assistenciais nos municípios, especialmente nos de pequeno porte.



Identificamos também consenso sobre alguns problemas específicos, apontados pelos entrevistados:

- Há fragmentação e perda de escala no SUS, devido à uma descentralização excessiva, ou não adequadamente organizada;
- A gestão estadual não assume o protagonismo necessário como indutora do processo de regionalização;
- Existe uma fragilidade nos atuais mecanismos de pactuação regional do SUS;
- É insuficiente a capacitação técnica das equipes nas gestões municipal e estadual para conduzir a regionalização.

Quando consultados sobre a necessidade de introduzir mudanças na normativa atual, os especialistas apresentaram posições divergentes:

- Um grupo de entrevistados acredita que os problemas podem ser equacionados com os mecanismos de pactuação atualmente em vigor no SUS. De acordo com essa visão, as soluções residem na área técnico-administrativa, mediante novas normas federais, treinamento, tecnologia de informação e comunicação, enquanto medidas mais radicais poderiam ameaçar a autonomia municipal.
- Outro grupo considera necessária uma revisão radical das normas que regulam as relações interfederativas e se diz favorável a uma abordagem mais aberta, atenta às relações e alianças com os atores loco-regionais, criando regiões de saúde com maior poder de decisão e responsabilidades de gestão dos serviços.

Os especialistas foram também consultados sobre algumas propostas inovadoras para o enfrentamento dos principais desafios de regionalização:

- A maioria dos entrevistados considerou positiva a proposta de criação de uma Secretaria Executiva da CIR (Comissão Intergestores Regional), que exerceria a função de Autoridade Sanitária Regional, com apoio e coordenação da SES. Contudo, registramos divergências sobre o rol de funções e o nível de autonomia desta entidade, bem como dúvidas sobre a sua real eficácia, sem dispor de modelos de financiamento adequados e um marco legal/regulatório sólido.
- Também observamos consenso sobre a proposta de criar um Fundo Regional de Saúde, para a gestão do financiamento e do custeio das ações e serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Média e Alta Complexidade (MAC) da região. Os especialistas, na sua maioria, consideram que este fundo deveria ser gerido pela Secretaria Executiva da CIR.
- Outra proposta que foi bem avaliada pelos especialistas foi a de instituir um programa de investimento nas redes de serviços para reduzir as desigualdades regionais.

Vale a pena destacar que a necessidade de fortalecimento institucional das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para a condução da regionalização foi um dos temas de maior consenso entre os especialistas. SES qualificadas e empoderadas são vistas como essenciais para apoiar a gestão regional. De fato, as recentes experiências de sucesso de muitos estados na resposta à pandemia de covid-19 mostram que o gestor estadual tem capacidade de organizar rapidamente e de forma eficaz a rede de serviços.

Por fim, um dos principais resultados desta pesquisa foi a identificação de pontos de convergência sobre desafios e soluções possíveis para aprimorar a regionalização do SUS. O fato que algumas propostas bastante provocadoras, como a da Secretaria Executiva da CIR, ou do Fundo Regional de Saúde foram bem avaliadas, indica interesse dos atores consultados na realização de um debate aberto sobre como avançar nessa agenda. Acredita-se que propostas transformadoras, como as aventadas nesta pesquisa, possam representar um ponto de partida para estimular e enriquecer este debate, rumo a uma política nacional de regionalização que torne o SUS mais resiliente e sustentável, com uma rede de serviços de atenção à saúde integrais, seguros e de qualidade, acessíveis a todas as pessoas.

# Introdução

A operacionalização do Sistema Único de Saúde envolve uma complexa rede de responsabilidades compartilhadas entre os entes federados. A articulação entre estes diferentes níveis de governo é essencial para uma distribuição equitativa e eficiente dos recursos e serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros. A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 198, prevê a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, tendo a descentralização como uma de suas bases. A Regionalização da Saúde é um princípio organizativo do SUS para a oferta de recursos e serviços de saúde de média e alta complexidade, visando organizá-los de maneira hierarquizada e integrada, considerando as características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada região.

Segundo o decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, considera-se Região de Saúde “o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” Em 2022, o Brasil contava com 450 regiões e 117 macrorregiões de saúde, mas esse número pode variar ao longo do tempo, uma vez que a organização e a divisão regional podem sofrer alterações conforme as políticas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O recente estudo de Guerra (2023) demonstra que existem vazios assistenciais gerados por fortes desigualdades de oferta de serviços entre as regiões de saúde no Brasil. A organização dos territórios em macrorregiões é capaz de garantir suficiência para as internações de média complexidade, por haver maior heterogeneidade na oferta entre as regiões de saúde. Contudo, no caso das hospitalizações de alta complexidade, a maioria das regiões e macrorregiões dependem de serviços localizados fora do seu território. Em geral, e de forma mais acentuada nas regiões Norte e Nordeste, os ambulatorios e os hospitais de alta complexidade estão concentrados nas capitais, resultando em elevado grau de dependência nos outros territórios.

Além de problemas estruturais como a desigualdade de oferta, a efetivação da regionalização no SUS apresenta os desafios ligados à capacidade técnica e gerencial dos entes federados e a falta de integração entre os serviços de saúde. Além disso, a região de saúde não é um ente federativo e tampouco conta com uma pessoa jurídica ou com uma autoridade sanitária própria, dependendo especialmente da articulação e de arranjos institucionais entre os entes federativos que a compõem para a efetivação das políticas de saúde de modo integrado no seu território.

Segundo Arretche (2012), esses arranjos passam pela divisão de responsabilidades e de autonomia decisória em três perspectivas: normatização; financiamento e execução das políticas, levando a distintos graus de autonomia ou integração.

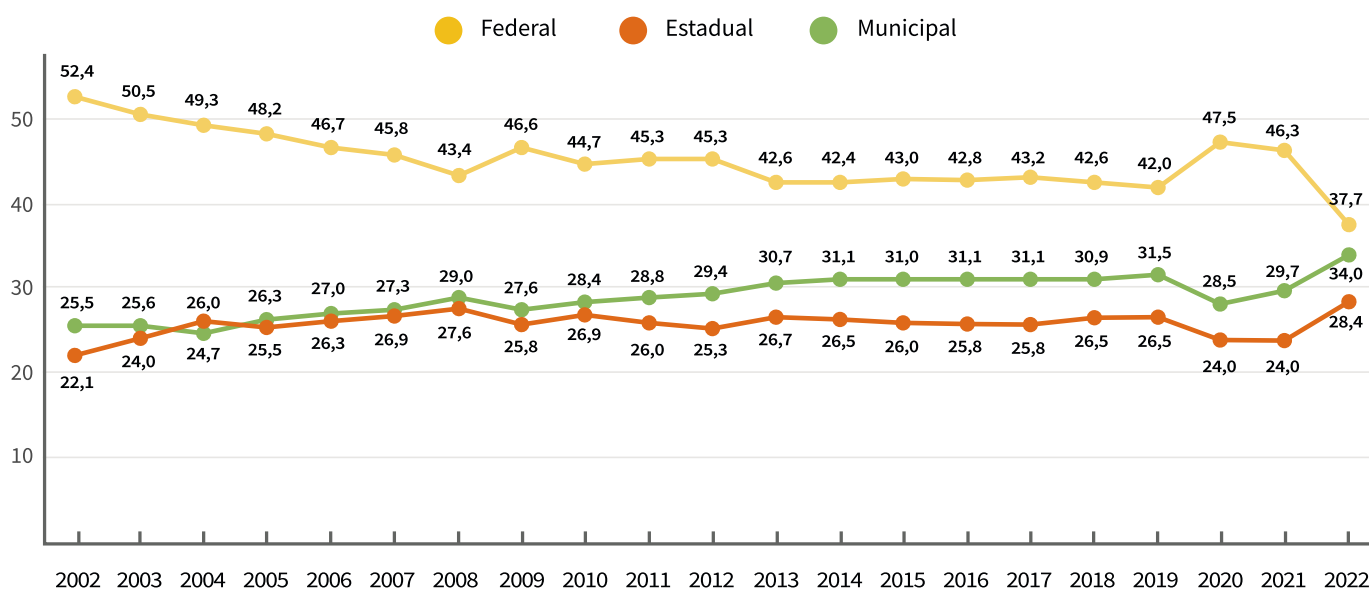
No contexto do processo de Regionalização do SUS, a perspectiva da normatização vem sendo pautada pela União através de uma série de instrumentos normativos que, segundo estudo recente, não foram capazes de induzir mudanças nos fluxos assistenciais (Rocha, Rache & Nunes, 2022). Entre outros resultados, o estudo destaca que o percentual de hospitalizações que aconteceram fora da região de saúde de residência do paciente aumentou de 11,3% em 1999 para 15,3% em 2019.



Sob a perspectiva do financiamento, Duarte et al. (2018), apontam que as normativas mais recentes do processo de regionalização direcionadas às redes temáticas resultaram principalmente na ampliação das transferências de recursos fragmentadas e condicionadas para ações de saúde de média e alta complexidade. Segundo os autores, este modelo fragmentado e determinado de forma exógena ao território, restringe a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo o municipal, em determinar o modelo assistencial de acordo com as necessidades de saúde locais.

A participação dos entes federativos no financiamento da saúde mudou nas últimas décadas, com um aumento expressivo da participação municipal. Evidencia-se uma dependência fiscal agudizada a partir de 2015, especialmente para o financiamento da saúde nos municípios de menor renda, que são mais dependentes das transferências (Cruz et al. 2022). O Gráfico 01 apresenta a evolução da composição do gasto em saúde pelas diferentes esferas de governo desde o ano 2000:

**Gráfico 01: Evolução do Gasto em Saúde por esfera de gestão (em %)**



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Para a terceira perspectiva, de execução de políticas, cabe aos municípios a gestão plena dos serviços de atenção primária à saúde, aos estados a responsabilidade de executar as ações e serviços de saúde de média e alta complexidade e a União tem a responsabilidade de formular políticas nacionais de saúde, coordenar e financiar o SUS.

Em termos do processo de normatizações, podemos dividir o processo de regionalização do SUS em dois ciclos, referentes à década de 1990 e 2000. Os instrumentos normativos do primeiro ciclo estão resumidos a seguir:

## Primeiro ciclo - Década de 1990

Fortalecimento da descentralização com foco nos municípios

### 1990

**Lei Orgânica da Saúde 8080**, regulamenta o SUS e as atribuições de cada ente federativo; e **Lei 8142**, estabelece os mecanismos de participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos conselhos e conferências de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros;

### 1993

**Norma Operacional Básica**, amplia o processo de municipalização e habilita municípios em modalidades de gestão incipiente, parcial e semi-plena; cria a transferência financeira regular e fundo a fundo; cria as Comissões Intergestores bi e tripartite e define o papel dos estados, ainda que de forma frágil;

### 1996

**Norma Operacional Básica**, dá ênfase na municipalização no financiamento e nos mecanismos de gestão, definindo papéis e responsabilidades de cada esfera de governo, caracterizando responsabilidades sanitárias;

Nesta primeira fase, acompanhando um processo mais amplo de descentralização, os instrumentos reforçaram a autonomia e a atribuição de cada ente federativo na organização do sistema de saúde, com crescente e expressiva transferência de responsabilidades e atribuições do nível federal para os estados e municípios. Marcam ainda um crescimento acelerado das transferências “fundo a fundo”, substituindo progressivamente a lógica de pagamento por produção diretamente pelo gestor federal (Servo, 2020).

Contudo, apesar da diretriz organizacional, na prática observa-se grande heterogeneidade na sua implementação. Foram estabelecidos diferentes tipos de acordos entre estados e municípios no âmbito das Comissões Bipartites (CIB), inclusive, quanto à definição das responsabilidades de gestão das unidades prestadoras de serviços. Em muitos casos, a divisão de funções respeitou a densidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde, em outros, a natureza dos serviços oferecidos (ambulatorial ou hospitalar) ou sua abrangência (local, regional ou estadual). Muitos municípios assumiram a responsabilidade pela rede ambulatorial e mesmo de serviços hospitalares, enquanto outros, sobretudo os de pequeno porte, ainda têm dificuldade de oferecer os serviços relacionados à atenção primária.

No final da década de 1990, estados e municípios responderam a esse processo difundindo a ideia de que a consolidação do SUS exigia considerar variáveis técnicas, operacionais, territoriais, populacionais e assistenciais específicas para a formação de redes regionais e resolutivas de serviços. Essa resposta trouxe a tona a necessidade de se avançar nos seguintes aspectos: i) concentração de serviços complexos em poucos municípios; ii) divisão de responsabilidades entre estados e municípios; iii) falta de definição do papel da gestão estadual; iv) a fragilidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde; v) um modelo de alocação de recursos incoerente com a regionalização.

Neste contexto, surge um novo ciclo de instrumentos normativos, descritos a seguir, com o objetivo de fazer frente aos desafios destacados.



## Segundo ciclo - Anos 2000

### Modelo federal de regionalização

#### Portaria Nº 399, do Pacto pela Saúde;

ênfatisa o disposto na Constituição Federal de 1988 e Lei nº 8080/90, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizando os serviços das regiões de saúde e fortalecendo o SUS de acordo a três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

#### Decreto Nº 7.508 de 2011

lança uma série de inovações: o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), um acordo entre os três gestores com responsabilidades, indicadores e metas para o provimento de serviços de saúde; a região de saúde passa a ser definida com maior precisão; é criado um rol de ações e serviços mínimo a ser ofertados pela região de saúde

2006

2011

2001-2002

**Normas Operacionais da Assistência 01 e 02,** que: (01) promoveu a regionalização estabelecendo as regiões de saúde, as diretrizes para a hierarquização da rede de serviços de saúde e fortaleceu a atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde; e (02) estabeleceu as diretrizes para a organização das ações de média e alta complexidade no SUS, definiu critérios para a habilitação de municípios e estados na gestão de serviços de média e alta complexidade e buscou aprimorar a regionalização para ampliar a equidade no acesso a serviços de saúde (Brasil, 2001, Brasil 2002).

2010

**Portaria Nº 4.279:** introduziu as redes de atenção à saúde (RAS) no âmbito nacional e estabeleceu as diretrizes para a sua estruturação nas regiões de saúde. A integração dos serviços está baseada na lógica das “redes temáticas de atenção à saúde”, organizada de acordo a grandes linhas de cuidado: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção Psicossocial.

2017-2019

**Resoluções CIT (Nº 23; Nº 37 Nº 44)** estabeleceram diretrizes para os processos de Regionalização, mediante o Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e definiram posteriormente os mecanismos de governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.

As novas normas não parecem ter obtido os efeitos esperados, apresentando pouco impacto na organização funcional do sistema (Lima et al., 2012; Rocha et al., 2022). Na ausência de incentivos ou sanções, os gestores não aderiram aos instrumentos normativos inovadores, cujo exemplo mais evidente é o do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), com o intuito de firmar os acordos intergovernamentais, organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, porém nunca implementado em escala nacional (Jaccoud & Meneses, 2020; Ouverney et al., 2017).

Uma segunda explicação para a pouca efetividade das medidas adotadas reside na falta de priorização política da regionalização por parte dos governos estaduais e do governo federal (Moreira et al., 2017 & Viana et al., 2018).

Sob a perspectiva dos fluxos de pacientes entre regiões, Rocha et al. (2022) sugerem uma organização regional crescente do sistema de saúde com uma diminuição das distâncias de territórios até municípios provedores de serviços de saúde paralelamente a uma maior especialização



de alguns municípios dentro das regiões de saúde. No entanto, os autores apontam que as normas federais podem não ter tido influência na organização dos fluxos assistenciais, que parece ter se dado mais como um movimento espontâneo da expansão natural do sistema, como, por exemplo, o desenvolvimento da malha de transporte entre municípios, ou o desenvolvimento econômico e crescimento da renda per capita de modo geral.

Os esforços normativos também parecem não contemplar outro desafio crescente ao processo de regionalização, qual seja, a delegação de serviços de saúde regionais a entidades do setor privado, sem ou com finalidade de lucro. A presença de empresas privadas, como hospitais, clínicas e planos de saúde, pautada pela lógica do lucro e pela busca por mercados mais rentáveis pode levar à concentração de serviços e recursos em regiões com maior potencial de gerar lucros, em detrimento de regiões menos desenvolvidas e com maior vulnerabilidade socioeconômica (Viana et al. 2018).

De acordo com Viana et al. (2018), a visão de regionalização da saúde permanece limitada à organização dos serviços assistenciais, sem contemplar a influência de outros atores estratégicos locais, cuja parceria é indispensável para alcançar uma efetiva regionalização.

Entre estes atores cabe destacar ainda a emergência dos consórcios públicos como uma alternativa organizacional para atender às demandas locais e regionais. As evidências têm apontado ganhos na adoção deste modelo, sobretudo para municípios pequenos e médios (Flexa, 2020), mas este arranjo nem sempre agrega municípios de modo convergente à região de saúde.

Neste cenário, o sucesso das estratégias nacionais voltadas para reduzir a fragmentação das ações e serviços de saúde e promover a regionalização no SUS passou a depender expressivamente dos contextos político-institucionais de cada unidade da federação (Lima et al., 2012).

Estes contextos, por sua vez, parecem estabelecer o papel da Secretaria Estadual de Saúde – SES como indutoras do processo de regionalização. O protagonismo das SES tem sido relacionado a muitas experiências de sucesso na saúde, como mostrou a recente experiência de resposta à pandemia covid-19, na qual os gestores estaduais atuaram como protagonistas na coordenação das redes de serviços e na liderança do processo de regionalização, garantindo a resiliência do sistema durante a crise sanitária (Carvalho et al., 2022, Tasca et al., 2022, Massuda et al., 2021). Segundo pesquisa organizada por Tasca et al. (2022), “Os gestores municipais foram unânimes em afirmar que se, de um lado faltou apoio do governo federal, de outro houve liderança e coordenação estadual junto à cooperação municipal, na resposta aos desafios da pandemia.”

No caso do Espírito Santo, por exemplo, em paralelo a um Plano de Contingência para a pandemia liderado pelo estado, uma importante iniciativa da SESA, em 2021, foi a elaboração e o desenvolvimento do projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Integração e Organização da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização para ampliação do acesso aos serviços de média complexidade ambulatorial especializada em polos regionais.

Outro exemplo relevante é a formação do consórcio vertical (entre diferentes entes federados) no Ceará em 2007. A estratégia de consorciamento, neste caso, foi liderada pelo governo estadual que formou consórcios com os municípios seguindo a divisão regional do estado (cada

região de saúde formou um consórcio). Os consórcios foram escolhidos como modelo de gestão dos equipamentos de média e alta complexidade que o estado se propôs a entregar para cada região e tem se mostrado como uma forma efetiva para mitigar os efeitos negativos da descentralização (Julião & Olivieri, 2020; Almeida et al., 2019).

Neste contexto, este trabalho se insere em um conjunto de esforços do IEPS para contribuir com o debate da regionalização através de estudos e diagnósticos com recomendações concretas para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) como a elaboração da Agenda Mais SUS<sup>1</sup>, que destacou a importância do fortalecimento dos mecanismos de governança regional do SUS e o estudo de Rocha et al., 2022, anteriormente citado.

No presente estudo analisamos, através da percepção de atores estratégicos e especialistas, se, e como, o SUS poderia avançar rumo a um modelo de regionalização coerente e inovador, que fortaleça os mecanismos de diálogo e governança e dê conta da realidade diversa do Brasil.

1. <https://agendamaissus.org.br/>

# Metodologia

Para a realização desta pesquisa, optamos pela utilização do método Delphi, que pode ser definido como “um método para estruturar um processo de comunicação coletiva de modo que este seja efetivo, ao permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, lidar com um problema complexo” (Linstone & Turoff, 2002). Dentre as metodologias de pesquisa qualitativas, o método Delphi é uma poderosa técnica de investigação (Facione, 1990), que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas, levando a resultados densos sobre temáticas abrangentes.

Esta técnica consiste num conjunto de questionários que são respondidos, de maneira sequencial, individual e anonimamente pelos participantes, e com acesso a informações resumidas sobre as respostas do grupo aos questionários anteriores (Osborne et al., 2003), de modo a se estabelecer uma espécie de diálogo entre os participantes e, gradualmente, construir respostas coletivas às temáticas do estudo (Marques, 2018).

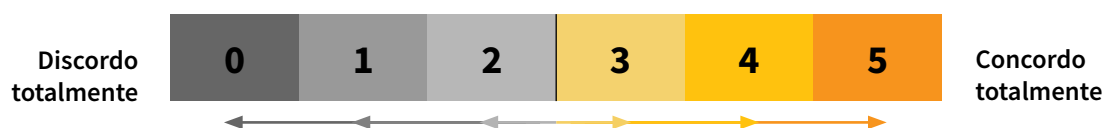
Considerando os objetivos da pesquisa, o Delphi se apresentou como um método útil para adquirir elementos informativos importantes para uma melhor compreensão de temas controversos no contexto do modelo de regionalização do SUS.

