



OS DESAFIOS DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO TOCANTINS

THE CHALLENGES OF REGIONALIZATION IN HEALTH IN TOCANTINS

 **Helena Eri Shimizu**

Doutora em Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP
São Paulo, SP - Brasil
shimizu@unb.br

 **Maíra Catharina Ramos**

Mestre em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília - UnB
Brasília, DF - Brasil
mairacramos@gmail.com

 **André Luis Bonifácio de Carvalho**

Doutor Saúde Coletiva, Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Paraíba, PB - Brasil
andrelbc4@gmail.com

Resumo: O objetivo do estudo foi analisar a percepção dos gestores sobre o processo de regionalização em saúde, no Estado do Tocantins bem como as suas fragilidades e potencialidades. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores de saúde que integram os Colegiados Intergestores Regionais das oito regiões de saúde do Estado de Tocantins. As entrevistas foram analisadas no software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) (versão 0.7 alpha 2). Das análises emergiram dois eixos temáticos: A primeira delas foi denominada: Desafios da provisão da atenção, que se subdivide nas classes: provisão da atenção e regulação. O segundo eixo foi denominado “Regionalização em saúde”, sendo subdividido em duas classes: desafios e avanços no processo da regionalização e a organização e o papel dos Colegiados Intergestores Regionais. Há avanços, sobretudo, possibilitados pelo compartilhamento das decisões no âmbito desses colegiados; contudo, existem dificuldades para a garantia da universalidade e integralidade no acesso, principalmente, devido à carência de recursos humanos, especialmente, médicos especializados e serviços de média e alta complexidade.

Palavras-chave: Regionalização. Governança em saúde. Sistema único de saúde

Abstract: This study aimed to analyze the health manager’s perceptions of the regionalization process of the Brazilian public health system. Eight semi-structured interviews were conducted with health managers from municipalities that are part of the health regions, and participate in Intergovernmental commissions in the State of Tocantins. The interviews were analyzed by the software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) (version 0.7 alpha 2). The analysis obtained two categories that were subdivided into two categories. The first category was named: Challenges of the provision of attention, and it is subdivided into classes: provision of attention and regulation. The second category was: Regionalization in health, being subdivided in: challenges and advances in the process of regionalization and organization and the role of Regional Interagency Colleges. There are advances, especially made possible by decision sharing within Intergovernmental commissions, but there are difficulties to guarantee universality and completeness in access, mainly due to lack of human resources.

Keywords: Regionalization. Governance. Unified health system.

Cite como

American Psychological Association (APA)

Shimizu, H. E., Ramos, M. C., Carvalho, A. L. B. C. (2020, set./dez.). Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins. *Rev. gest. sist. Saúde*, São Paulo, 9(3), 517-534. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.15945>.



Introdução

No Brasil, a regionalização foi criada como estratégia de descentralização da oferta de assistência à população com possibilidade de resolução de grande parte dos agravos e doenças, o mais próximo possível das residências das pessoas (Viana et al., 2015). Trata-se de diretriz organizativa capaz de melhorar a qualidade e a racionalidade da assistência de uma determinada região, congregando recursos econômicos, humanos, tecnológicos no nível regional (Bretas Junior & Shimizu, 2017; Cardoso, Mattos, Santos, & Carneiro, 2017; Rashidian et al., 2014; A. M. dos Santos & Giovanella, 2014).

As ações e serviços devem ser organizados nas regiões de saúde, com o propósito atender às demandas dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado (Bretas Junior & Shimizu, 2017; Cardoso et al., 2017; A. M. dos Santos & Giovanella, 2014; Viana et al., 2015). Destarte, propõe-se garantir o acesso aos serviços de atenção primária, de média complexidade e as ações de vigilância em saúde. Além disso, a atenção hospitalar se faz necessária na região para os agravos de maior complexidade, os quais não podem ser resolvidos na atenção domiciliar e/ou ambulatorial (Ribeiro, Moreira, Ouverney, & Silva, 2017).

Contudo, a implementação da regionalização tem sido complexa, em virtude da insuficiência no financiamento, de problemas na gestão do trabalho, constrangimentos na oferta de serviços e nos tempos de espera para atendimento (Cardoso, Mattos, Santos, & Carneiro, 2017; dos Santos & Giovanella, 2014). Soma-se a esses aspectos toda a complexidade inerente ao desenho federativo brasileiro, que exige alto grau de compartilhamento entre os entes federativos, na oferta das ações e serviços para as regiões (Ribeiro, Moreira, Ouverney, & Silva, 2017).