Para aplicação do método, foram selecionados 71 especialistas no tema da regionalização, divididos em seis categorias: gestor ou ex-gestor federal; gestor ou ex-gestor estadual; gestor ou ex-gestor municipal; parlamentar ou ex-parlamentar; gestores de entidades do terceiro setor parceiras do SUS; e um grupo de outros, formado por acadêmicos, técnicos de organismos internacionais, representantes de entidades de classe, consultores independentes, entre outros.

O método foi aplicado em duas etapas com o propósito de identificar, em um primeiro momento, opiniões e tendências sobre os temas abordados, relacionados aos desafios do processo de regionalização. Em um segundo momento, com as respostas da primeira etapa, foi possível realizar uma segunda coleta de opiniões sobre propostas inovadoras relacionadas ao modelo de relações interfederativas no SUS.

Para cada etapa, foi criado um questionário contendo perguntas fechadas, com alternativas delimitadas em escala Likert de 6 pontos não balanceada, ou seja, contendo rótulos apenas nas extremidades opostas, sendo 0 (zero) igual a “discordo totalmente” e 5 (cinco) igual a “concordo totalmente”. O uso da escala não balanceada teve por objetivo minimizar a influência que os rótulos intermediários poderiam exercer sobre as respostas dos participantes, incentivando escolhas mais diretas e claras.

**Figura 1 - Escala Likert de 6 pontos não balanceada**



Além disso, optou-se pelo uso de número par de pontos na escala, a fim de reduzir tendências de neutralidade e indecisão, e possibilitar divisão clara entre concordância e discordância, o que facilita a identificação de padrões e tendências nos resultados. Em suma, respostas 0, 1 e 2 foram avaliadas como discordância e 3, 4 e 5, como concordância. Após assinalar cada pergunta, o respondente teve a possibilidade de se manifestar com textos livres.

Na primeira etapa (Questionário 1) foram contemplados 10 temas com foco na atual situação do processo de regionalização e seus desafios. Os temas contemplados foram:

- Processo de descentralização ocorrido durante as últimas décadas
- Municipalização
- Gestão estadual
- Instrumentos de articulação interfederativa
- Novos modelos de governança para a gestão da rede regional de serviços
- Delegação da gestão dos serviços de saúde municipais para a Região de Saúde
- Efeitos do modelo de governança com mais autonomia às Regiões de Saúde
- Modelo de administração da Rede Regional de Serviços mais efetivo e viável
- Desafios jurídico-institucionais para novos modelos de gestão regional
- Desafios do financiamento para novos modelos de gestão regional

A segunda etapa (Questionário 2), realizado apenas para os respondentes do primeiro, abordou 6 temas, com perguntas relacionadas à propostas e possíveis soluções para as questões abordadas no primeiro questionário. Os temas contemplados foram:

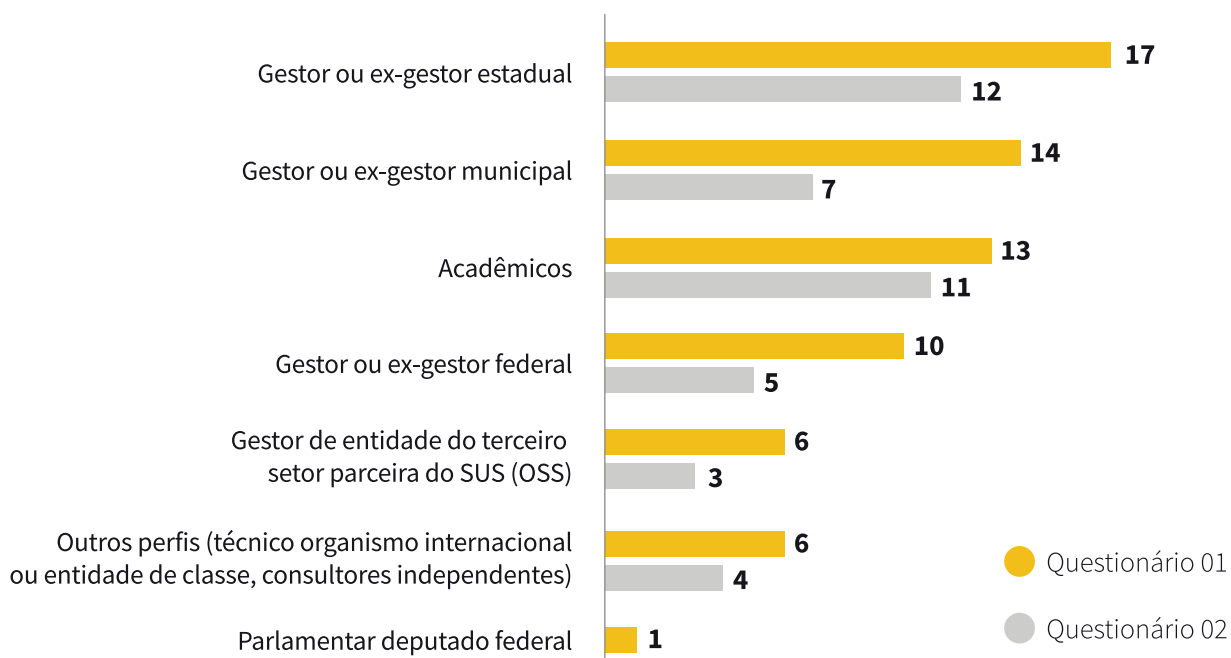
- Revisão do papel da Gestão Estadual
- Gestão Regional da SES
- Revisão do papel dos municípios
- Fundo Regional de Saúde
- Programa de Investimentos
- Instrumentos para a definição do financiamento e do papel dos entes federativos

Os questionários foram enviados e respondidos entre o dia 18 de julho e 13 de setembro de 2022. O relatório completo está disponível no Apêndice.

## Adesão

Na primeira etapa, obtivemos resposta de 40 dos 71 participantes convidados (57,7%) e na segunda 31 respostas, ou 78% dos respondentes do primeiro questionário. Pelo Gráfico 1 podemos observar a distribuição dos respondentes de acordo com a função que exercem ou já exerceram nas duas etapas.

**Gráfico 1: Distribuição dos respondentes de acordo com a função que exercem ou já exerceram**



# Resultados

Nesta seção, resumimos os achados mais relevantes que emergem dos resultados da pesquisa. Nas análises, consideramos:

- a. **Consenso:** quando **mais de 80%** dos especialistas assinalaram algum nível de concordância ou discordância, conforme a escala utilizada, e;
- b. **Ampla Maioria**” quando **entre 70% de 80%** assinalaram algum nível de concordância ou discordância, conforme a escala utilizada.

As análises serão, sempre que possível, complementadas por comentários que tornam mais palpáveis as visões dos respondentes, afirmando ou refutando as propostas formuladas. As respostas livres do primeiro questionário também subsidiaram a construção das perguntas do segundo questionário e algumas das conclusões e observações que se encontram na discussão final.

PRIMEIRA ETAPA:

## Percepções sobre a necessidade de fortalecer a regionalização (Questionário 1)

### Processo de descentralização e municipalização

No tema sobre o processo de descentralização e municipalização, houve consenso entre os respondentes de que a descentralização e a municipalização são processos importantes e necessários para a consolidação do SUS, mas que precisam ser revistos pois, nos moldes atuais, estão levando a uma maior fragmentação do sistema.

No entanto, houve divergências quanto aos melhores caminhos para se alcançar uma descentralização sem fragmentação; enquanto alguns respondentes acreditam ser necessário uma profunda revisão das relações interfederativas, independente da criação de Regiões de Saúde, outros acreditam que os problemas podem ser equacionados com os mecanismos de pactuação atualmente em vigor no SUS.

“A descentralização ocorreu sem descentralização dos recursos que ainda se concentram no gestor federal e com parte relevante desses sendo distribuídos por critérios políticos.” (Participante nº 19/Q1)



*“(...) a municipalização nos moldes atuais favorece uma resposta fragmentada do sistema e insuficiente com relação à necessidade de saúde da população. Vejo como necessário o aperfeiçoamento e a implantação efetiva de relações, regras e mecanismos de sistemas regionalizados e solidários.” (Participante nº 37/Q1)*

*“A municipalização não precisa ser revista, precisa ser aperfeiçoada, completada com as regiões de saúde.” (Participante nº 21/Q1)*

## Gestão Estadual

Nas três questões sobre o desempenho atual da gestão estadual, houve consenso ou ampla maioria de respostas apontando sua pouca efetividade e a necessidade da revisão de seu papel.

*“Os estados precisam ser mais atuantes na coordenação do processo de regionalização e os municípios precisam fortalecer suas capacidades técnicas. Ademais, todos precisam entender que as regiões de saúde só serão efetivas se inseridas em planos de desenvolvimento regional que envolvam todas as dimensões sócio-econômicas.” (Participante nº 10/Q1)*

*“A estrutura de gestão das SES é muito frágil, apegada a instrumentos já superados de pactuação e pouca inovadora no desenvolvimento da regionalização, enquanto apoio necessário ao conjunto de municípios que compõem um território de saúde. Por outro lado, embora as reformas na gestão e governança das SES sejam muito necessárias, o processo de regionalização não pode ser centrado nesse âmbito estadual, mas ser desenvolvido nas relações entres os entes federais, efetivando uma colaboração entre eles no enfrentamento dos problemas e resposta qualificada às necessidades de saúde da população.” (Participante nº 37/Q1)*

## Instrumentos de articulação interfederativa

Nas quatro questões da pesquisa sobre os atuais instrumentos de articulação interfederativa, houve consenso na questão sobre a insuficiência destes instrumentos para a definição de financiamento e papel dos entes. Nas outras três questões deste bloco, uma parcela dos respondentes (40%) considera que esses instrumentos necessitam de alguns ajustes, mas produzem algum resultado para a regionalização, não demandando mudanças radicais. Mas a maioria (em média 60% dos respondentes) defende uma revisão nos atuais mecanismos de pactuação regional do SUS.

*“Os mecanismos de pactuação atualmente em vigor no SUS devem ser totalmente revistos para dar lugar a um federalismo de responsabilidades compartilhadas e não federalismo de confronto.” (Participante nº 13/Q1)*



O Planejamento Regional Integrado é o principal instrumento de articulação interfederativa do SUS. Nele, são estabelecidas as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e quanto à integração da organização sistêmica do SUS. A produção resultante do processo de planejamento regional integrado, realizado no âmbito da região de saúde, compõe o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP.

## **Novos modelos de governança para a gestão da rede regional de serviços e a delegação da gestão dos serviços de saúde municipais para a Região de Saúde**

No tema sobre novos modelos de governança, há consenso (mais de 80% das respostas) sobre a importância da participação das três esferas de governo e da ausência de uma Autoridade Sanitária Regional decorrente da fragilidade de representação regional da SES. Contudo, sobre nível de autonomia desta possível entidade regional e/ou sobre as funções que deveriam ser delegadas às Regiões de Saúde, as respostas são mais divergentes.

*“O desenho necessário não está na tentativa de pender para a municipalização ou “estadualização” e sim em construir novos modos administrativos institucionais de fazer uma gestão regional de saúde.” (Participante nº 26/Q1)*

*“Apesar da ideia [de um novo modelo de governança da rede de serviços] interessante, não vejo que existe neste momento este ente REGIONAL (sic). Na minha opinião, o Estado, bem estruturado, poderia exercer este papel, com suas Regionais, embora a ideia dificilmente seria aceita.” (Participante nº 15/Q1)*

*“Importante o papel de entidade regional, porém para gerir serviços e não tomar decisões estratégicas que são resultado do processo democrático na definição de prioridades.” (Participante nº 27/Q1)*

## **Efeitos do modelo de governança com mais autonomia às Regiões de Saúde**

Com efeito, as divergências nas respostas sobre a autonomia das Regiões de Saúde também aparecem nas respostas relacionadas aos riscos desse processo. Por exemplo, pouco mais da metade dos respondentes (57%) apontam como risco a perda de autonomia municipal. O grupo que não concorda com essa afirmação, que conta com 17 respondentes, é composto sobretudo por gestores estaduais e acadêmicos, e apenas um gestor municipal.

Contudo, para a ampla maioria (entre 70% e 80% das respostas), a autonomia da Região de Saúde pode ser efetiva na medida em que disponha de instrumentos que permitam de forma

concreta e equitativa que a voz dos gestores municipais tenha peso determinante nas ações de planejamento, programação, monitoramento, controle e avaliação.

## Modelo de administração da Rede Regional de Serviços mais efetivo e viável

Neste item, dentre os possíveis modelos listados, a ampla maioria discorda dos seguintes modelos: contrato de prestação de serviços celebrado com uma empresa privada por meio de uma licitação; contrato com uma Fundação Privada e Fundação de Apoio de uma Universidade Pública.

Interessante notar que, dos dez modelos citados, a porcentagem de discordância sobre sua adequação foi maior do que a concordância em sete casos. Apenas os casos dos consórcios intermunicipais e das parcerias com uma Fundação Pública de Direito Privado foram considerados efetivos pela maioria (60% e 55% respectivamente). Também chama a atenção que 65% dos respondentes discordam da opção onde as regiões poderiam escolher o modelo que mais se adequa a sua realidade, como mostra o gráfico abaixo:

**Gráfico 2: Nível de concordância e discordância com os modelos de administração da Rede Regional de Serviços (n=40)**



*“Há que se ter flexibilidade na escolha das alternativas, mas por dentro do Estado, flexibilizando suas regras, como nos consórcios, Serviço Social Autônomo (que ficou fora das opções) e Fundação Pública de Direito Privado. Importante é sair da armadilha dos serviços tradicionais sob a égide do RJU ou assemelhados, sempre dentro do regime geral da previdência, sem precarização e sólida governança e mecanismos de garantia da integridade e reputação.”*

**(Participante nº 21/Q1)**

## **Desafios jurídico-institucionais e do financiamento para novos modelos de gestão regional**

Há consenso dos respondentes sobre a necessidade de novos instrumentos para a efetivação das Regiões de Saúde e para a maioria (65%) há a necessidade de novas leis.

Com relação ao financiamento, há consenso sobre a necessidade de acréscimo de recursos, sendo que a ampla maioria dos respondentes aponta que este acréscimo só seria possível através de recursos financeiros federais e estaduais, pois os municípios não têm mais como aumentar os gastos com saúde. Há também uma recorrência de comentários destacando a importância de uma melhor alocação destes recursos.

*“É evidente a necessidade de melhorar o financiamento e proteger quem executa as ações de maior complexidade, o dinheiro deve acompanhar o paciente e portanto, mudar a lógica atual dos tetos.”* **(Participante nº 38/Q1)**

Muitas respostas abertas também confirmam o sentimento difuso entre os especialistas da necessidade de inovações para fortalecer a regionalização, com propostas e visões diversas e interessantes:

*“A RAS raramente se completa em uma regional necessitando de um órgão de governança macrorregional com poder de decisão técnica e financeira para alocação de recursos.”* **(Participante nº 19/Q1)**

*“Penso que a exemplo das PNAB, caberia uma Política Nacional [de regionalização] e a partir dela, diretrizes estaduais e também normas que orientassem o processo. insisto que devemos falar em configuração de regiões de saúde e organização de RAS.”* **(Participante nº 35/Q1)**

*“Necessário rever a alocação dos recursos financeiros hoje existentes, modificar a forma da utilização das emendas parlamentares que deveriam ser alocadas por região e definidas a sua aplicação por gestores.”* **(Participante nº 19/Q1)**



## SEGUNDA ETAPA:

# Propostas para uma efetiva gestão regional do SUS (Questionário 2)

## Revisão do papel da Gestão Estadual

Com relação às condições para que a gestão estadual (nível central da SES) exerça o seu papel na condução do processo da Regionalização, houve consenso ou ampla maioria em todos os pontos elencados no questionário. Foram eles: i) separar a função de Gestão do Sistema daquela de prestação de serviços de saúde; ii) contar com uma equipe estável e capacitada para o desempenho das funções de planejamento, regulação e contratualização; iii) contar com uma burocracia estável por meio da criação de uma carreira de gestor público de saúde; iv) dispor de um bom sistema de regulação descentralizado e integrado nas respectivas regiões de saúde; e v) dispor de uma equipe técnica no nível central da SES que possa apoiar in loco as Regiões nos respectivos processos de Planejamento, Regulação Contratualização, bem como facilitar as negociações construindo parcerias estáveis no território regional.

Nas respostas abertas, os especialistas insistiram sobre a questão do papel da Secretaria Estadual de Saúde e da sua capacidade de conduzir o processo de regionalização, proporcionando valiosas observações críticas e sugerindo estratégias de aprimoramento:

*“(...) [Os Estados] precisam de ter instrumentos legais, de governança e operacionais para gerir serviços supramunicipais, manejar orçamento efetivamente e ser ordenador de despesas.” (Participante nº 21/Q1)*

*“A melhoria e avanço da questão regional depende não só de decisão política das SES, mas de sua capacidade em ter quadros competentes para atuar na região de saúde, mediando as relações intermunicipais e zelando para a garantia da equidade de acesso dos usuários, independentemente de sua origem.” (Participante nº 21/Q1)*

*“O nível regional não pode ser entendido apenas como representante burocrático da estrutura central da SES, mas estar qualificado tecnicamente para participar de todo o processo de decisão necessário à melhoria dos serviços de saúde e tomada de decisão.” (Participante nº 19/Q2)*

*“A Governança Regional deve se livrar da “posse política” dos gestores que são indicados. As estruturas e recursos são escassos. Os gestores de nível central das SES não acreditam, e até desprezam os profissionais que estão em nível regional.” (Participante nº 20/Q2)*



## Revisão do papel dos municípios

Nesta etapa, as perguntas se focaram nas responsabilidades dos municípios em relação à gestão de serviços de atenção à saúde e a ampla maioria dos respondentes considera que o porte populacional deve ser usado para definir competências dos municípios, com exceção dos municípios de Regiões Metropolitanas.

Neste sentido, por volta de 65% considera que os municípios pequenos (até 20 mil habitantes) e mesmo os muito pequenos (até 5 mil habitantes) devem continuar gerenciando as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS) e a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto os outros respondentes (por volta de 35%) considera que esses municípios devem gerenciar exclusivamente a ABVS, ficando as demais ações de saúde para sua população sob a gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da gestão regional, Consórcio Intermunicipal ou outra alternativa regional. Interessante notar que, metade deste segundo grupo é composto por acadêmicos, para os quais uma eventual “perda” de atribuições e recursos dos municípios, não parece exercer influência nas suas opiniões.

Este é um ponto importante que deve ser considerado nas discussões sobre regionalização. Ainda que haja evidências de que algumas opções são mais eficientes, o contingente de atores que pode se sentir prejudicado por elas deve ser considerado, a fim de que soluções eficientes do ponto de vista técnico, mas também viáveis do ponto de vista político sejam alcançadas.

Com relação às ações de Média e Alta Complexidade (MAC), a ampla maioria dos respondentes considera que os municípios de mais de 50 mil habitantes devem se responsabilizar por seu município e pela assistência de MAC para os municípios da Região de Saúde, de acordo com a pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

A análise das respostas abertas mostra que o debate sobre o papel dos municípios na regionalização foi o que despertou mais reações pelos especialistas, com riqueza de visões e abordagens. Alguns respondentes defendem a autonomia municipal na gestão dos serviços de saúde, enquanto outros insistem na necessidade de fortalecer a gestão regional para alcançar economias de escala e escopo. Também vale mencionar que mais de um especialista destaca a necessidade de ter regras flexíveis, de acordo ao perfil de cada município:

“A autonomia municipal deve ser mantida de acordo com sua capacidade gerencial, tendo a região um papel de promover a articulação, integração, cooperação e implementação de políticas sob a égide da coordenação e responsabilização das SES, com apoio do MS..” (Participante nº 31/Q1)

“Modelos devem ser flexíveis. O conceito de “município” no Brasil, formalmente único, é muito diversificado e desigual na prática.” (Participante nº 30/Q1)

“Acredito que o porte populacional pode ser um dado a mais para definir essa ponderação, entretanto, não deveria ser a única, a CIR tem papel nessa definição.” (Participante nº 30/Q2)



*“Deve ser proposta uma regra a ser aprovada na Tripartite e ela deve ser um instrumento de gestão política da região e que facilite o diálogo estado-municípios, mas não deve ser um instrumento de exclusão dos municípios.”*

**(Participante nº 18/Q2)**

## **Secretaria Executiva da CIR**

É consenso entre os respondentes que a ausência de Autoridade Sanitária Regional compromete o processo de implementação da regionalização, sendo que a ampla maioria considera que essa autoridade poderia ser exercida por uma Secretaria Executiva da CIR, cujo ocupante seria o representante da SES (Diretor Regional de Saúde, Superintendente Regional de Saúde, ou equivalente).