Há que se destacar que algumas regiões do país iniciaram o processo de regionalização mais tardiamente, portanto ainda enfrentam a fragmentação do sistema de saúde provocados pela descentralização municipal. O Pacto pela Saúde instituiu os Colegiados de Gestão Regional como instância organizadora da regionalização solidária e cooperativa (Berzoini, 2010). O Tocantins foi um dos estados que aderiram ao Pacto pela Saúde por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), em 2006, com alguns avanços observados, sobretudo, no processo de planejamento estadual consoantes às necessidades regionais (Berzoini, 2010).



Posteriormente, o decreto 7.508/2011 trouxe alguns elementos relevantes para o avanço do processo de regionalização no país, com o fortalecimento dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR). A boa governança nas CIR é fundamental e determinada, sobretudo, pela capacidade dos atores integrantes em construir um quadro institucional estável que favoreça a participação e a negociação, a administração de conflitos e o estabelecimento de relações cooperativas e ações coordenadas, com direção e rumo voltados para a consecução de metas e objetivos pré-acordados (Cardoso, Mattos, Santos, & Carneiro, 2017; dos Santos & Giovanella, 2014).

A governança se refere, dentre outros atributos, à maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um sistema de saúde, visando seu desenvolvimento (Bretas Junior & Shimizu, 2017; World Bank, 1992); depende da adequada gestão em saúde, ou seja, de todas as atividades de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução e o planejamento de sistemas e serviços de saúde (World Bank, 1992).

A situação de saúde no Brasil e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõe o desafio da regionalização - organização dos sistemas de saúde com ampliação do acesso e fortalecimento dos seus princípios (Viana et al., 2015). Ademais, a utilização de estratégias adequadas ao provimento do cuidado em todo o território pode contribuir para a redução das disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos dentro da região de saúde (Bretas Junior & Shimizu, 2017; Cardoso, Mattos, Santos, & Carneiro, 2017).

Este estudo se justifica pela necessidade de conhecer, em maior profundidade, se o estado de Tocantins tem avançado no processo de regionalização, especialmente, no que se refere na dinâmica de organização e funcionamento das regiões de saúde, no provimento da atenção à saúde, de modo equitativo. Trata-se, pois, do mais novo estado brasileiro, criado em 1988. O Território tocantinense é composto de 139 municípios, a sua maioria de pequeno porte, com menos de 5000 habitantes, com necessidade de apoio econômico e social. 92,8% dos municípios possuem até 20.000 habitantes, destes, 54,26% possuem menos que 5.000 habitantes (Tocantins. Secretaria da Saúde do Tocantins. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS, 2015). O estado possui grandes áreas rurais esparsas, distantes dos centros urbanos, as quais usualmente possuem diversos tipos de serviços como estabelecimento de saúde de média e alta complexidade. Essa configuração geográfica impõe grandes desafios para a regionalização, especialmente, no que diz respeito aos serviços



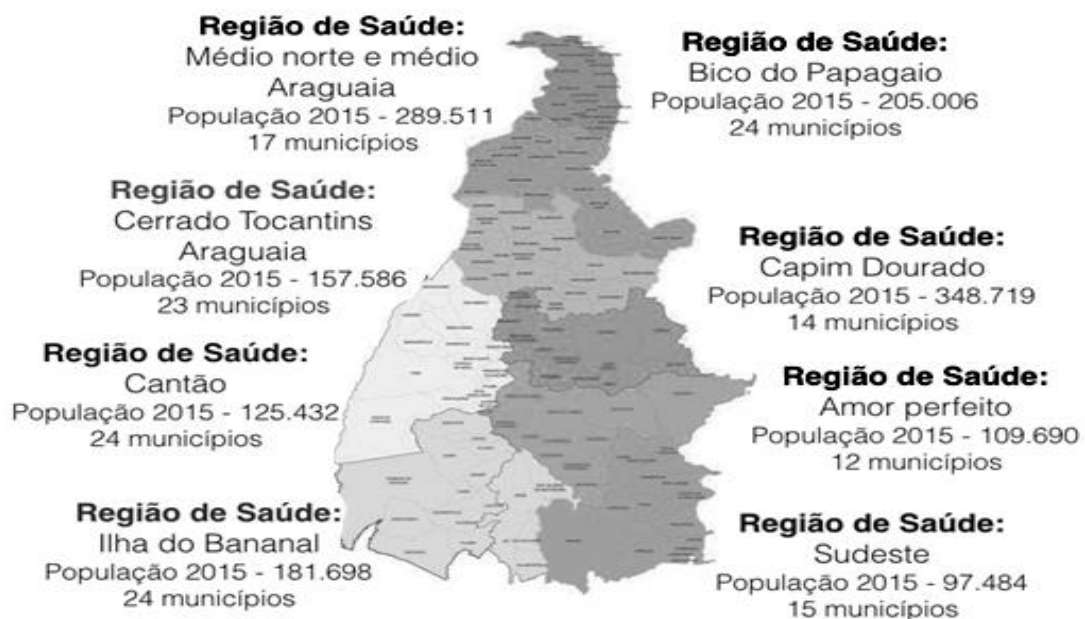
necessários para a garantia da integralidade da atenção (Tocantins. Secretaria da Saúde do Tocantins. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS, 2015).

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos gestores dos Colegiados Gestores Interegionais acerca do processo de regionalização em saúde no Estado do Tocantins bem como as suas fragilidades e potencialidades.

Método

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, sob o número CAAE 39511214.8.0000.0030 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, realizado nas CIRs do Estado do Tocantins. O Estado do Tocantins ocupa uma área de 277 720,520 km² e possui e mais de 1,400 milhão de habitantes é constituído por oito regiões em saúde, descritas na Figura 1. Fazem parte da macrorregião sul: Capim Dourado, Ilha do Bananal, Cantão, Amor Perfeito e Sudeste e da macrorregião Norte: Médio Norte Araguaia, Bico do Papagaio, Cerrado Tocantins Araguaia.

Figura 1 - Distribuição das Regiões de Saúde do Tocantins com o total de municípios e população



Fonte dos dados: População estimada por Região de Saúde, Datasus.



O Tocantins adotou um desenho onde a CIR é composta pelos secretários de saúde de cada município, além de quatro representantes do estado. Para a escolha desses representantes, foram selecionadas quatro superintendências: Vigilância, Atenção, Planejamento e Educação. Para as três primeiras, designaram-se um titular e um suplente; já a superintendência de educação conta apenas com um titular.

Para este estudo, foram realizadas entrevistas com um secretário municipal de cada região de saúde do estado do Tocantins que houvesse participado de, pelo menos, três reuniões da CIR. Obedecido o critério de inclusão, as entrevistas eram realizadas por dois pesquisadores previamente treinados, utilizando um roteiro semiestruturado que abordava os seguintes aspectos: (1) Organização e funcionamento da CIR; (2) Planejamento da região; (3) Organização do fluxo e regulação assistencial; (4) Financiamento dos serviços regionais; (5) Relações na região de saúde; (6) Governança da CIR. Foram entrevistados oito secretários municipais de saúde, um de cada CIR selecionada. As entrevistas eram gravadas e passaram por transcrição e conferência de dois pesquisadores de forma independente.

Para a análise dos dados, foi utilizado o software informático gratuito IRAMUTEQ (versão 0.7 alpha 2) para análise das entrevistas (Camargo & Justo, 2013), um software gratuito que utiliza do software R para realizar análises estatísticas de corpus textuais. O programa possibilita a análise textual para relacionar e comparar produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto (Camargo e Justo, 2013).

Neste estudo, as oito entrevistas analisadas tiveram aproveitamento de 79,59%. Na primeira etapa de análise realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que visa obter classes de Segmentos de Texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos ST das outras classes (Camargo & Justo, 2013). Os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas (Camargo & Justo, 2013).