Contudo, apesar desta convergência na pergunta fechada, as respostas abertas sobre a oportunidade de se criar uma Secretaria Executiva da CIR mostram um amplo leque de entendimentos e reações por parte dos especialistas que participaram da pesquisa. Observamos alguns depoimentos abertamente favoráveis a novos instrumentos de gestão regional, enquanto outros manifestam dúvidas se essa seria realmente a solução, ou apenas uma parte dela. Selecionamos a seguir algumas das afirmações sobre este tema que consideramos relevantes para o debate.

*“[É preciso] Rever o papel das instâncias de pactuação. As CIRs tem pouca participação dos secretários, pois se transformaram em instâncias informativas com pouco poder de decisão.”* **(Participante nº 19/Q1)**

*“As CIR em sua grande maioria tratam apenas de questões relacionadas ao financiamento imediato do sistema e a pactuação de vagas. Persiste ainda por parte dos gestores, um desentendimento quanto a importância da configuração das redes e dos mecanismos que lhe deem suporte.”* **(Participante nº 35/Q1)**

*“Só pactuar e monitorar não resolve. Tem que ter mecanismos pactuados de execução regional de orçamento e finanças. Sem quebra do comando único, mas com ações efetivas, como os consórcios públicos intermunicipais de saúde, com apoio e participação das SES.”* **(Participante nº 21/Q1)**

*“A secretaria executiva deve ser exercida, preferencialmente, pela gestão estadual. A questão é merecer a confiança dos municípios para exercer esse protagonismo.”* **(Participante nº 04/Q2)**

## Fundo Regional de Saúde

Há consenso sobre a opção do questionário relativa à criação de um Fundo Regional de Saúde para a gestão do financiamento e do custeio das ações e serviços de saúde de APS e MAC da região, sendo que 68% dos respondentes considera que este fundo deve ser gerido pela Secretaria Executiva da CIR. No entanto, quando questionados especificamente sobre a gestão da APS dos municípios, quase metade dos respondentes (48%) não concorda que esta deveria ser exclusivamente responsabilidade do Fundo.

Nas respostas abertas, os especialistas fizeram importantes observações sobre a proposta do Fundo Regional como demonstram os seguintes depoimentos:

*“Recursos para a APS devem ir diretamente aos fundos municipais. Recursos federais para MAC devem ir aos fundos estaduais e, dali, serem realocados nos fundos regionais mediante o disposto no Plano Estadual de Saúde e nas pactuações regionais.” (Participante nº 04/Q2)*

*“(...) a criação do Fundo Regional, no meu entender exigiria o reconhecimento prévio da Região como instância federativa, e mesmo assim, existem no país hoje regiões muito diversificadas, o que exigiria a formulação de uma política com grande flexibilidade que respeitasse toda essa diversidade.” (Participante nº 05/Q2)*

*“Enxergamos o fundo regional de saúde como uma boa regra de transição, entendendo que o gerenciamento regional da APS e MAC será mais salutar aos municípios, pois, haveremos de ter uma redução das barreiras políticas, e de preferências, quando suas demandas extrapolarem o território municipal.” (Participante nº 20/Q2)*

## Programa de investimento para reduzir brechas de oferta entre regiões

Registramos concordância entre os entrevistados sobre a necessidade de realizar um programa de investimento nas redes de serviços para reduzir as desigualdades regionais de oferta e dotar todas as regiões dos recursos assistenciais suficientes para atender as necessidades da população.

Quanto às possíveis fontes para o financiamento deste programa, a ampla maioria (75% dos respondentes) se mostram favoráveis à opções questionáveis como empréstimos com instituições de crédito e emendas parlamentares. No primeiro caso, além de um empréstimo possuir um caráter transitório, haveria um problema de responsabilização de um coletivo por uma dívida de longo-prazo, uma vez que a região não é um ente federativo. Com relação às emendas, esta fonte de recursos foi responsável por parte importante do aumento real de recursos destinados ao custeio de APS (Rosa et al, 2023), no entanto, a alocação deste recurso costuma se dar por critérios políticos, não necessariamente alinhados à estratégia do Ministério da saúde ou de possíveis pactuações regionais.



Quanto à operacionalização do programa de investimento proposto, a maioria dos respondentes (65%) concorda com a opção de que os recursos deveriam ser transferidos em bloco único ao Fundo Regional de Saúde, cabendo à CIR definir sua destinação. Também verifica-se ampla maioria (75%) de opiniões favoráveis a uma distribuição de tarefas que atribui à CIT a pactuação dos parâmetros para destinação dos recursos, aos estados e municípios o planejamento e monitoramento das intervenções, à SES a execução e à CIR o acompanhamento.

Com relação à destinação dos recursos de um eventual programa de investimentos, as opiniões ficaram muito divididas como mostra o gráfico abaixo:

**Gráfico 3: Destinação dos recursos de um eventual programa de investimentos (n=31)**



Por fim, uma das propostas que registrou maior consenso dos respondentes foi a criação de incentivos financeiros para o aprimoramento ou a conformação das Regiões de Saúde, de acordo com o novo modelo. Para isso, os respondentes mostraram-se favoráveis ao cenário que propõe regras gerais que cada região tem que respeitar, porém com possibilidade de adaptações de acordo com as características de cada território.

# Discussão

De acordo com os trabalhos citados anteriormente, os resultados deste estudo qualitativo confirmam uma insatisfação entre os especialistas sobre a situação atual da regionalização do SUS. Em síntese, observa-se consenso entre os especialistas sobre quais são os problemas ainda não resolvidos da regionalização no SUS e seus desafios futuros. Porém, quando o debate se estende às possíveis soluções, aparecem visões distintas e, em alguns casos, conflitantes.

## Desafios da regionalização

É quase unânime a percepção de que as principais normas federais do SUS sobre regionalização não obtiveram os resultados esperados, ratificando os achados de Rocha et al (2022). Também há consenso sobre a falta de recursos e investimento na regionalização e a necessidade de introduzir mecanismos inovadores de alocação, capazes de reduzir a persistência de brechas de oferta e desigualdades de acesso aos serviços de atenção à saúde, que afetam principalmente os territórios mais vulneráveis da população.

Uma das explicações da escassa efetividade da regionalização no SUS mais frequentemente apontada pelos especialistas é representada pela fragilidade dos mecanismos de negociação e governança, como as CIB, CIR e pactuações ali realizadas, que são considerados insuficientes para alcançar o funcionamento integrado e racional da rede de serviços de saúde da Região.

Outro tema considerado prioritário pelos especialistas é a necessidade de revisão dos papéis dos gestores do SUS. O debate sobre o papel do gestor estadual aparece de maneira central neste sentido. Os respondentes, em sua maioria, destacam como o protagonismo da gestão estadual é essencial para o processo de regionalização. Contudo, há dúvidas sobre a capacidade atual da maioria das SES exercer esta função de forma efetiva, sem um importante esforço de fortalecimento das equipes e de incorporação de competências inovadoras.

## Reação dos especialistas a proposta inovadoras

Graças à metodologia em duas etapas prevista pelo estudo, os resultados da primeira rodada permitiram formular perguntas para sondar a opinião dos especialistas sobre a introdução no SUS de alguns instrumentos inovadores de regionalização. São eles: Secretaria Executiva da CIR, Fundo Regional de Saúde e Programa Nacional de Investimentos para reduzir brechas de oferta entre regiões.

Os especialistas, em sua maioria, se posicionam favoravelmente à proposta de fortalecer a gestão regional mediante a criação de uma Secretaria Executiva da CIR com as condições necessárias para tornar efetivo o trabalho dessa nova estrutura, como equipe técnica qualificada, normativas específicas, financiamento, mecanismos de governança, entre outros.



A ideia do Fundo Regional para cobrir as demandas do território também encontrou consenso no grupo de especialistas, inclusive na hipótese de que seria a Secretaria Executiva da CIR a gerenciar os recursos transferidos. Ao mesmo tempo, mais de um respondente alertou sobre a existência de fatores jurídicos, administrativos e políticos, que dificultariam a criação de um Fundo dessa natureza. Importante também registrar que um grupo minoritário (6,19%) de respondentes se opõe a essa opção de financiamento, considerando-a uma ameaça à autonomia dos municípios.

As respostas abertas acenaram a algumas outras propostas inovadoras, como a formulação de uma política nacional sobre regionalização, o estudo de instrumentos e práticas inovadoras em alguns estados ou regiões ou, ainda, a introdução de incentivos financeiros para o fortalecimento da regionalização.

## **Regionalização: visão técnica versus visão política**

Os resultados da análise das respostas abertas entregaram valiosos elementos de reflexão e argumentações originais sobre os diversos temas colocados nos questionários. Por ter surgido espontaneamente, estas informações permitem um melhor entendimento das visões dos especialistas sobre a regionalização do SUS.

Da análise destas informações, é possível identificar duas visões e abordagens distintas da regionalização do SUS, que coincidem em alguns aspectos, mas que parecem contrapostas em outros. Por um lado, um grupo de especialistas apresenta uma visão moderada, que poderia ser definida como *técnica*, de acordo com a qual os mecanismos de pactuação existentes, mesmo que imperfeitos, são suficientes para se ampliar a coordenação e a colaboração entre os entes federados. Segundo essa lógica, a municipalização se fortalece nas regiões de saúde, nos espaços de governança, portanto as soluções propostas são de natureza técnico-administrativa: melhora dos mecanismos de financiamento, maior envolvimento dos estados, capacitação das equipes, planejamento regional potente, melhores instrumentos de pactuação, entre outros.

Este posicionamento contrasta com outra visão, que poderia ser definida como “*política*”, que caracteriza outro grupo de respondentes. De acordo com este, a municipalização causou uma resposta fragmentada do sistema, o que impõe uma profunda revisão dos mecanismos de pactuação do SUS. Segundo esta visão, as soluções somente técnicas são insuficientes, sendo que a efetiva implementação da regionalização depende sobretudo da capacidade política de criar alianças e coalizões com os atores estratégicos territoriais.

Importante destacar que entre esses dois extremos, existem numerosas situações com posicionamentos que oscilam para um extremo ou para outro de acordo com o tema tratado.

## Reflexões para aprimorar a regionalização no SUS

Mesmo com todas as limitações vinculadas a este tipo de estudo, os resultados deste trabalho proporcionam elementos úteis para subsidiar o diálogo e a negociação entre os atores estratégicos para fortalecer e inovar as políticas de regionalização do Sistema Único de Saúde.

Em primeiro lugar, é importante destacar o consenso dos especialistas sobre a necessidade de reduzir as desigualdades de capacidade instalada de serviços de saúde entre as regiões, considerada uma condição essencial para que a regionalização se concretize uniformemente no país. Em algumas regiões, as brechas de oferta atualmente existentes tornam impossível o desenho de uma rede regional em condição de proporcionar atenção integral à saúde da população sob sua responsabilidade. Neste sentido, os respondentes concordam que, para os territórios mais carentes, um programa nacional de investimentos seja a melhor solução para garantir o desenvolvimento de regiões de saúde efetivas.

Um dos principais resultados desta pesquisa foi a identificação dos mais importantes pontos de consenso e divergências sobre desafios e soluções possíveis para aprimorar a regionalização do SUS. Os resultados podem ser considerados surpreendentes ao se observar consensos dos especialistas sobre algumas propostas bastante provocadoras, como a Secretaria Executiva da CIR, ou o Fundo Regional de Saúde. Acredita-se que seja importante que propostas transformadoras, como as aventadas nesta pesquisa, sejam um ponto de partida para estimular e enriquecer o debate e o diálogo entre os gestores e outros atores envolvidos na regionalização.

A necessidade de fortalecimento institucional das SES para a efetiva condução do processo de regionalização representa outro ponto de convergência entre os especialistas. Todos os respondentes identificam a disponibilidade de equipes da SES qualificadas e empoderadas como condição essencial para o fortalecimento da regionalização. As recentes experiências de sucesso de muitos estados na resposta à pandemia de Covid-19 mostram que o gestor estadual tem capacidade de organizar rapidamente e de forma eficaz a rede de serviços. Estes casos mostram que, em geral, os estados possuem potencial suficiente para conduzir a regionalização; porém, assim como aconteceu na resposta à pandemia, possivelmente sejam necessárias pressões, incentivos e outros instrumentos que induzam o gestor a considerar a regionalização uma prioridade e a investir no seu fortalecimento. Para alguns estados com fragilidades de gestão, o apoio da esfera federal será essencial para que a regionalização avance de forma harmônica em todo o território nacional.

# Referências

- Aguilar, A., Eleone, A. Rosa, D., Faria, M., Freitas, R., Tasca, R. (2022). Agenda Mais SUS. Documento de Propostas: Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://agendaissus.org.br/downloads/>
- Almeida, P., Giovanella L., Martins M., Lima L. (2023). Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 12 [Acessado 20 Julho 2023], pp. 4527-4540. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>.
- Arretche, M., 2012. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/Fiocruz.
- Bigoni A., Malik A., Tasca R., Carrera M., Schiesari M., Gambardella D., Massuda A. (2022). Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health - Americas* 2022;10: 100222 Published online <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>
- Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2007. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023\\_18\\_08\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html)
- Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037\\_26\\_03\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html)
- Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044\\_20\\_05\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044_20_05_2019.html)
- Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília, 2001.
- Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, DF: MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Pactos pela Saúde 2006, 3). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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, DF: MS, 1993. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, 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, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. DOU, DF, 6 de novembro de 1996. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 7



de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, constante do Anexo I, da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do SUS (Ementa elaborada pela CDI/MS), DOU, Brasília, DF, 10 de janeiro de 1991. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao20258_07_01_1991.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)

Brasil. Presidência da República. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o Planejamento da Saúde, a Assistência à Saúde e a Articulação Interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).

Brasil. Presidência da República. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

Carvalho, A., Rocha, E., Sampaio, R., Ouverney, A. Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19:

um novo protagonismo no federalismo brasileiro?. Saúde debate [Internet]. 2022;46(spe1):62–77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>

Cruz, W., Barros, R. & Souza, L. (2022). Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva, 27(6), 2459–2469. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>

Duarte, L., Mendes, Á, & Louvison, M. (2018). O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). Saúde Em Debate, 42(116), 25–37. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811602>

Facione, P. (1990). Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Research findings and recommendations (Report). Newark: American Philosophical Association.

Flexa, R., & Barbastefano, R. (2020). Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 25(1), 325–338. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>

Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde. Plano de Contingência do Estado do Espírito Santo para a Infecção Humana (COVID-19) pelo novo Coronavírus - SARS CoV 2. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

Guerra, D., Louvison, M., Chioro, A., Viana, A. (2023). Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. Saúde debate. 18º de agosto de 2023;47(138 jul-set):431-43. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7867>

Jaccoud, L., Meneses, A. (2020). Coordenação e relações intergovernamentais no SUS – O Pacto pela Saúde e o seu legado. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasília, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10240/1/IntergSusPactoSaude\\_cap07.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10240/1/IntergSusPactoSaude_cap07.pdf)

Julião K., Olivieri C. (2020). Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(3):e00037519. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037519>



- Lima, L., Lúcia F., Machado, C. e Viana, A. (2012). Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2012 Jul;17(7):1903–14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>
- Linstone, H., & Turoff, M. (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*. Addison Wesley Newark, NJ: New Jersey Institute of Technology.
- Marques, J. , & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação.
- Massuda, A., Malik, A., Vecina Neto, G., Tasca, R, Ferreira Junior, W. (2021). A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19. *Cadernos EBAPE. BR*. 2021 [acesso em 2021 abr 15]; 19(esp):735-744. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfsg/>
- Mello, G., Pereira, A., Uchimura, L., Iozzi, F., Demarzo, M., Viana, A. (2017). O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1291–1310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>
- Menicucci T., Marques A., Silveira G. (2017). O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. *Saude soc* [Internet]. 2017 Apr; 26(2):348–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170844>.
- Moreira, M., Ribeiro, J., Ouverney, A.. (2017). Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr;22(4):1097–108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>
- Osborne, J., Collins, S., Ratcliffe, M., Millar, R. and Duschl, R. (2003), What “ideas-about-science” should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *J. Res. Sci. Teach.*, 40: 692-720. <https://doi.org/10.1002/tea.10105>
- Ouverney, A., Ribeiro, J., Moreira, M. (2017). O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1193-1207, 2017.
- Pereira, A., Pereira Filho, F., Monti, J., Silveira, L., Louvison, M. e Pereira, M. (2015). “Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo”. *Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo*, 91–91.
- Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes (2022). *A Regionalização da Saúde no Brasil. Estudo Institucional n.7*. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-07/>
- Rosa, L., Arruda H., Faria M., Mrejen M. , Nobre V., Aguilar A., Rocha R. (2023). *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados*. Estudo Institucional n.9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-09/>
- Servo, L. (2020). O processo de regionalização da saúde no Brasil [manuscrito]: acesso geográfico e eficiência / Luciana Mendes Santos Servo. – 2020. 141 f., il.,grafs. e tabs.
- Tasca, R., Carrera, M. , Malik, A., Schiesari, L., Bigoni, A., Costa, C. , & Massuda, A. (2022). Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. *Saúde Em Debate*, 46(spe1), 15–32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E101>
- Viana A., Lima L., Ferreira M. (2010). Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2317-2326.
- Viana A. (2023). *Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização São Paulo: Hucitec Editora; 2013.*
- Viana, A., Bousquat, A. , Pereira, A., Uchimura, L., de Albuquerque, M., Mota, P., Demarzo, M., Ferreira, M., (2015). Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude soc* [Internet]. 2015 Apr;24(2):413–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>
- Viana A., Bousquat A., Melo G., Negri Filho A., Medina M. (2018). *Regionalização e Redes de Saúde. Ciência coletiva* [Internet]. 2018 Jun; 23(6):1791–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>



# Apêndice

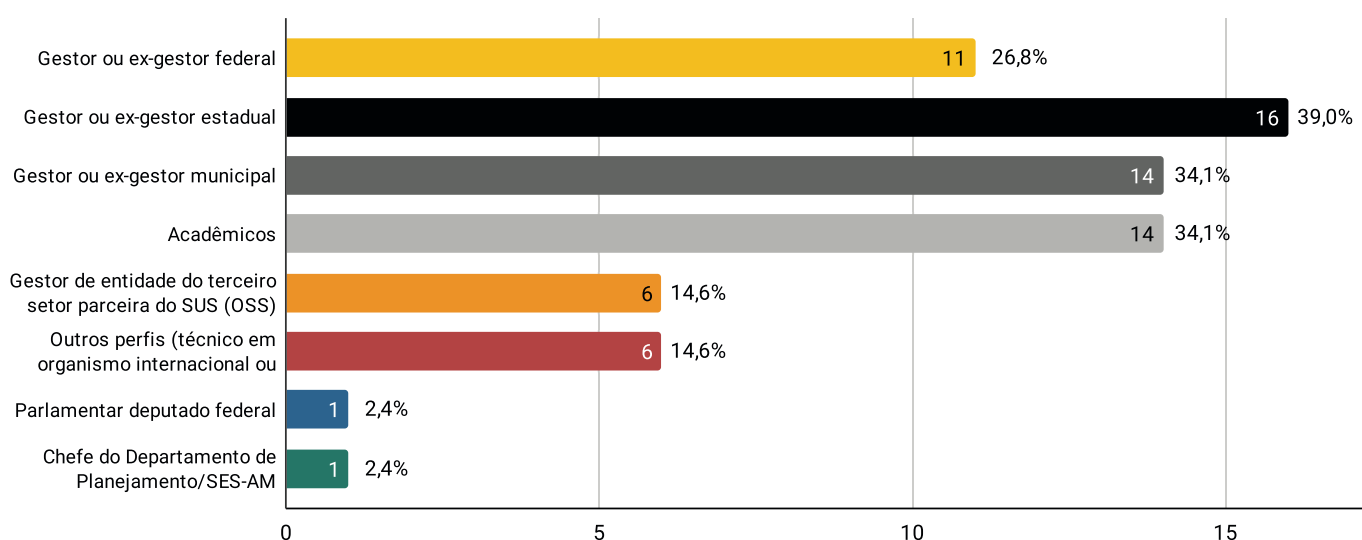


## Pesquisa qualitativa sobre propostas inovadoras de regionalização dos serviços assistenciais do SUS

### 1ª ETAPA (QUESTIONÁRIO 1)

#### Perfil do entrevistado

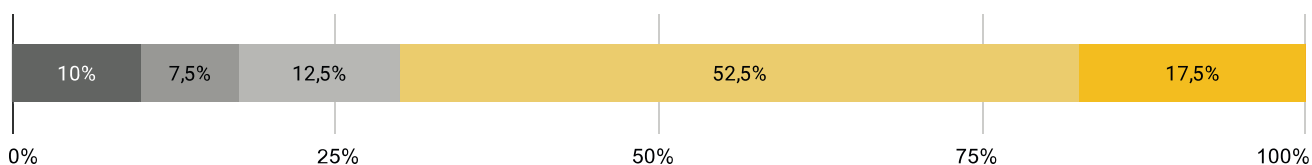
41 respostas



**Q1-01. Quanto ao processo de descentralização ocorrido durante as últimas décadas, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

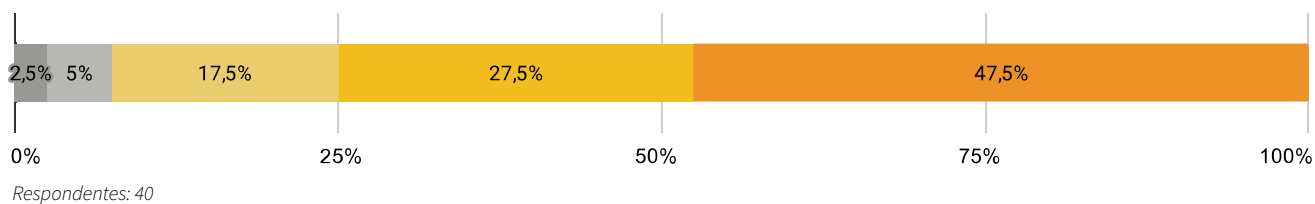
A descentralização ocorrida nesses anos foi e continua sendo adequada e produtiva para a consolidação do SUS.



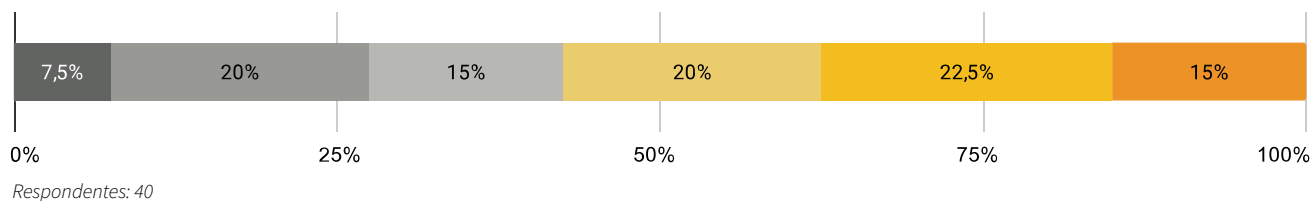
Respondentes: 40



A descentralização, confundida com municipalização, se deu de modo excessivo e levou a um processo de fragmentação e perda de escala no SUS e precisa ser revista.



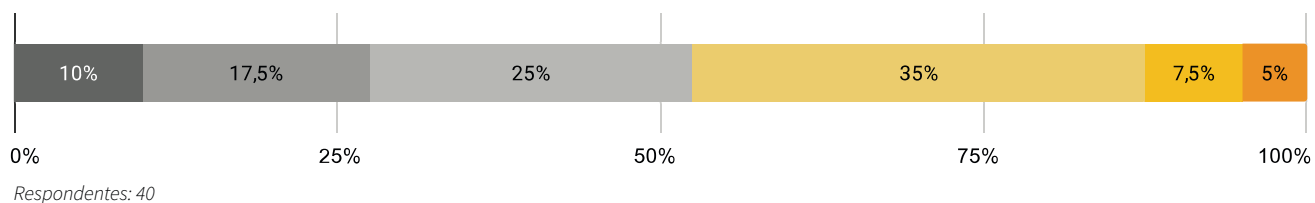
Existem alguns problemas na descentralização, mas que podem ser equacionados com os mecanismos de pactuação atualmente em vigor no SUS.



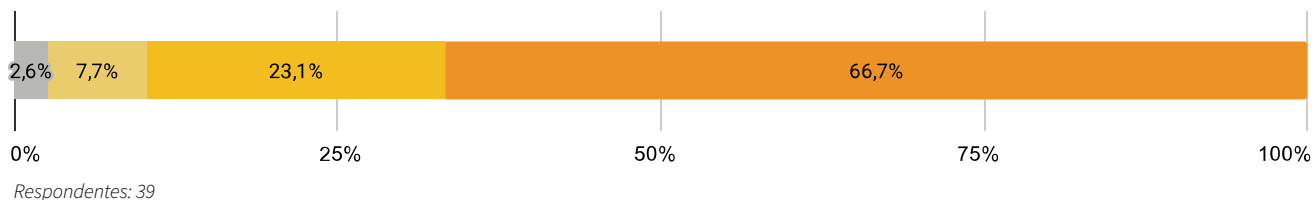
## Q1-02. Quanto à Municipalização, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

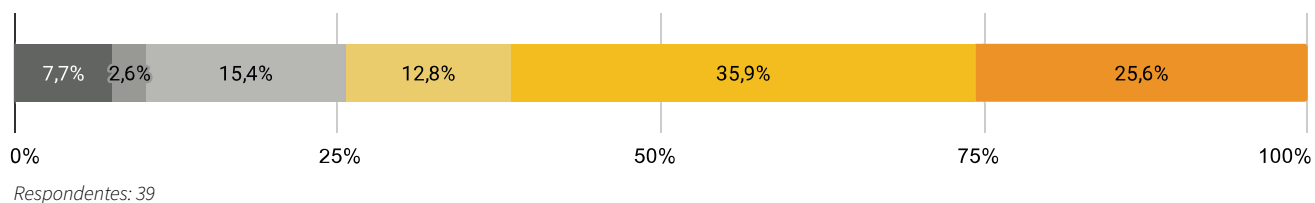
A municipalização representa um dos maiores avanços do SUS e precisa ser preservada e defendida nos moldes atuais.



A ideia de municipalização precisa ser revista para se concretizar por meio das Regiões de Saúde, com reformas centradas em opções que melhorem gestão e governança das redes de serviços do SUS.



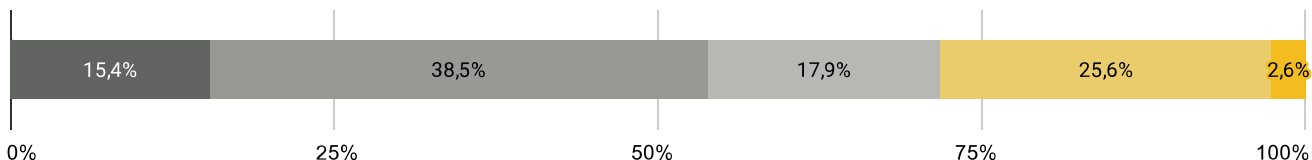
Para manter o processo de municipalização, é necessária profunda revisão das relações interfederativas, independente da criação de Regiões de Saúde.



### Q1-03. Quanto à Gestão Estadual, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.

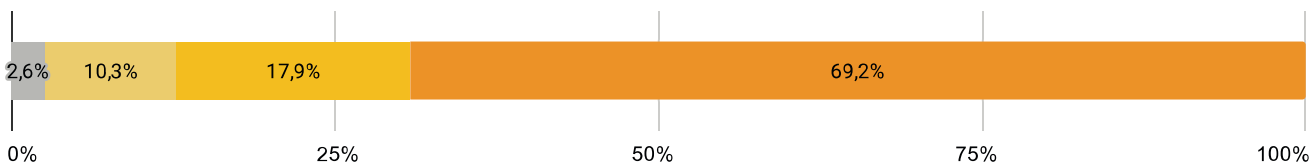
Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

A Gestão estadual tem desempenhado seu papel na regionalização de forma efetiva e satisfatória e deve ser preservada e defendida nos moldes atuais.



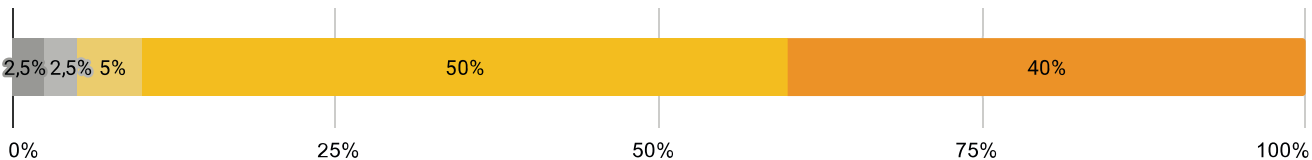
Respondentes: 39

Para a Gestão estadual ser efetiva, é necessária uma profunda revisão dos papéis da gestão estadual e dos municípios bem como das ferramentas gerenciais para que a SES possa ter condições de assumir o seu papel, com o objetivo de alcançar melhor gestão e governança das redes de serviços do SUS.



Respondentes: 39

A ideia de municipalização só conseguirá ser concretizada com a implantação das Regiões de Saúde, com reformas centradas na melhoria da gestão e governança das Secretarias de Estado.

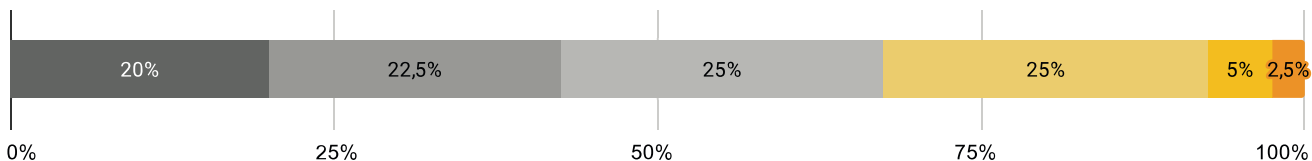


Respondentes: 40

### Q1-04. Com relação aos Comitês Intergestores Regionais (CIR), ao Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e aos outros instrumentos de articulação interfederativas regional atualmente existentes no SUS, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

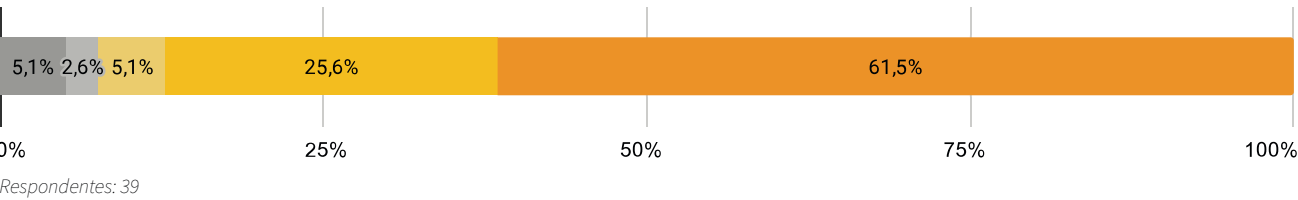
Os atuais mecanismos de pactuação regional do SUS permitem que as relações interfederativas produzam resultados efetivos para a regionalização.



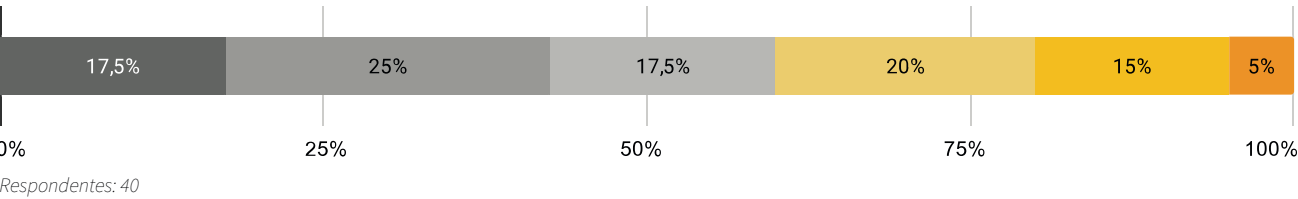
Respondentes: 40



Os atuais mecanismos de pactuação regional do SUS demonstram uma grave carência de definição quanto ao financiamento e papel dos entes, demandando, com urgência, a revisão das normas vigentes.



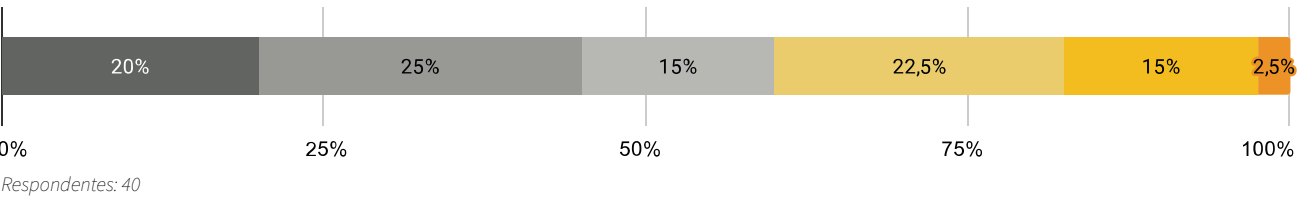
Os atuais mecanismos de pactuação regional do SUS apresentam alguns problemas que demandam ajustes, sem, no entanto, demandar mudanças radicais nas normas.



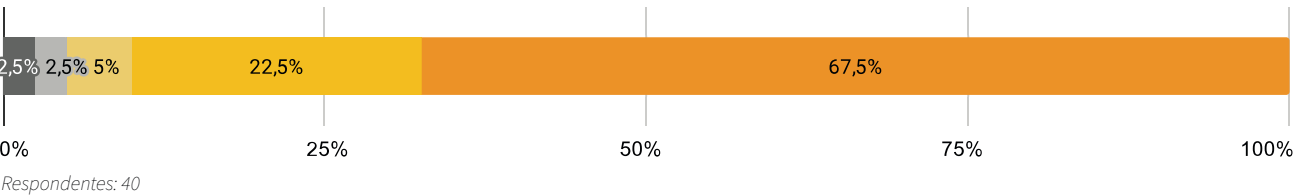
**Q1-05. Sobre a necessidade de implantação um novo modelo de governança para a gestão em rede dos serviços da Região de Saúde, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

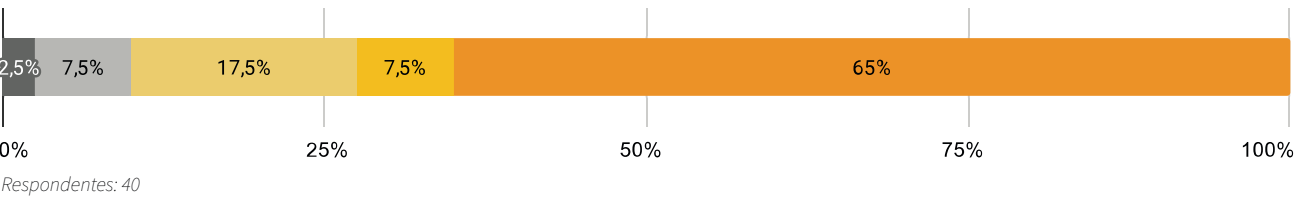
Se os mecanismos de negociação regionais atualmente em vigor estivessem implementados de forma completa e correta, esta solução seria desnecessária, porque os instrumentos hoje existentes podem permitir o funcionamento eficiente da rede regional, sem a necessidade de criar novas estruturas administrativas.



Para resolver a situação atual, seriam necessárias iniciativas conjuntas das três esferas de governo para fortalecer o processo de regionalização e criar estruturas para tornar a região mais eficiente na gerência das Redes de Serviços.



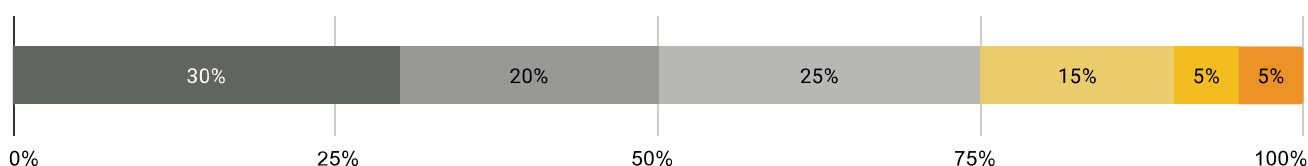
A ausência de Autoridade Sanitária Regional, decorrente da fragilidade da representação regional da SES, bem como, os mecanismos de negociação regionais atualmente em vigor, não sustentam a regionalização nem garantem o funcionamento integrado dos serviços da rede regional, sendo oportuna a introdução de um novo modelo de governança regional.



**Q1-06. Sobre uma proposta de implantação um novo modelo de governança da rede de serviços, na qual os municípios delegariam a gestão dos serviços para a Região de Saúde (devidamente estruturada para realizar estas tarefas), dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

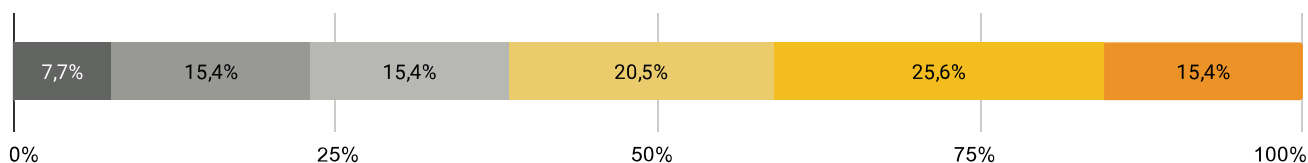
Discordo totalmente **0 1 2 3 4 5** Concordo totalmente

Um modelo de gestão com forte autonomia do nível regional, no qual o município delega a totalidade das funções de gerenciamento dos serviços de saúde, inclusive as de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, à uma estrutura executiva pública, que administre toda a rede de serviços do SUS da Região e seus recursos. A participação ativa do município deve se concentrar nas ações de planejamento, monitoramento e controle, repassando à Região, adequadamente organizada e equipada, o gerenciamento de todos os serviços municipais de saúde.



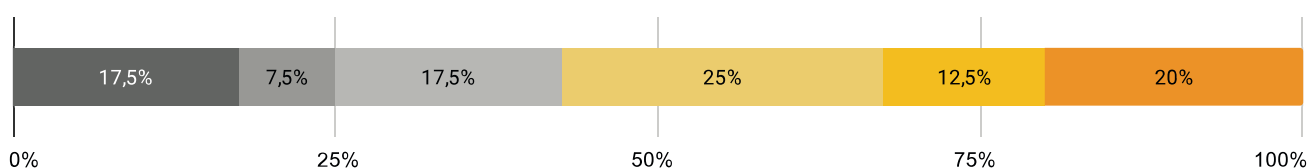
Respondentes: 40

Um modelo de gestão no qual a delegação de poderes dos municípios para a Região de Saúde se limita às funções de gerenciamento e regulação dos serviços de assistência à saúde (UBS, NASF, CAPS, UPAs, hospitais municipais de porte regional), buscando melhor integração e economias de escala e escopo. As ações de vigilância deveriam permanecer nos municípios, com mecanismos fluidos de intercâmbio com as regiões. O município repassaria à região todos os recursos pertinentes, porém manteria plena participação na gestão estratégica da rede de serviços de saúde (planejamento, programação, monitoramento, controle e avaliação).



Respondentes: 39

Modelo de gestão regional somente para APS, ou só para regulação assistencial entre a Atenção Primária (APS) e a Média e Alta Complexidade (MAC), ou outras soluções de delegação parcial de funções municipais para a Região. Em geral, seria importante introduzir modelos flexíveis, que viabilizem um progressivo aumento do escopo dos serviços gerenciados pela região.



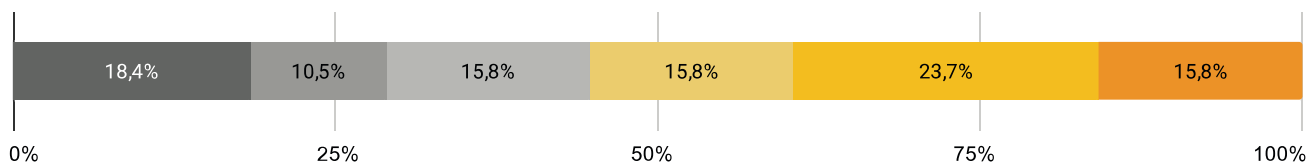
Respondentes: 40

**Q1-07. Quais poderiam ser os efeitos do modelo de governança da rede de serviços do item anterior, que atribui mais autonomia às Regiões de Saúde do SUS? Dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente **0 1 2 3 4 5** Concordo totalmente

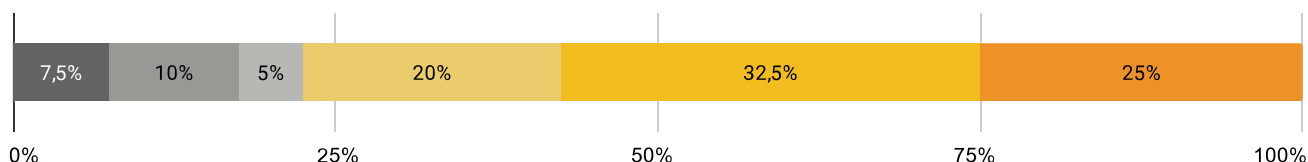


Risco de perda de autonomia municipal na gestão dos serviços de saúde e obstáculo ao processo de descentralização, com possível violação dos princípios da Lei Orgânica do SUS.