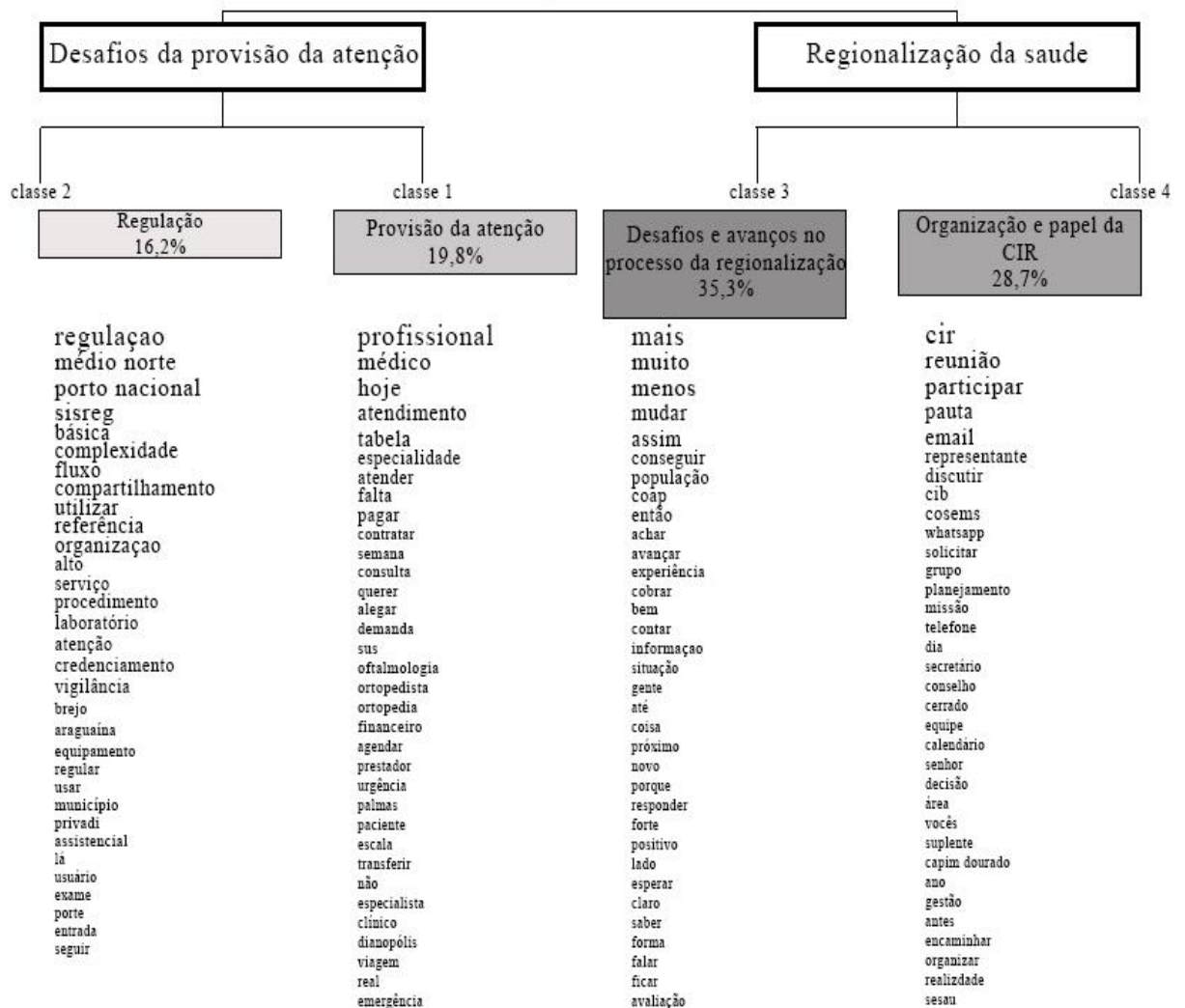
Na CHD cada classe é constituída de diversos segmentos de texto com classificação segundo a distribuição do vocabulário (formas) desses segmentos (Camargo & Justo, 2013). As classes geradas a partir da classificação hierárquica descendente representam o contexto de sentido das palavras e podem demonstrar as representações ou elementos de representações sobre o objeto social estudado (Camargo & Justo, 2013).

Resultados



Das análises, emergiu um dendograma, representado na figura 2, com dois eixos temáticos que se subdividiram em duas classes cada. Recomenda-se a leitura da esquerda para a direita (Camargo & Justo, 2013). A primeira delas foi denominada “Desafios da provisão da atenção” e subdivide-se nas classes que trata das questões relativas à regulação e provisão da atenção. O segundo eixo foi denominado “Regionalização em saúde” sendo subdividido em desafios e avanços no processo da regionalização e organização e papel da CIR, conforme Figura 2.

Figura 2 - Percepção dos gestores do estado de Tocantins acerca do processo de regionalização



Fonte: Elaboração própria

A classe 2, com 16,2%, abordou os desafios da regulação devido à insuficiência de serviços para dar acesso às demandas apresentadas pela população, sobretudo, os de média e



alta complexidade, que são escassos em todas as regiões de saúde. Os gestores das CIR destacaram o uso do SISREG como ferramenta para ajudar na organização da oferta e da demanda, contudo alegam que há dificuldade de integração com a região de Palmas, visto que a capital utiliza sistema próprio, o que acaba comprometendo o fluxo assistencial. Além disso, evidenciaram dificuldades de atender às demandas da população na região, mesmo quando referenciados no próprio serviço devido à burocratização dos procedimentos.

Se eu tenho procedimentos a serem solicitados, eu preciso pegar aquele monte de papel, vir para Palmas, ir lá para regulação, sentar com o pessoal. Aí a gente deixa aquele monte de referência lá sobre os tais procedimentos. Uma semana depois, a gente volta para buscar aqueles procedimentos agendados. E, então, a gente vê assim: morosidade nesse processo (Entrevistada 1).

Revelou-se ainda que a fragilidade na Atenção Primária contribui para a deficiência na organização, especialmente, porque não consegue assumir o papel de coordenação da Rede de Atenção à Saúde.

A classe 1, com 19,8%, trata da provisão da atenção à saúde, na qual evidenciam-se as dificuldades para a garantia do acesso e da integralidade do cuidado. A principal questão destacada nas entrevistas foi a dificuldade de contratação de profissionais da saúde, especialmente, de médicos, tanto para a Atenção Primária como para os serviços especializados, mesmo entre os municípios polos, sendo repetidamente citada a falta de oftalmologistas e de ortopedistas.