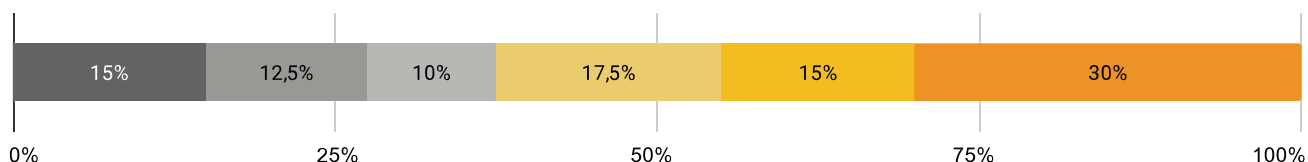
Respondentes: 38

Poderia ser uma solução efetiva, na medida em que disponha de instrumentos que permitam de forma concreta e equitativa que a voz dos gestores municipais tenha peso determinante nas ações de planejamento, programação, monitoramento, controle e avaliação.



Respondentes: 40

O modelo de uma entidade regional autônoma, pode criar um desequilíbrio nas relações de poder entre os municípios e desses com o estado.

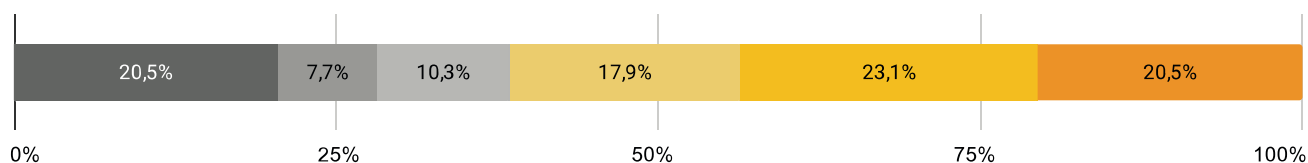


Respondentes: 40

**Q1-08. Na sua opinião, qual seria o modelo de administração da Rede Regional de Serviços mais efetivo e viável? Dê uma nota de 0 a 5.**

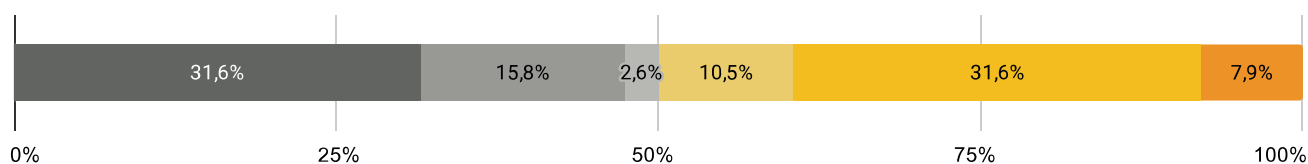
Discordo totalmente **0** **1** **2** **3** **4** **5** Concordo totalmente

Consórcio intermunicipal com a participação de todos os municípios da região e do estado, na gestão e no financiamento.



Respondentes: 39

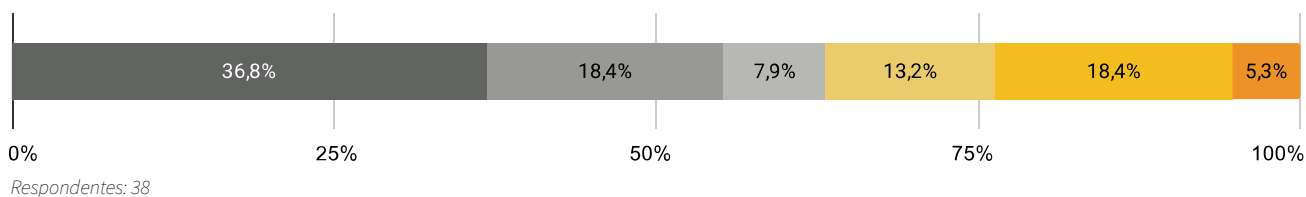
Autarquia intermunicipal criada por meio de Lei estadual e com a participação de todos os municípios da região e do estado, na gestão e no financiamento.



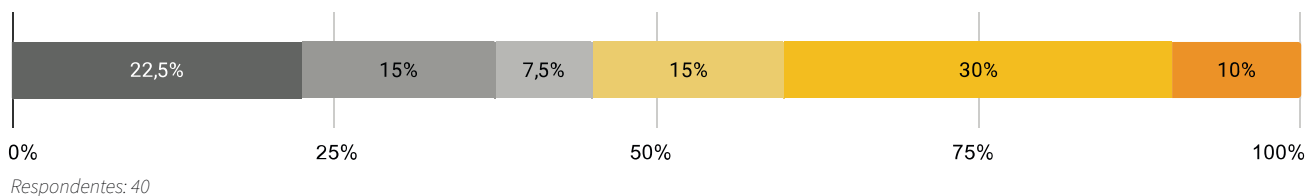
Respondentes: 38



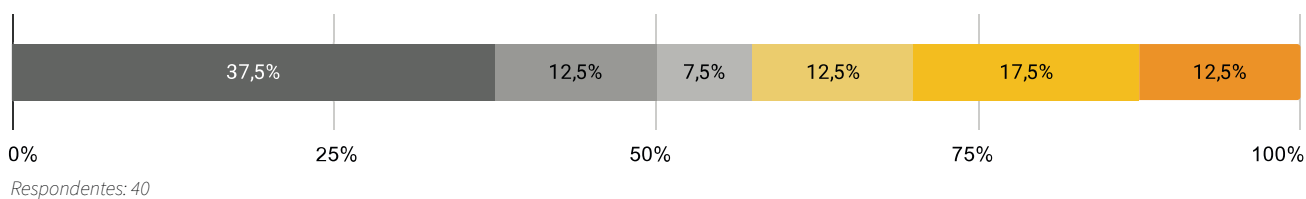
Parceria com uma Fundação Pública de Direito Público.



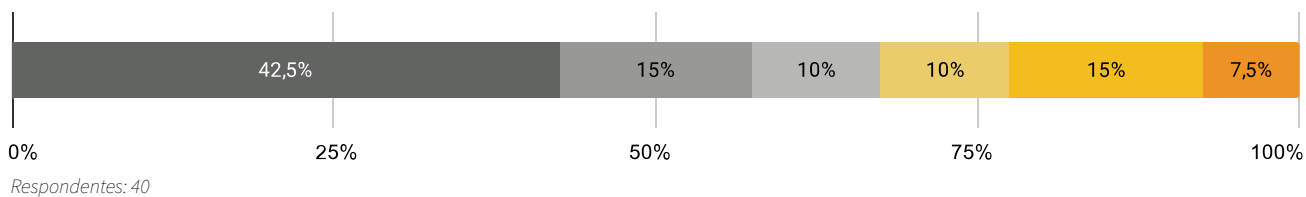
Parceria com uma Fundação Pública de Direito Privado.



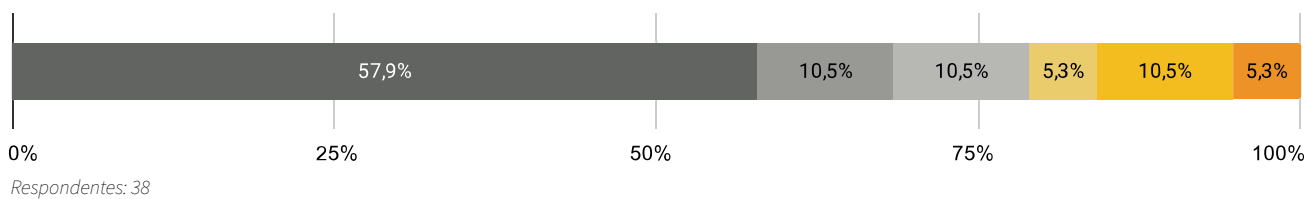
Contrato de Gestão celebrado com uma Organização Social de Saúde (OSS) envolvendo todos os municípios da região e o estado.



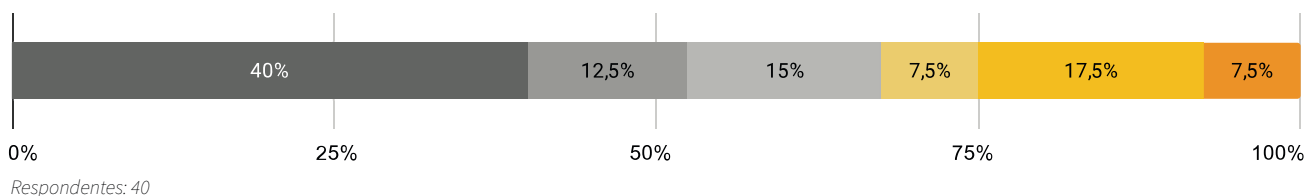
Termo de Parceria celebrado com uma Organização de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) envolvendo todos os municípios da região e o estado.



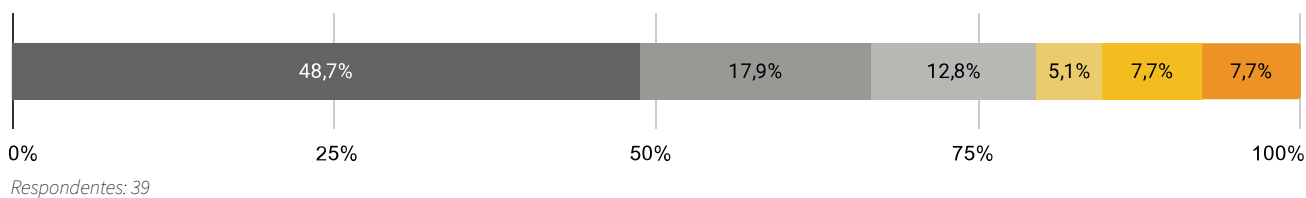
Contrato Administrativo de Prestação de Serviços celebrado com uma Empresa Privada por meio de uma licitação nos termos da Lei 8.666 envolvendo todos os municípios da região e o estado.



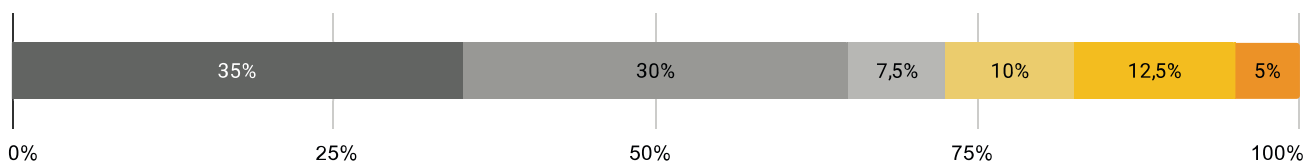
Parceria Público Privada (PPP) por meio de uma licitação nos termos de Lei específica envolvendo todos os municípios da região e o estado.



Contrato com uma Fundação Privada.

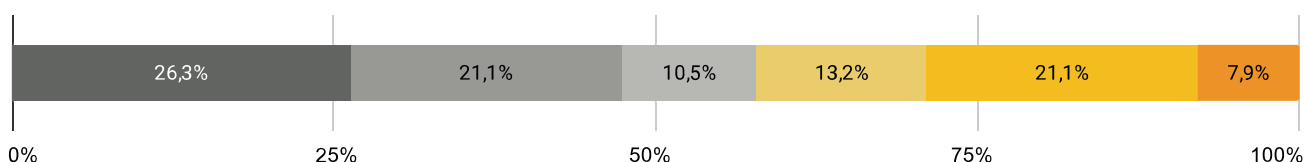


#### Parceria com Fundação de Apoio de uma Universidade Pública.



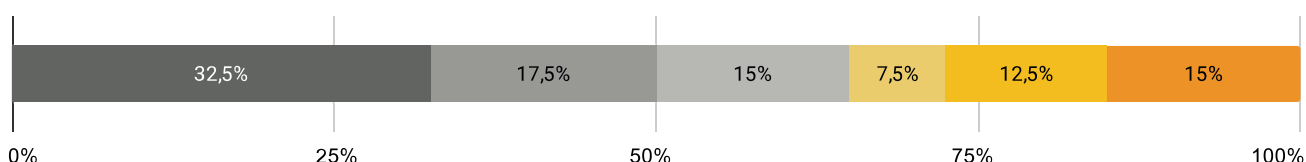
Respondentes: 40

#### Contrato com uma Empresa Estatal criada pelo estado e municípios.



Respondentes: 38

#### Cada região escolhe o modelo que melhor se adequa à sua realidade, podendo ser qualquer um desses citados.

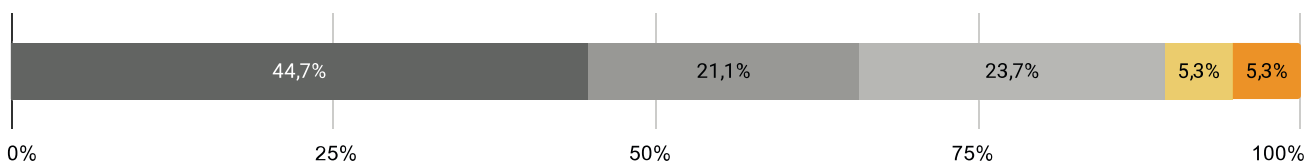


Respondentes: 40

### Q1-09. Quem deveria ser responsável pela condução deste modelo de governança centrado na região de saúde? Dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.

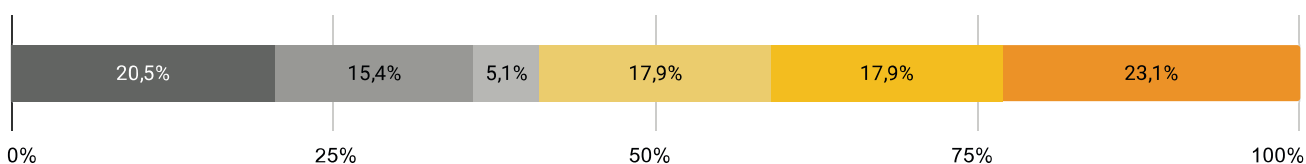
Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

#### Os gestores municipais que conformam a região com coordenação do município sede.



Respondentes: 38

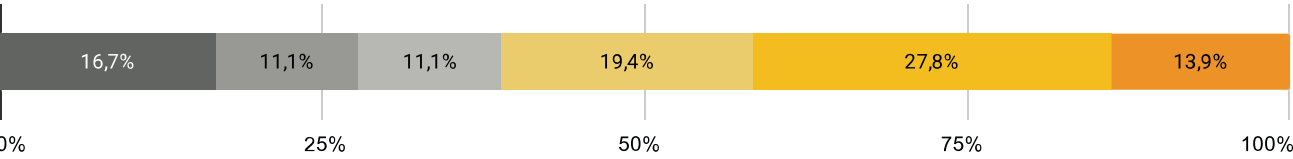
#### Os gestores municipais que conformam a região e a representação regional do gestor estadual, de forma conjunta, com coordenação rotatória e tomada de decisão colegiada.



Respondentes: 39

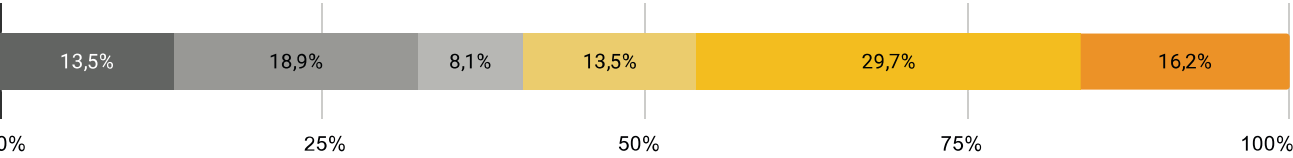


Os gestores municipais que conformam a região e a representação regional do gestor estadual, de forma conjunta, com coordenação do representante da gestão estadual.



Respondentes: 36

Os gestores municipais que conformam a região, o gestor regional e a representação regional do gestor estadual, de forma conjunta, com coordenação do representante da gestão estadual.

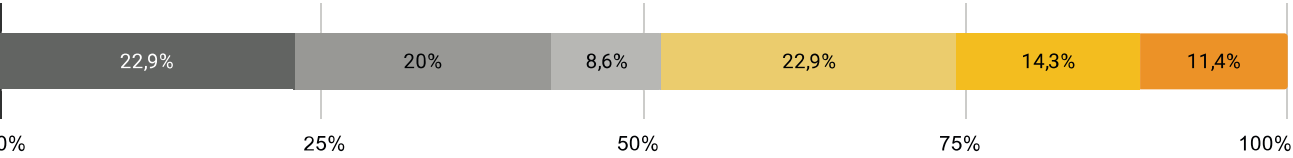


Respondentes: 37

**Q1-10. Na sua opinião, desde a perspectiva jurídico-institucional, para uma eventual implementação de um novo modelo de gestão regional, o que seria mais adequado? Dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

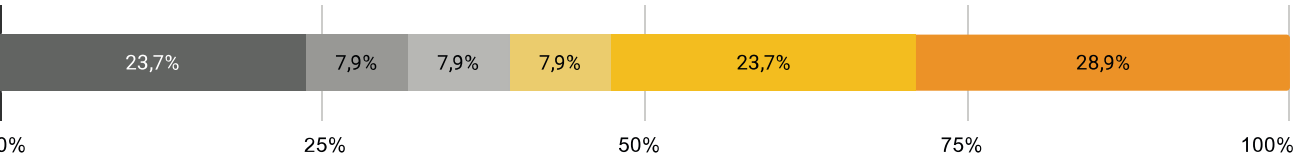
Discordo totalmente    0    1    2    3    4    5    Concordo totalmente

A aprovação de uma Lei Federal que defina os princípios básicos, mas que a implantação das regiões de Saúde se dê por adesão seguindo as definições de uma Lei estadual.



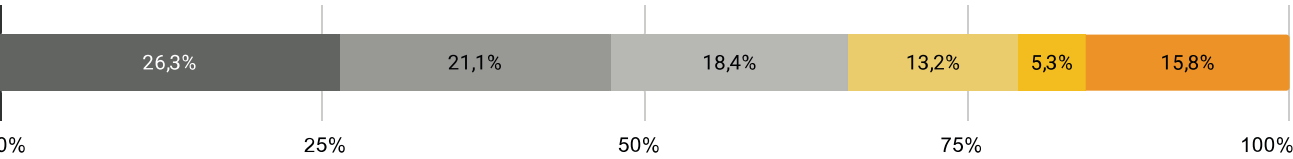
Respondentes: 35

A aprovação de uma Lei Federal que defina os princípios básicos, mas que a implantação das regiões de Saúde se dê por adesão seguindo as definições de uma Norma Operacional aprovada pela CIT ou instrumento equivalente.



Respondentes: 38

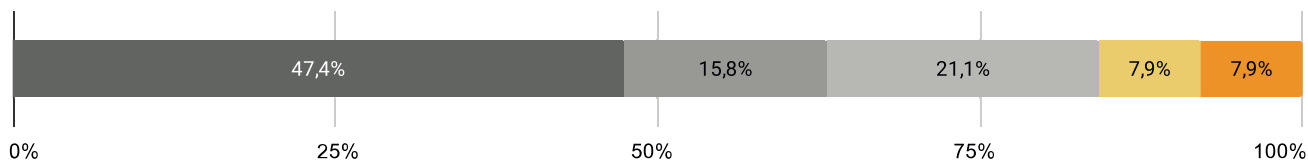
Não haveria necessidade de novas leis, pois uma Norma Operacional aprovada pela CIT ou instrumento equivalente seria suficiente e a implementação se daria por adesão do estado e dos municípios.



Respondentes: 38



Não há necessidade de nenhum novo instrumento, pois, os já existentes são suficientes para a implementação das regiões de Saúde.

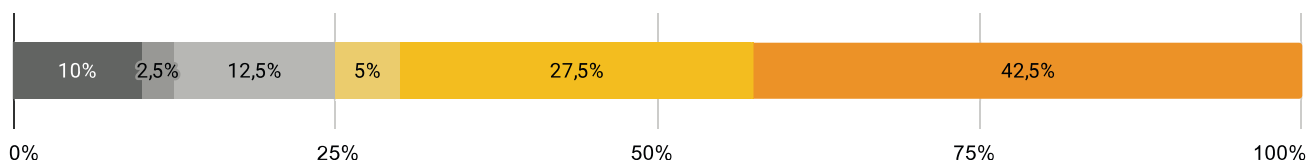


Respondentes: 38

**Q1-11. Na sua opinião qual a condição de financiamento necessária para a implantação de um novo modelo de gestão regional? Dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

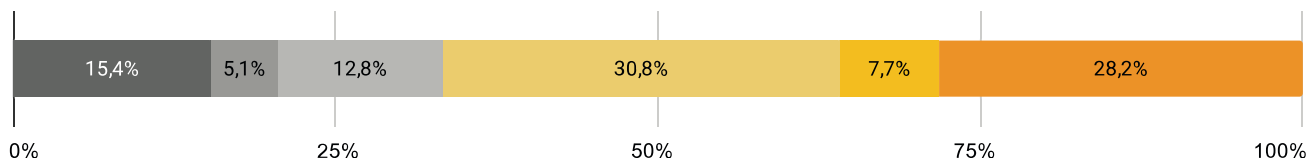
Discordo totalmente **0 1 2 3 4 5** Concordo totalmente

Só seria possível com o acréscimo de recursos financeiros federais e estaduais, pois os municípios não têm mais como aumentar os gastos com saúde.



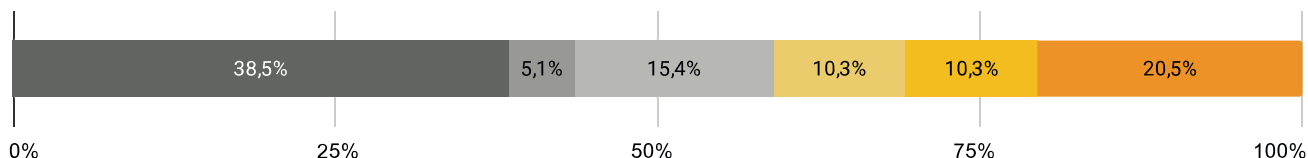
Respondentes: 40

Só seria possível com o acréscimo de recursos financeiros federais, pois os estados e municípios não têm mais como aumentar os gastos com saúde.



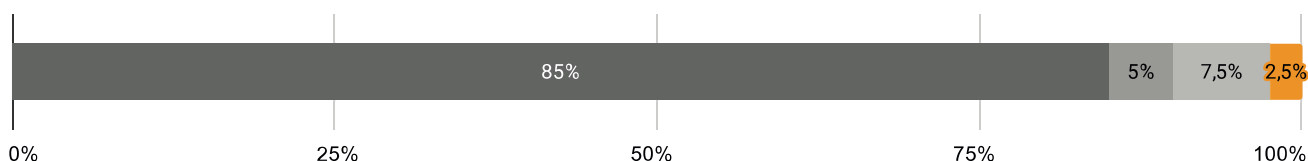
Respondentes: 39

Só seria possível com o acréscimo de recursos financeiros federais, estaduais e municipais.



Respondentes: 39

Não há necessidade de acréscimo de recursos financeiros.



Respondentes: 40



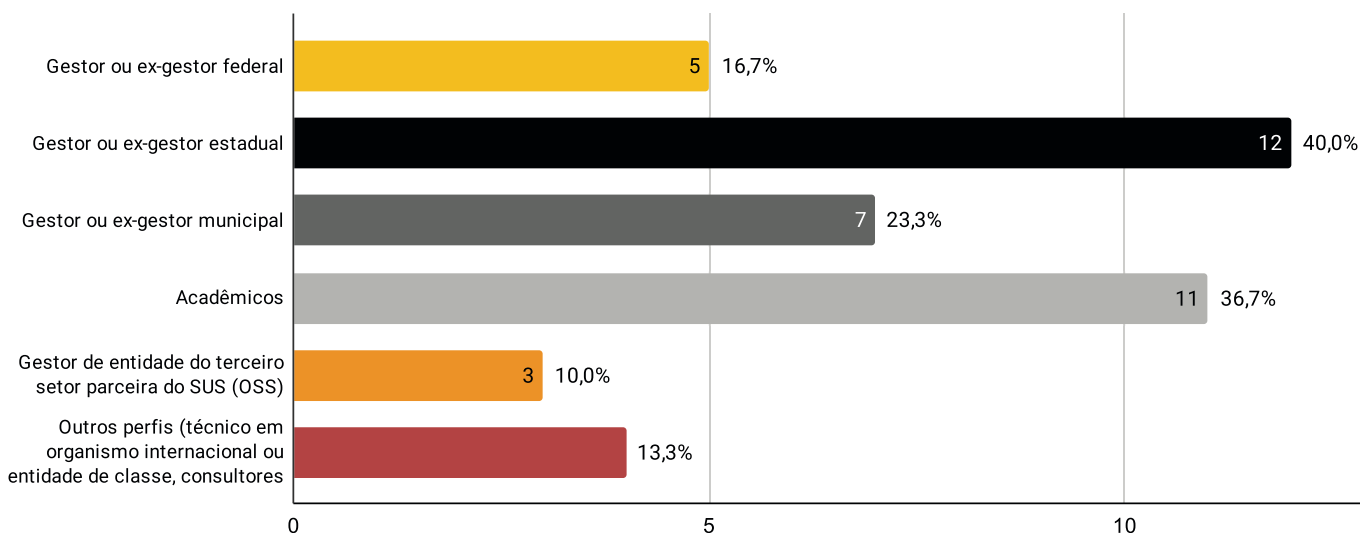
# B

## Pesquisa qualitativa sobre propostas inovadoras de regionalização dos serviços assistenciais do SUS

### 2ª ETAPA (QUESTIONÁRIO 2)

#### Perfil do entrevistado

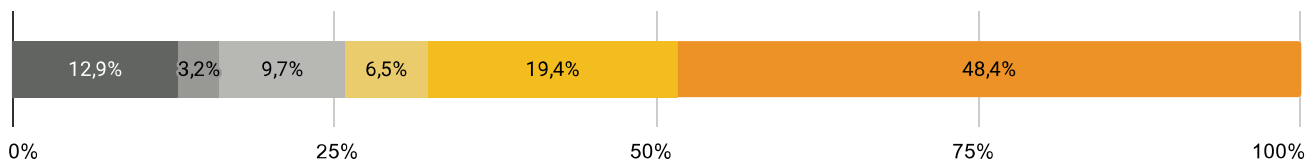
30 respostas



**Q2-01. Quanto à revisão do papel da gestão estadual (nível central da SES), dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

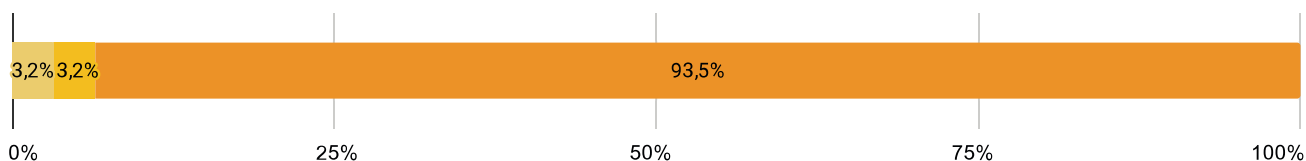
Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

Separar a função de Gestão do Sistema daquela de prestação de serviços de saúde.



Respondentes: 31

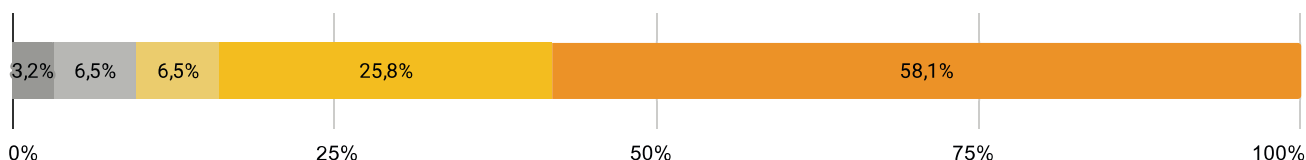
Contar com uma equipe estável e capacitada para o desempenho das funções de Planejamento, Regulação e Contratualização.



Respondentes: 31

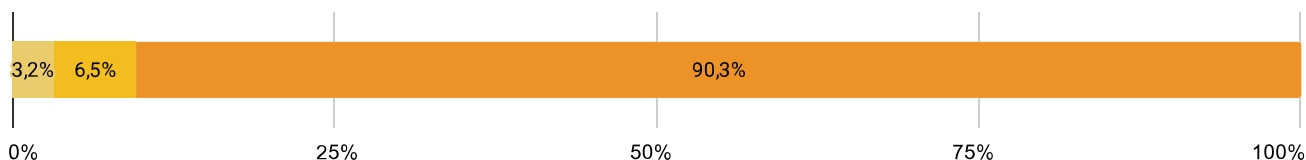


Contar com uma burocracia estável por meio da criação de uma carreira de Gestor Público de Saúde.



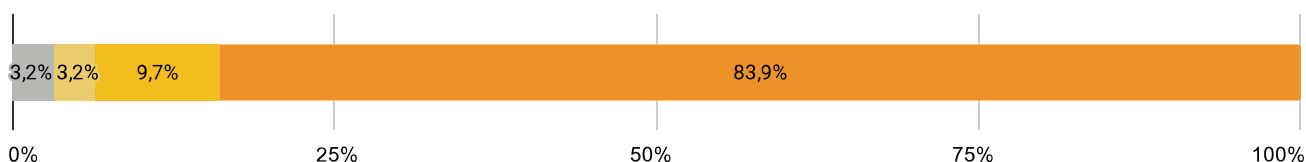
Respondentes: 31

Dispor de um bom sistema de Regulação descentralizado e integrado nas respectivas regiões de saúde.



Respondentes: 31

Dispor de uma equipe técnica no nível central da SES que possa apoiar in loco as Regiões nos respectivos processos de Planejamento, Regulação Contratualização, bem como facilitar as negociações construindo parcerias estáveis no território regional.

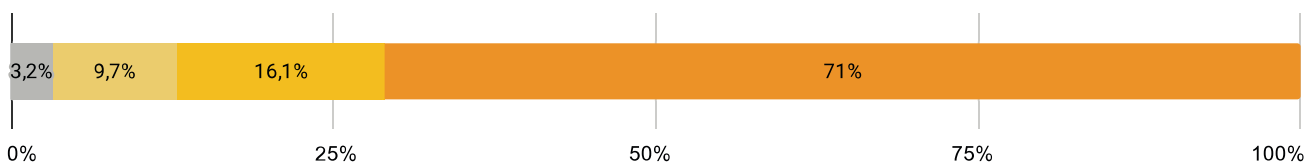


Respondentes: 31

## Q2-02. Quanto à gestão regional da SES, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.

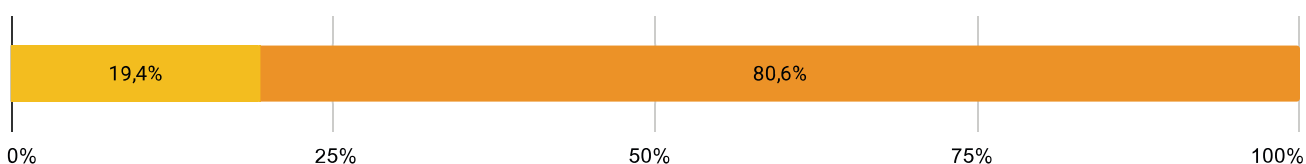
Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

Os mecanismos de negociação regionais atualmente em vigor, bem como a fragilidade da representação regional da SES (Superintendências, Diretorias ou outras denominações), não sustentam a regionalização nem garantem o funcionamento integrado dos serviços da rede regional, sendo oportuna a revisão com o fortalecimento da Gestão Estadual na região.



Respondentes: 31

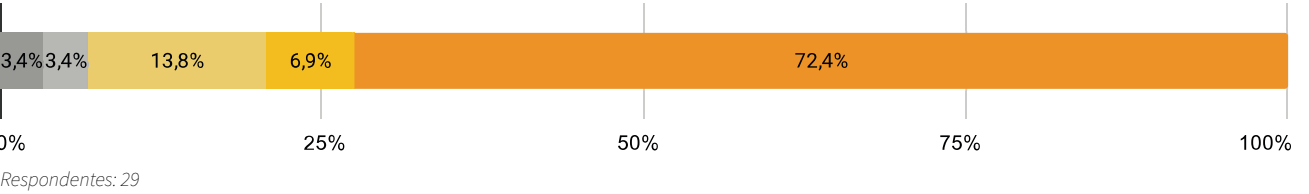
Para que a Gestão estadual exerça o seu papel na condução do processo da Regionalização é necessário fortalecer técnica e administrativamente a estrutura regional da SES, com autonomia e recursos suficientes.



Respondentes: 31



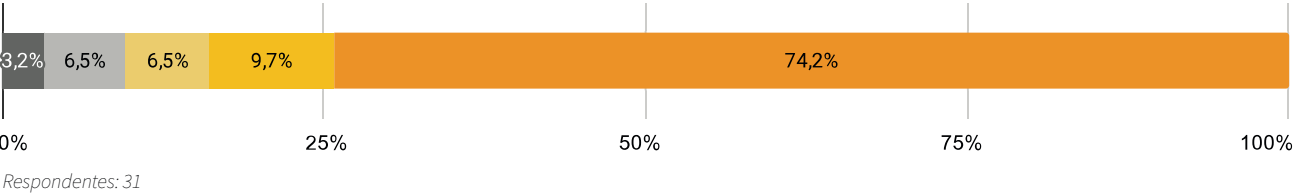
Para que a Gestão estadual exerça o seu papel na condução do processo da Regionalização é necessário rever os critérios de escolha do representante regional da SES.



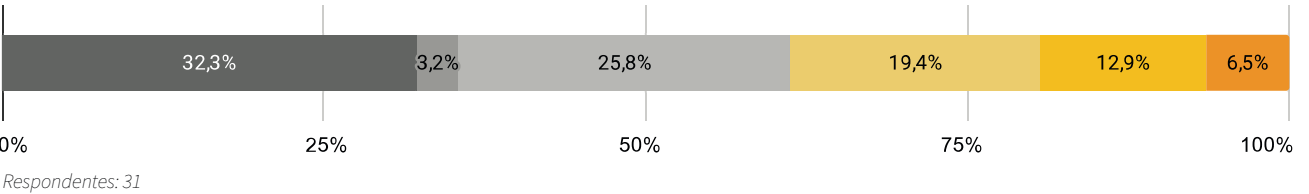
**Q2-03. Ainda quanto à Gestão Regional da SES, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

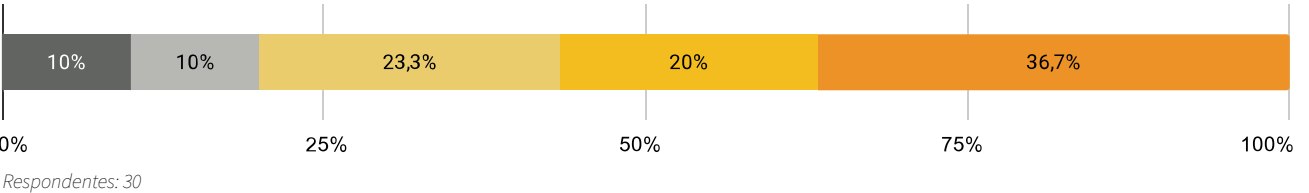
A ausência de Autoridade Sanitária Regional compromete o processo de implementação da regionalização sendo necessário o fortalecimento da Gestão Estadual na região.



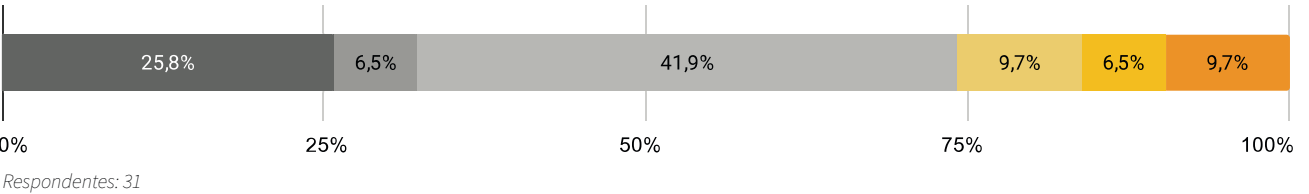
Para que a Gestão estadual exerça o seu papel na condução do processo da Regionalização é necessário criar uma Secretaria Executiva da CIR, cujo ocupante deve ser selecionado por meio de processo seletivo aberto e contratado pela CLT, com um contrato de metas, para se constituir na Autoridade Sanitária Regional, assumindo inclusive a gestão do Fundo regional de Saúde.



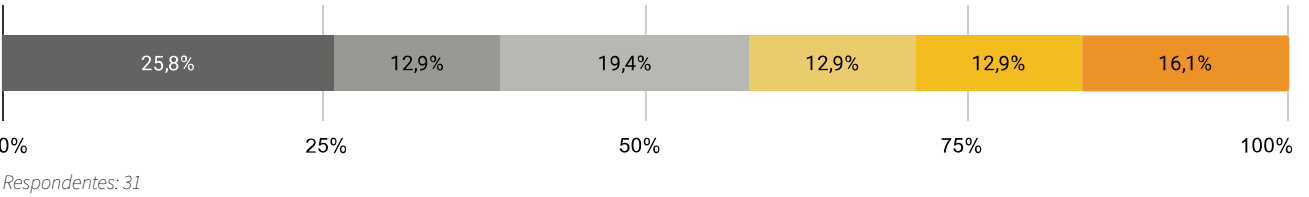
Para que a Gestão estadual exerça o seu papel na condução do processo da Regionalização é necessário criar uma Secretaria Executiva da CIR cujo ocupante seria o representante da SES (Diretor Regional de Saúde, Superintendente Regional de Saúde, ou equivalente) que exerceria a função de Autoridade Sanitária Regional.



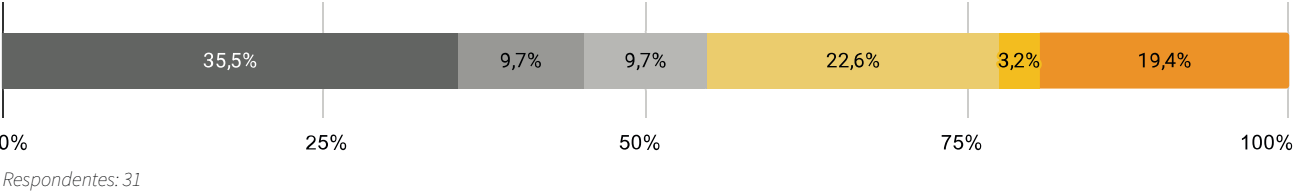
A Autoridade Sanitária Regional, deve ser exercida pela representação regional da SES ocupante de cargo comissionado ou de confiança, de livre provimento (Diretor Regional de Saúde, Superintendente Regional de Saúde, ou equivalente) sem necessidade de criar uma Secretaria Executiva da CIR.



Para que a Gestão estadual exerça o seu papel na condução do processo da Regionalização não é necessário criar uma Secretaria Executiva da CIR.



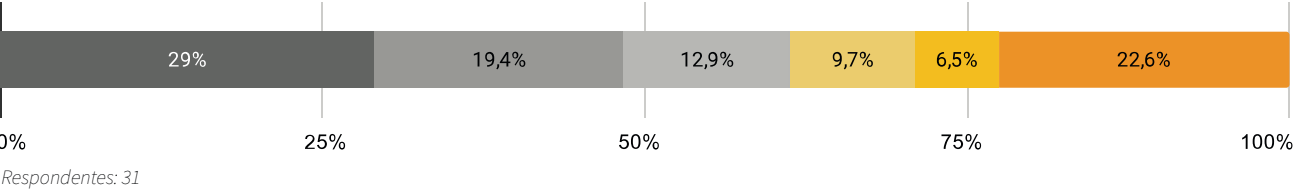
A ausência de Autoridade Sanitária Regional e de uma Secretaria Executiva da CIR não representa um problema caso haja um bom processo de planejamento regional e uma CIR atuante.