Houve relatos de que Atenção Primária, em alguns municípios, é altamente dependente do Programa Mais Médicos. A gente contrata muito (médico) recém-formado. Assim [...] no início eles ainda ficam muito na região, não na Atenção Primária, mas na urgência e emergência, nos plantões. A Atenção Primária ainda é um gargalo que agora a gente supriu por causa do Mais Médicos, mas era o grande problema nosso (Entrevistado 7).

Os municípios mais carentes e distantes da capital são os que enfrentam maiores dificuldades na contratação, especialmente, de médicos (Entrevistado 7).

Outra questão destacada pelos gestores foi a dificuldade de provisão serviços de saúde nas regiões de saúde. Há dificuldade para contratar prestadores de serviços, não só pelos altos custos geralmente arcados pelos municípios, mas também pela indisponibilidade de alguns serviços nas regiões mais distantes da capital. Os entrevistados levantaram ainda a questão do credenciamento e da contratação de prestadores de serviço para suprir a demanda reprimida do município, o que consome grande parte dos seus recursos para a saúde.

A minha região geograficamente tem alguns municípios muito distantes. Isso causa dificuldade no acesso [...]. No meu Município, consigo contratar um laboratório tabela SUS, mas eu não consigo para toda região porquê ... ele (o laboratório) não tem interesse de atender, então a gente ainda tem essas dificuldades de distância que nós estamos tentando sanar [...] (Entrevistado 6).



Outro ponto destacado pelos gestores foi a desatualização da tabela SUS, o que dificulta não só a contratação de profissionais como também de serviços. Tal deficiência dificulta sobremaneira a contratação de serviços necessários nas regiões de saúde. Além disso, os entrevistados ressaltaram que o atraso nos repasses dos recursos financeiros para os municípios é um dos maiores entraves à regionalização.

E eu volto a dizer que essas carências são consequências dessa tabela SUS, que vigora até os dias de hoje, e a gente tem grande dificuldade de encontrar prestador porque prestador não quer assumir esse preço SUS que está tabelado há mais de 10 anos (Entrevistada 1).

A classe 3, com 35,3%, refere-se aos desafios e avanços da regionalização. Entre eles, evidenciou-se a necessidade de melhorar a infraestrutura das regiões com mais serviços requeridos pela população das regiões de saúde. Foi destacada a necessidade de reduzir a burocratização dos serviços, pois contribui para a morosidade da implementação das ações e serviços de saúde.

A nossa sala de vacina a gente entendeu que ela ficou inviável, pelo tanto de ficha que eles têm para preencher [...]. Hoje as nossas aplicadoras demandam um tempo absurdo preenchendo fichas, a mesma informação em 3 lugares diferentes (Entrevistado 6).

Outro problema citado é a precariedade dos sistemas informatizados para a gestão das regiões de saúde. A falta de indicadores de saúde disponíveis, em tempo real, dificulta as tomadas de decisões.

Acho que o nosso maior é o DATASUS, né? Na verdade, é ele quem consegue dar nossos resultados, a maior parte dos nossos indicadores. [...] a gente sabe que é um sistema bom, mas que ainda[...] ele leva tempo para atualizar. Então, a gente não consegue ter informações do que aconteceu no início do ano. Então, nós temos as pactuações[...] Para gente fechar o nosso relatório de gestão, a gente tem que ter dados de tudo o que aconteceu no ano de 2015, e o DATASUS não consegue disponibilizar[...] (Entrevistado 7).

Os gestores destacaram também a carência de políticas de saúde próprias, nas regiões, para atender às necessidades de diferentes populações – indígenas, ribeirinhos, população de rua, assentados, ciganos, quilombolas e campo e floresta. Trata-se de um estado que possui substancial população indígena.

As minhas metas, ou seja, as metas do meu município devem incluir a população indígena [...] o ministério tem que fazer um link grande na SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), entendeu? e começar, de cima para baixo, esse trabalho de conscientização de gestores para as diferenças culturais e religiosas (Entrevistado 2).

Apesar dos grandes desafios, muitos avanços no processo de regionalização também foram alcançados. Os secretários relataram que o compartilhamento regional de recursos veio a favorecer o provimento de ações e serviços de saúde de formas equitativa e integral. Outro ponto de avanço da regionalização foram as pactuações na CIR.



Os secretários de saúde enxergam a CIR como um espaço deliberativo para “que os gestores busquem as soluções dos problemas no sentido de região, de organizar, de debater e buscar soluções de forma regionalizada” (Entrevistado 3).

Esse espaço é primordial para as negociações e decisões entre os municípios e estado, a fim de melhorar provimento de saúde na região.

A verdade, eu acho que [...] o processo, em si, ele vem para somar, né? para contribuir com a execução dos serviços. A gente [...] eu acho que uma região, ela é muito mais forte do que um município sozinho. Então, para a gente conseguir melhorias em prol da população, é muito mais fácil nos unirmos para a gente conseguir buscar melhorias. Assim, ela vem só mesmo a somar, a [...] igual a gente fala, juntos nós somos mais fortes. (Entrevistado 7).

A classe 4, com 28,7%, refere-se à organização e ao papel da CIR no processo de regionalização. As reuniões da CIR são descentralizadas e, com exceção da região do Capim Dourado, que comporta o município de Palmas, há um rodízio do município que vai recebê-las. Os gestores entrevistados referiram que a distância geográfica entre os municípios dificulta o encontro presencial mensal. Dessa forma, ocorrem em média dez reuniões ao ano. Apesar da distância geográfica entre municípios, destacam a comunicação constante entre os gestores. As pautas das reuniões são definidas conjuntamente, sendo o meio de comunicação formal mais utilizado para tanto o e-mail.

Os gestores apontaram a importância das novas tecnologias de informação e comunicação no processo de compartilhamento de experiências e resolução de questões importantes. As tecnologias móveis, em especial, conferem maior agilidade nas tomadas de decisão. Foi citado que, para estabelecer a comunicação utiliza-se, principalmente, o aplicativo *WhatsApp*, seguido do e-mail e telefone, além dos momentos presenciais em reuniões.

Os entrevistados relataram haver poucos conflitos nas diferentes regiões, conseguindo resolvê-los na própria reunião da CIR. Ainda apontam o Conselho de Secretários Municipais (COSEMS) como um ator importante para treinamento, definição das pautas, ajuda nas pactuações e fortalecimento das ações.

O estado do Tocantins não aderiu ao COAP. Os gestores afirmaram que a discussão sobre o mesmo não avançou, pois sentiram que o contrato penalizava muito os municípios.

Discutimos (o COAP), mas na hora de assinar [...] botaram o pé para trás porque o estado vinha com um déficit muito grande junto aos municípios. E como é que você vai pactuar com alguém que não está cumprindo com a sua parte? Nesse sentido, os gestores municipais recuaram [...]. Quando a gente tiver confiança nesse processo, eu tenho certeza que avança no sentido do pacto, [...] até ajuda nesse processo de judicialização que a gente vive aí nos municípios (Entrevistado 5).



Quando os gestores foram questionados sobre o planejamento regional, a maior parte deles citou usar a Programação Pactuada Integrada (PPI), seguido do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Estes instrumentos têm sido importantes para a organização regional, contudo não se caracteriza como um planejamento, o que demonstra a necessidade de se avançar numa proposta de construção compartilhada para o estado com a finalidade de suprir as diversas carências de serviços existentes.

“A regionalização tem que existir, senão não conseguiríamos planejar as ações de saúde. É muito mais fácil você planejar por região do que planejar globalmente, para todo mundo”. Contudo, ressaltou: “Na minha visão [...], acredito que a regionalização ela é bem imaginária [...] Para que a regionalização aconteça como ela tem que acontecer, a região tem de estar organizada perfeitamente, ela não pode ter carências nos atendimentos, e a gente tem muita carência nos atendimentos” (Entrevistado 1).

Discussão

Verificou-se que, na percepção dos gestores das CIR, a regionalização é estratégia relevante para organização do SUS, considerando-se as desigualdades territoriais; todavia, requer diversos aprimoramentos.

No estado do Tocantins, houve avanços na organização regional, do ponto de vista da divisão territorial e da conformação da governança compartilhada. Contudo, o sucesso desse tipo de processo é altamente dependente da disponibilidade de recursos financeiros, humanos, materiais e físicos para as regiões (Bretas Junior & Shimizu, 2017; Cardoso, Mattos, Santos, & Carneiro, 2017; dos Santos & Giovanella, 2014; Viana et al., 2015). Nesse sentido, neste estudo destacaram-se as dificuldades para a provisão de serviços, sobretudo, a alocação de profissionais, especialmente, de médicos especialistas como oftalmologistas, ortopedistas, dentre outros, nas áreas mais distantes da capital do estado.

A dificuldade de fixação de profissionais de saúde, particularmente de médicos, não é ponto de ressalva apenas no estado do Tocantins. O problema é recorrente no país, apesar da criação de diversos programas pelo Ministério da Saúde para tentar dirimir o problema (Oliveira, Santos, & Shimizu, 2019). Não muito recentemente, com a Lei nº 12.871 de 2013, tentou-se reduzir as iniquidades de alocação de médicos na atenção primária, obtendo-se bastante sucesso por ter possibilitado à população o acesso aos serviços de saúde, o que antes não era possível.