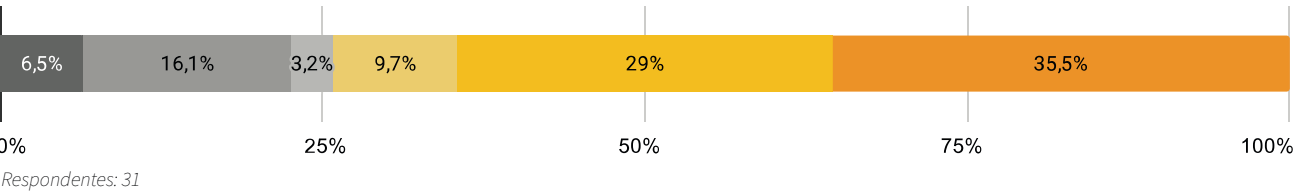
**Q2-04. Quanto à revisão do papel dos municípios dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente    0    1    2    3    4    5    Concordo totalmente

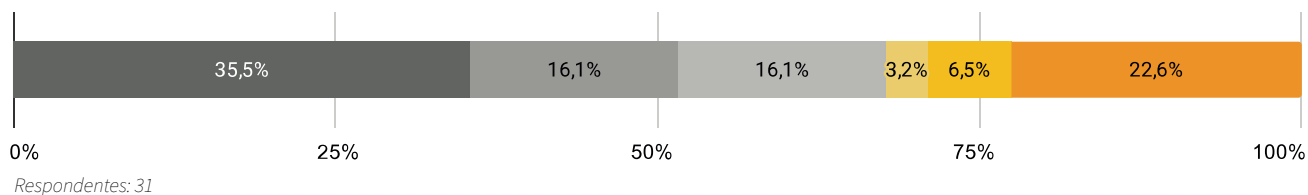
Aqueles de menos de 5 mil habitantes devem gerenciar exclusivamente as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde, ficando as demais ações de saúde para sua população sob a gerencia da Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da gestão regional, Consórcio Intermunicipal ou outra alternativa regional.



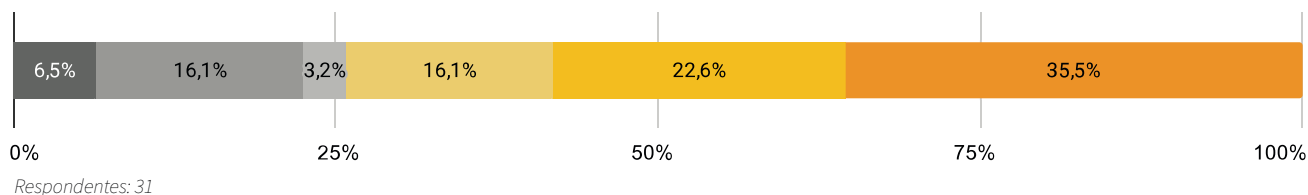
Aqueles de menos de 5 mil habitantes devem continuar gerenciando as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS) e pela Atenção Primária a Saúde (APS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde.



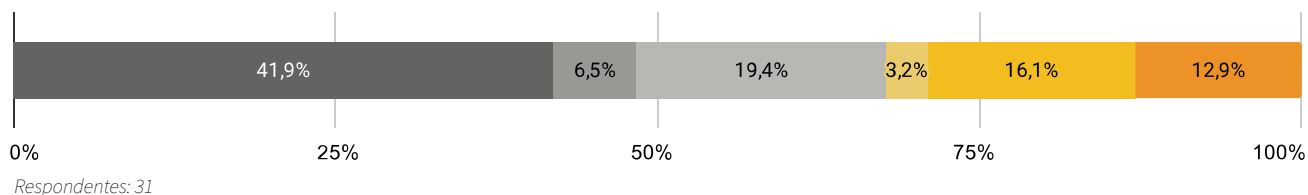
Aqueles de menos de 10 mil habitantes devem gerenciar exclusivamente as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde, ficando as demais ações de saúde para sua população sob a gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da gestão regional, Consórcio Intermunicipal ou outra alternativa regional.



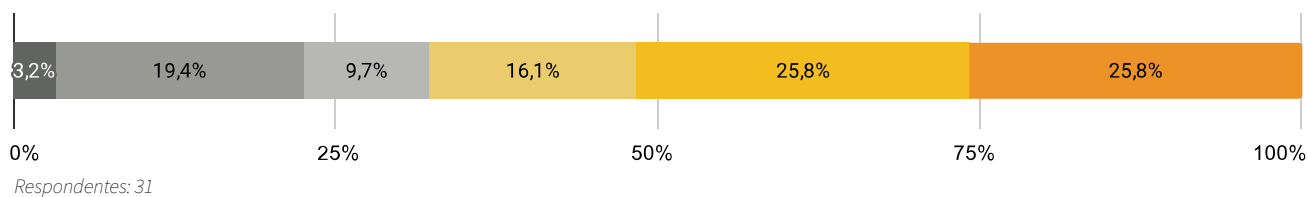
Aqueles de menos de 10 mil habitantes devem continuar gerenciando as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS) e a Atenção Primária a Saúde (APS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde.



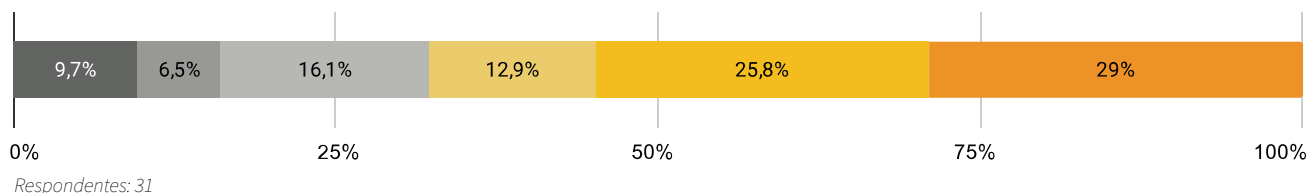
Aqueles de menos de 20 mil habitantes devem gerenciar exclusivamente as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde, ficando as demais ações de saúde para sua população sob a gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da gestão regional, Consórcio Intermunicipal ou outra alternativa regional.



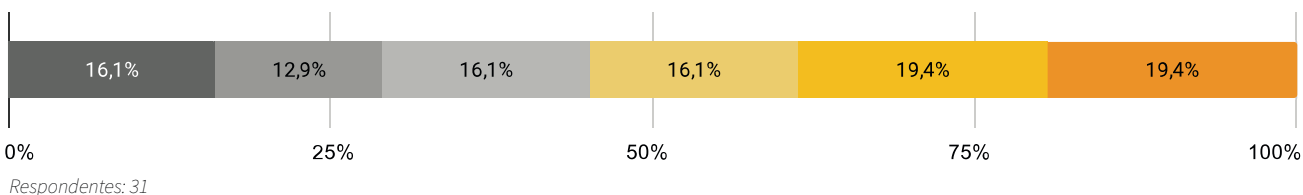
Aqueles de menos de 20 mil habitantes devem continuar gerenciando as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS) e a Atenção Primária a Saúde (APS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde.



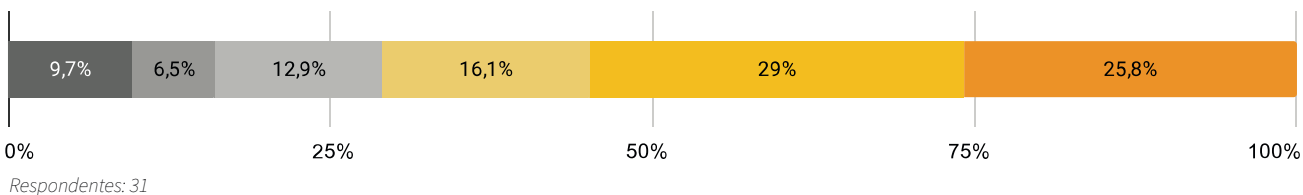
Aqueles de 20 mil até 50 mil habitantes devem continuar gerenciando as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS) e Atenção Primária a Saúde (APS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde ficando as demais ações de saúde para sua população sob a gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da gestão regional, Consórcio Intermunicipal ou outra alternativa regional.



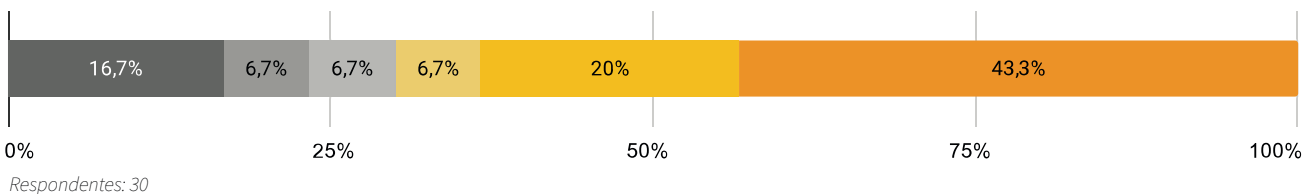
Aqueles de 20 mil até 100 mil habitantes devem continuar gerenciando as Ações Básicas de Vigilância em Saúde (ABVS) e Atenção Primária a Saúde (APS), mantendo suas responsabilidades no planejamento, definição de prioridades, monitoramento e avaliação e regulação do acesso na relação com a Região de Saúde ficando as demais ações de saúde para sua população sob a gerencia da Secretaria de Estado da Saúde (SES), por meio da gestão regional, Consórcio Intermunicipal ou outra alternativa regional.



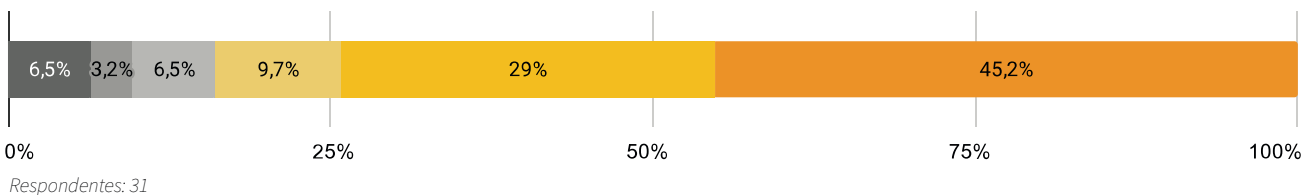
Aqueles de mais de 50 mil habitantes devem se responsabilizar pelas ações de vigilância em saúde (AVS), pela APS do seu município e pela assistência de MAC para os municípios da Região de Saúde, de acordo com a pactuação na CIR.



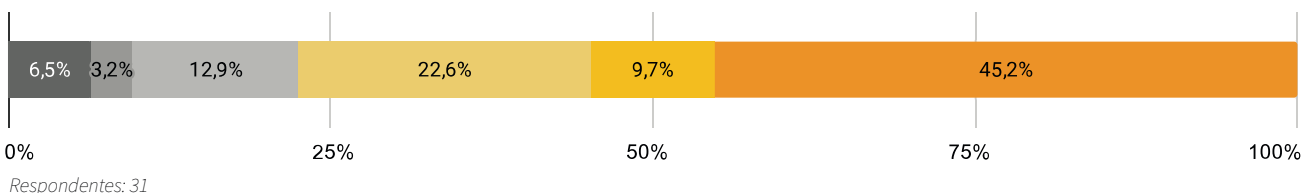
Apenas aqueles de mais de 100 mil habitantes devem se responsabilizar pelas ações de vigilância em saúde, pela APS do seu município e pelas ações de MAC para os municípios da Região de Saúde, de acordo com a pactuação na CIR.



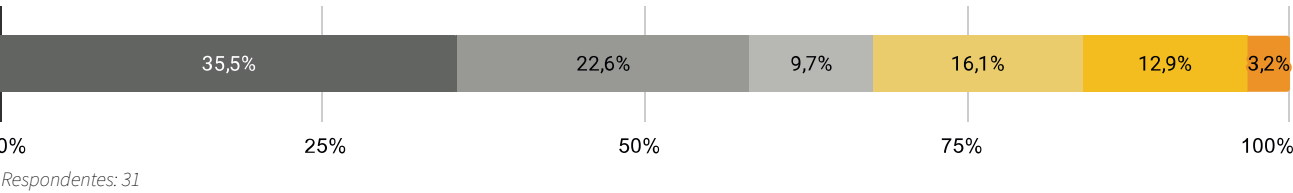
Os municípios que integram uma Região Metropolitana devem definir suas competências na CIR correspondente.



Os municípios que integram uma Região Metropolitana devem, igualmente, ter suas competências definidas segundo seu porte populacional.



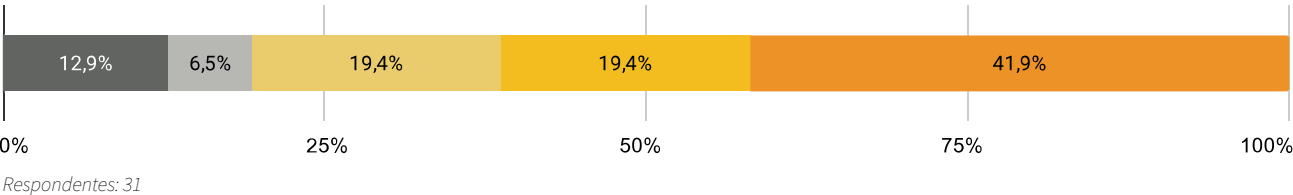
O porte populacional não deve ser usado para definir competências dos municípios.



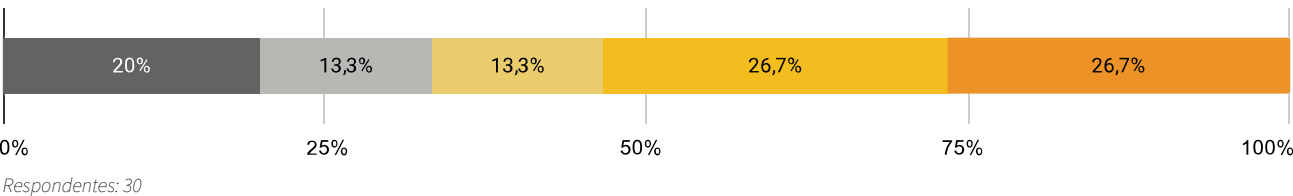
**Q2-05. Quanto a criação de um Fundo Regional de Saúde para a gestão do financiamento do custeio das ações e serviços de saúde da região, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente    0   1   2   3   4   5    Concordo totalmente

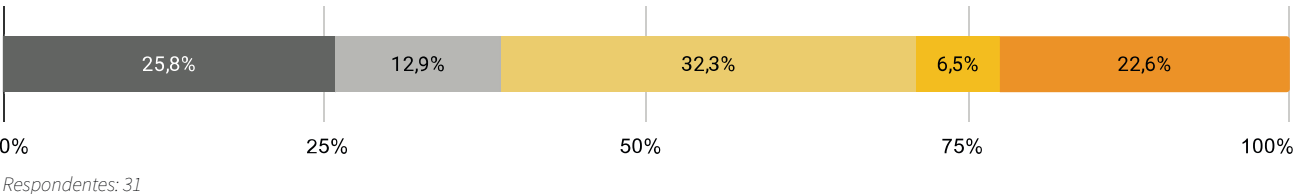
É preciso criar um Fundo Regional de Saúde.



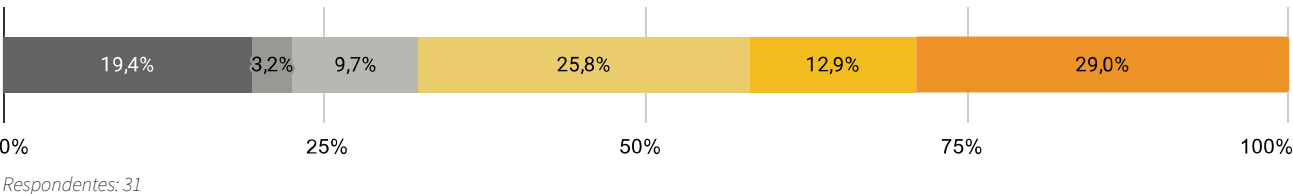
O Fundo Regional de Saúde deve ser gerido pela Secretaria Executiva da CIR.



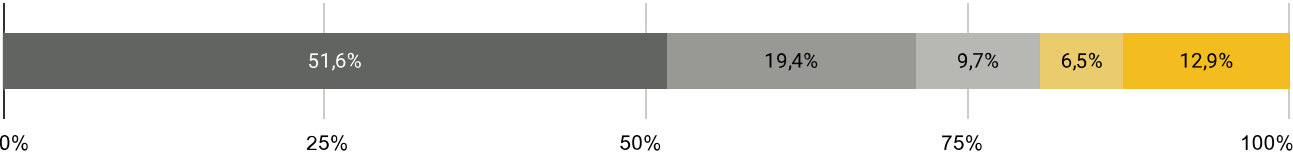
Os recursos federais devem ser transferidos em bloco único ao Fundo regional de Saúde e a CIR define a destinação.



Os recursos federais e estaduais devem ser transferidos em bloco único ao Fundo regional de saúde e a CIR define a destinação.

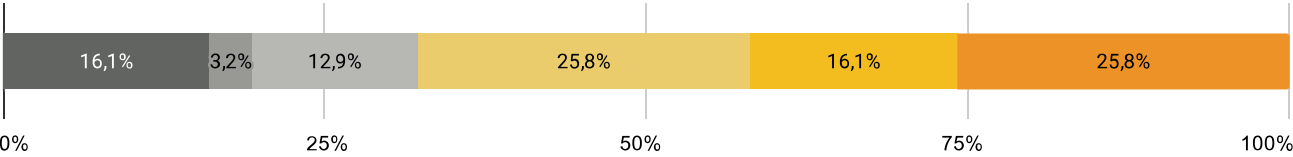


O Fundo Regional de Saúde seria responsável exclusivamente pela gestão dos recursos destinados a APS dos municípios.



Respondentes: 31

O Fundo Regional de Saúde seria responsável pela gestão dos recursos destinados a APS e MAC dos municípios da região de acordo com a pactuação na CIR.

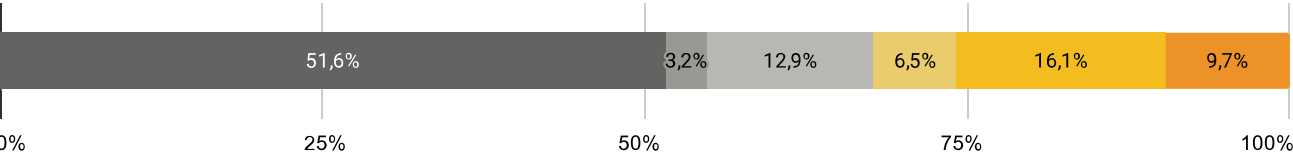


Respondentes: 31

**Q2-06. O Fundo Regional de Saúde seria responsável exclusivamente pela gestão dos recursos destinados a APS dos municípios com:**

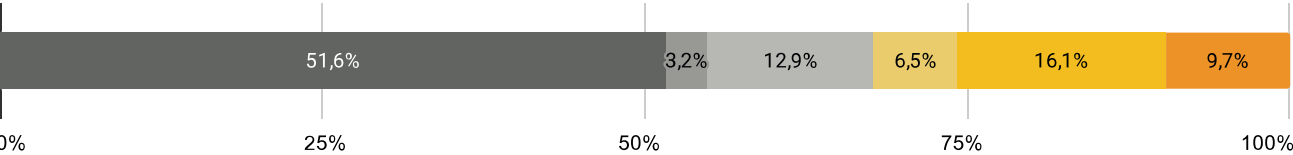
Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

Menos de 5 mil habitantes.



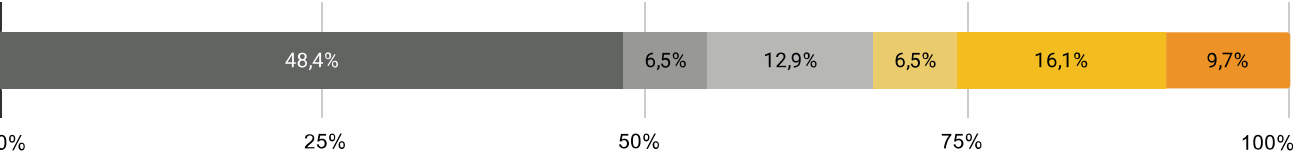
Respondentes: 31

Menos de 10 mil habitantes.



Respondentes: 31

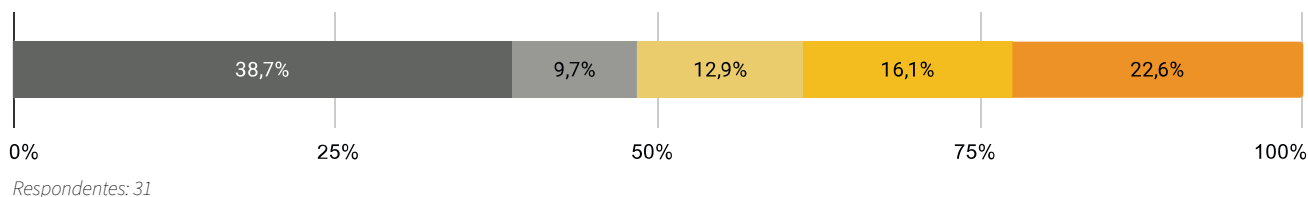
Menos de 20 mil habitantes.



Respondentes: 31



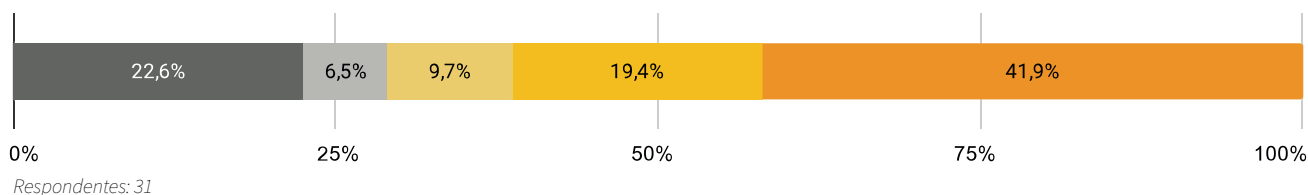
Para a APS de todos os municípios, independente do porte populacional de acordo com a pactuação na CIR.



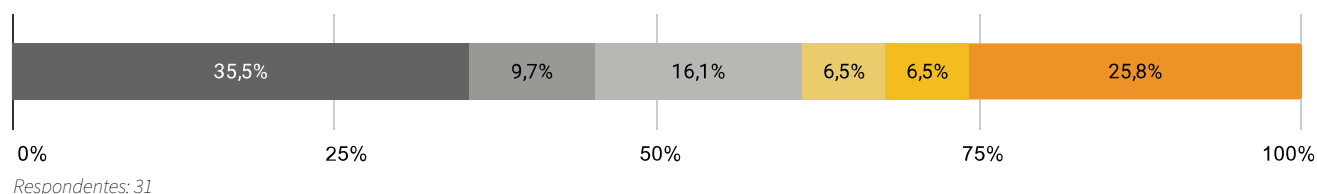
**Q2-07. A Lei Complementar no 141, estabelece, no seu Art. 21 que os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.**

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

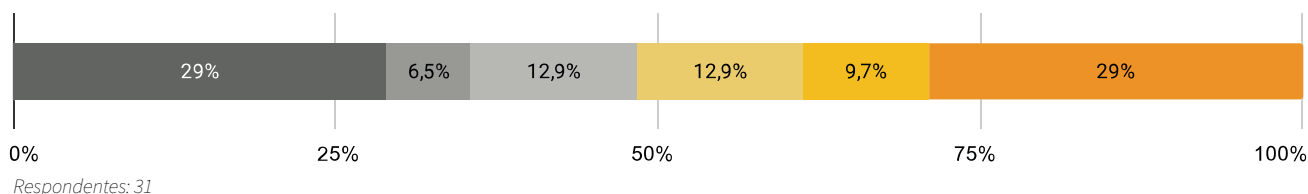
O Fundo Regional de Saúde.



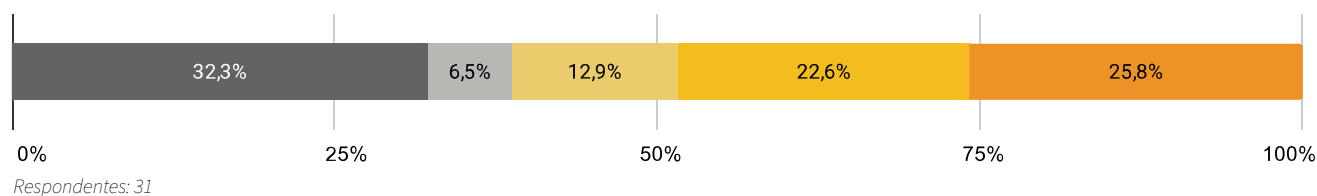
Os municípios independente da participação em Consórcio.



O Fundo estadual de Saúde independente da participação em Consórcio.



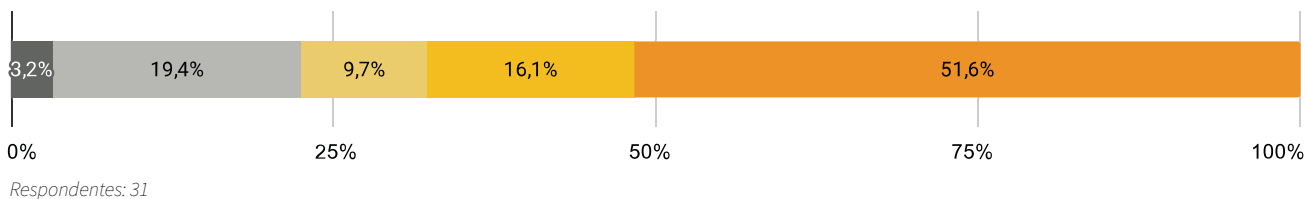
Outras modalidades de Gestão Regional.



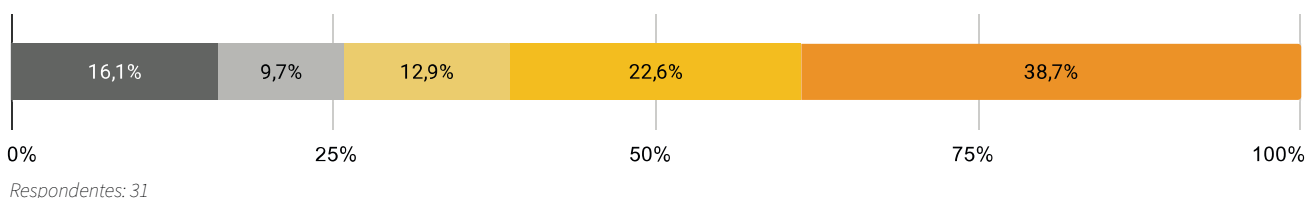
**Q2-08. Quanto ao financiamento de um Programa de investimento nas redes de serviços para reduzir as desigualdades de oferta e dotar as Regiões dos recursos assistenciais suficientes para atender as necessidades da população, dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente **0** **1** **2** **3** **4** **5** Concordo totalmente

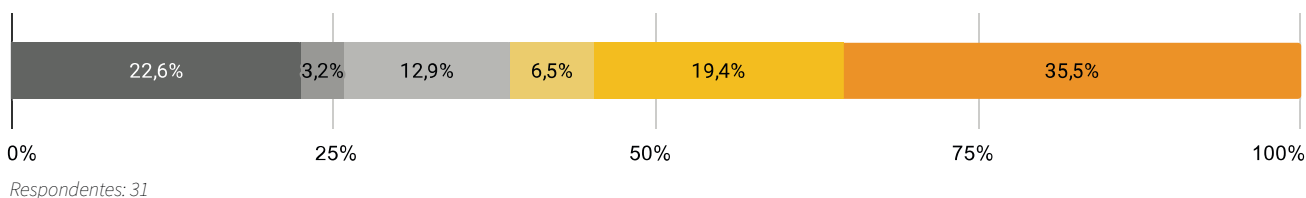
Empréstimo com instituições de crédito (BNDES, BID, Banco Mundial, etc).



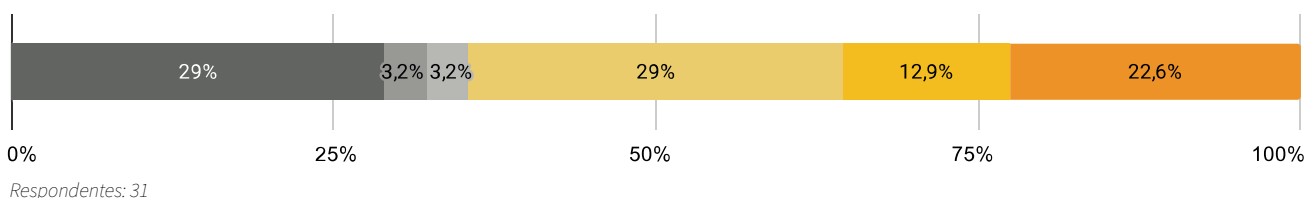
Emendas Parlamentares.



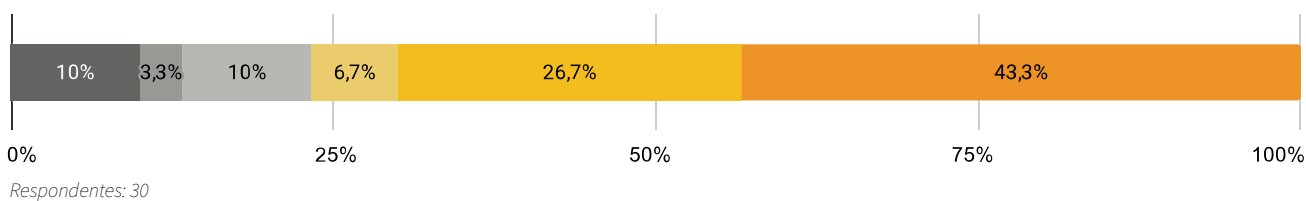
Empréstimo com instituições de crédito complementado com recursos de Emendas Parlamentares.



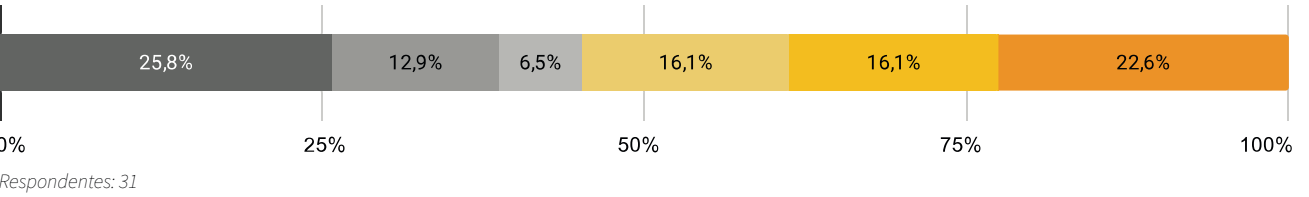
Os recursos do Programa devem ser transferidos em bloco único ao Fundo Regional de Saúde e a CIR define a destinação.



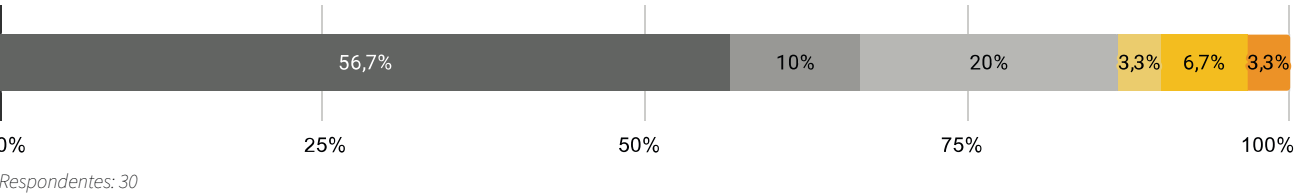
A CIT pactua os parâmetros para destinação dos recursos, Estado e municípios da região planejam as intervenções, a SES executa e a CIR acompanha.



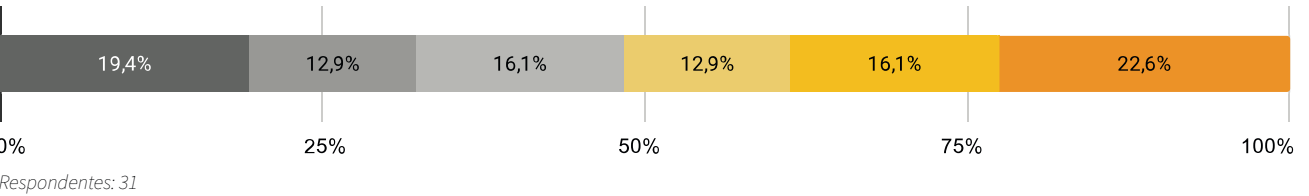
Os recursos devem ser transferidos a cada município ou a SES de acordo com a propriedade das unidades definidas para receber o investimento.



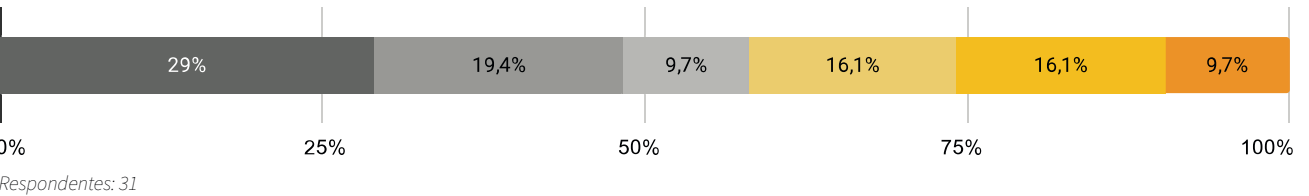
Exclusivamente a APS.



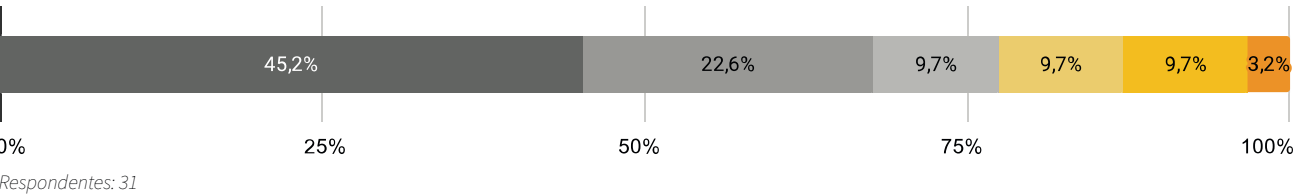
A APS e MAC, transferidos ao Fundo Regional de Saúde e a CIR define a destinação.



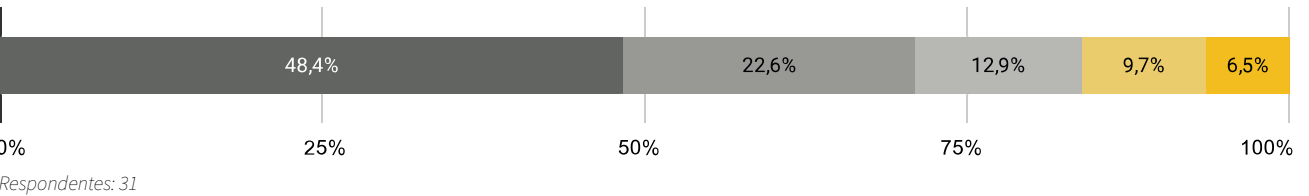
A APS e MAC, transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.



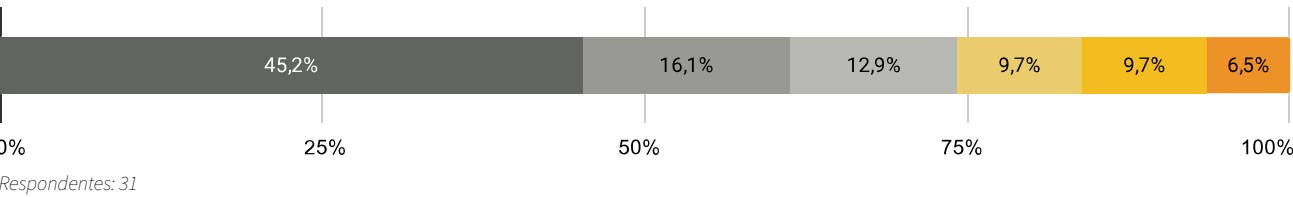
Exclusivamente a MAC, transferidos ao Fundo Regional de Saúde.



Exclusivamente a MAC, transferidos ao Fundo Municipal de Saúde.



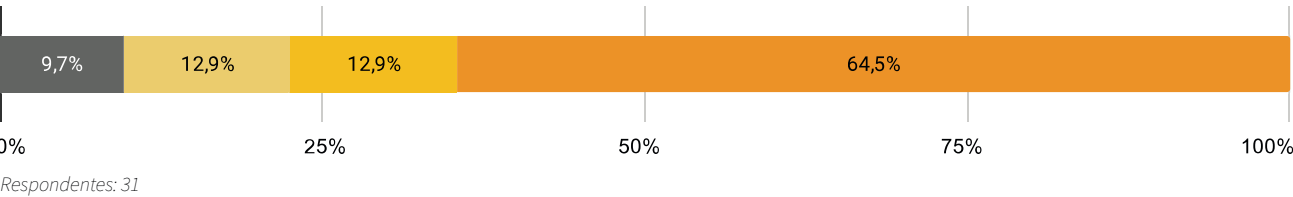
Exclusivamente a MAC, transferidos ao Fundo Estadual de Saúde.



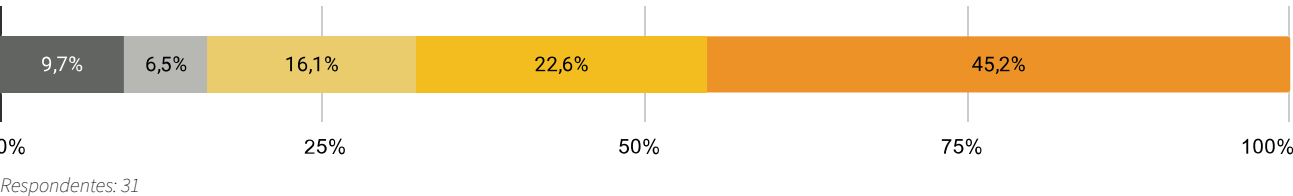
**Q2-09. Quanto à insuficiência dos instrumentos para definição quanto ao financiamento e papel dos entes em vistas a Regionalização dê uma nota a cada uma das alternativas abaixo, indo de 0 a 5.**

Discordo totalmente 0 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

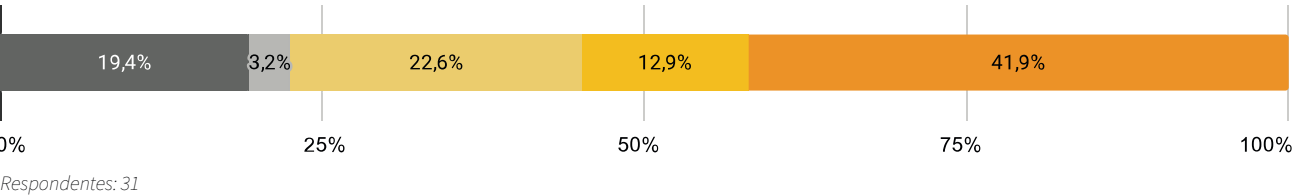
Revisão e explicitação do conceito de Região de Saúde.



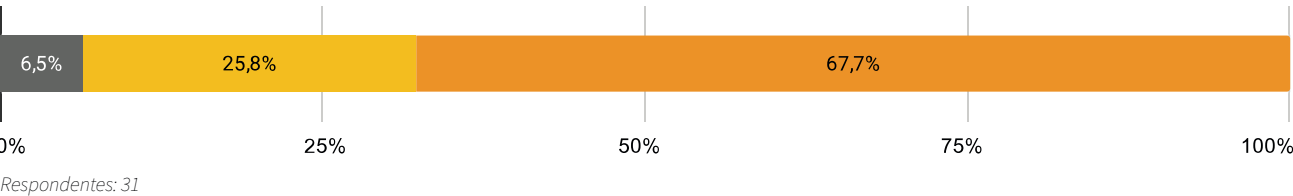
Criação da Secretaria Executiva da CIR.



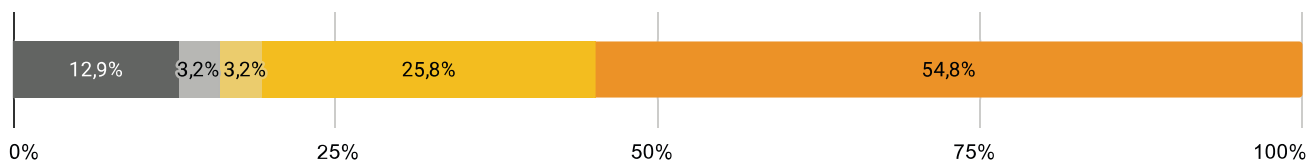
Criação do Fundo Regional de Saúde, mediante aprovação de uma Lei Federal específica.



Criação de incentivos financeiros para a constituição/remodelagem das Regiões de Saúde de acordo ao novo modelo.

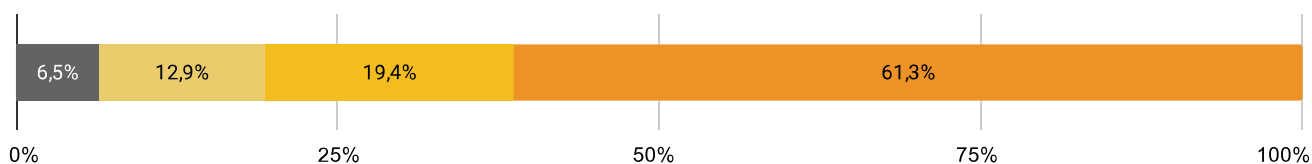


Regras gerais a serem adaptadas em cada Região.



Respondentes: 31

Regras básicas a serem observadas por todas as Regiões.



Respondentes: 31



**IEPS**

Instituto de Estudos  
para Políticas de Saúde