Os entrevistados destacaram que o Tocantins era altamente dependente do Programa Mais Médicos, necessitando daqueles profissionais para a Atenção Primária em áreas longínquas e remotas. Segundo Vivas Francesconi et al (2020), caso não haja substituição dos



médicos cubanos no Brasil, as consequências podem ser desastrosas. Os autores estimam que poderá haver quase 100 mil mortes prematuras até 2030 em todo o país, visto que o Programa ampliou o acesso à Atenção Primária para quase 30 milhões de brasileiros. Entretanto, deve-se observar que novas políticas e estratégias de provisão e fixação de profissionais de saúde devem ser planejadas continuamente para garantia de acesso em áreas longínquas, particularmente com reforços nos modos de realizar a formação do médico com competências profissionais para atuarem nesses contextos (Oliveira, Santos, & Shimizu, 2019).

A ampliação dos serviços de Atenção Primária tem melhorado o acesso da população aos serviços de saúde, entretanto ainda há dificuldade de acesso a esses serviços. A Atenção Primária, por sua vez, tem como atribuição a resolução de grande parte dos problemas de saúde, entretanto tem apresentado muitas dificuldades para assumir o papel de coordenadora da rede de atenção e romper com a fragmentação dos serviços, especialmente, por apresentar um *modus operandi* que não tem sido capaz de atender às necessidades dos usuários e às especificidades de cada território regional (Bousquat et al., 2019).

Ademais, essa falta de coordenação prejudica também o acesso aos serviços de média e alta complexidade em diversas regiões que possuem carências estruturais e logísticas (Bousquat et al., 2019). Como consequência, Palmas, que é capital de Tocantins, com maior infraestrutura de serviços de saúde, acaba sendo obrigada a absorver a maior parte dessa demanda assistencial. Esse tipo de problema tem ocorrido em diversas regiões do país, que, para além da racionalização, ocorre devido à escassez de alguns tipos de serviço em regiões remotas (Ribeiro, Moreira, Ouverney, & Silva, 2017).

Verificou-se também dificuldades na contratação de alguns tipos de serviços básicos, como exames laboratoriais, exames de imagens, entre outras. Essa adversidade é comum em diversas regiões do país, devido à falta desse tipo de serviço, o que gera demora nos diagnósticos e tratamentos (Ribeiro, Moreira, Ouverney, & Silva, 2017). Uma das dificuldades decorre, principalmente, da desatualização da tabela de procedimentos do SUS, a qual relaciona os valores pagos por procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais, entre outros (Romano, Scatena, & Kehrig, 2015). Outro agravante, também presente em outro estudo no mesmo estado, é a oferta de serviços predominantemente na lógica do prestador, e não na lógica das necessidades de saúde dos usuários (Romano, Scatena, & Kehrig, 2015), o que gera pagamentos de valores, por vezes, bem superiores aos da tabela SUS, sobrecarregando os recursos dos municípios.



Além das questões relativas às inequidades no acesso aos serviços de média e alta complexidade, observou-se que a organização das redes de atenção à saúde nas regiões é bastante deficiente (Bousquat et al., 2019). A falta de redes de atenção acomete também o acesso de populações com necessidades específicas, denominado de população do campo e da floresta (Pessoa, Almeida, & Carneiro, 2018), que incluem populações tradicionais, no caso do Tocantins, com considerável número de indígenas. Essas populações que vivem predominantemente em áreas rurais e de difícil acesso estão expostas a riscos de adoecimento singulares, particularmente, devido às mudanças recentes nos modos de produção; portanto, requerem ações prioritárias e outras formas de organização dos serviços de saúde, as quais considerem articulação de saberes e ações intersetoriais (Pessoa, Almeida, & Carneiro, 2018).

Nesse aspecto, acrescenta-se ainda que, a partir do Decreto nº 7.508, houve modificações importantes na forma de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, por meio do incentivo à implementação das redes de atenção à saúde nas regiões, que, conforme foi dito anteriormente, guarda relevância para a integralidade da atenção à saúde; todavia, induziu a transferência de grande parte dos incentivos financeiros às ações e aos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) (Duarte, Mendes, & Louvison, 2018).

Estudo realizado em São Paulo demonstrou que essa lógica de financiamento, condicionada na forma de incentivo, tem ampliado a transferência fragmentada, sobretudo, para ações de saúde de média e alta complexidade, dificultando que atores locais/ regionais possam utilizar mais livremente os recursos financeiros, a partir de planejamento e programação das ações de saúde baseado, no reconhecimento dos problemas de saúde da população (Duarte, Mendes, & Louvison, 2018). Conclui-se que o financiamento das redes temáticas, no lugar de trazer novos recursos para a promoção de transformações nas formas de organização assistencial de caráter regional até então vigentes, tem reforçado os modelos de atenção hegemônicos no Brasil, quais sejam: o médico-assistencial e o sanitarista (Duarte, Mendes, & Louvison, 2018).

No complexo cenário de falta de infraestrutura nas regiões de saúde, que sofre com a carência de serviços de todos os níveis de atenção, a burocratização dos processos, a fragilidade tecnológica - que culminam em longas filas de espera ou na ausência do acesso (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016; Bugês, Probst, Cavalcante, & Bulgareli, 2017; Ribeiro, Moreira, Ouverney, & Silva, 2017; Romano, Scatena, & Kehrig, 2015; dos Santos & Giovanella, 2014) verificou-se que o sistema de regulação enfrenta dificuldades na organização do acesso aos



serviços de saúde, quer seja pela carência de serviços quer seja pela deficiência do sistema. O papel da regulação é coordenar o acesso aos serviços, articulando-se, de um lado, as melhores alternativas aos cidadãos face às suas necessidades; de outro, os interesses dos prestadores, visando garantir o acesso seguro e de qualidade aos cidadãos (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016; Bugês, Probst, Cavalcante, & Bulgareli, 2017; Marcon, Jacobsen, & Sabino, 2013).

Nas regiões de saúde, a deficiência na regulação tem levado os usuários de vários municípios a buscarem as emergências como porta de entrada do sistema para resolverem problemas crônicos (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016; Romano, Scatena, & Kehrig, 2015). Ademais, a carência de leitos hospitalares nos serviços da rede assistencial comumente tem prolongado a permanência de pacientes em espera nas emergências, até conseguirem leito apropriado para a continuidade da assistência (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016; Romano, Scatena, & Kehrig, 2015). Além de ter problemas no fluxo, o município-polo tem recebido pacientes para internação que são de outras regiões (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016; Romano, Scatena, & Kehrig, 2015), dentre outros problemas.

De modo mais amplo, é importante discutir a regulação sobre a lógica do interesse público, definindo-se a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde (Menicucci, 2009). A regulação do setor privado é um desafio em toda a América Latina (Atun et al., 2015). Quanto maiores são as dificuldades de regulação do setor pior é a qualidade dos serviços de saúde. Na França, o fortalecimento da regulação e dos mecanismos de monitoramento foram fundamentais para a redução dos déficits orçamentários e para o fortalecimento do sistema de saúde (Reich et al., 2016).

Apesar das dificuldades de infraestrutura regional no estado de Tocantins, a governança regional tem se fortalecido, com maior institucionalidade das CIR, que têm funcionado com regularidade e com responsabilidade de pactuar, monitorar e avaliar o planejamento regional que ainda se apresenta bastante incipiente (da Silva & dos Santos Mota, 2016; Medeiros et al., 2017). As discussões relativas ao planejamento regional são fundamentais para a regionalização e devem ser feitas nos amplos espaços para construção e encaminhamento de propostas de forma coletiva (Reich et al., 2016). Nesse sentido, em Tocantins, as pactuações na CIR foram destacadas entre os avanços observados, as quais têm colaborado para o compartilhamento das decisões acerca do provimento dos serviços necessários para a população local, além de desenvolverem o processo participativo de diferentes atores com diferentes graus de autonomia e certa estabilidade do quadro institucional (da Silva & dos Santos Mota, 2016; Medeiros et al., 2017; Mendes et al., 2015).



Além disso, os gestores destacaram a importância do COSEMS no auxílio das pactuações e do fortalecimento das ações na CIR. A colaboração do COSEMS, nesse espaço de deliberação, tem ajudado os gestores a gerir redes de atenção à saúde, fluxos assistenciais e a contornar os “vazios” existentes no Estado. Nesse sentido, o protagonismo dos COSEMS tem sido estratégico na construção da governança nas regiões de saúde, consonante ao encontrado em literatura (Shimizu et al., 2017).

A despeito dos resultados positivos alcançados no processo de compartilhamento de decisões acerca da provisão de serviços no âmbito das CIR, fica evidente a necessidade de aprofundar a construção do planejamento regional, que requer o compromisso dos atores envolvidos para olhar as necessidades do território de forma estratégica (da Silva & dos Santos Mota, 2016; Medeiros et al., 2017; Shimizu et al., 2017), mais ampla e a longo prazo. Mostram-se relevantes, assim, o protagonismo e a liderança do estado (Brasil. Ministério da Saúde, 2015; V. do P. Mendes, 2016), que tem a competência legal na construção do planejamento regional, embora nos últimos anos tenha perdido drasticamente a capacidade financeira (Santos, Gurgel Júnior, Pacheco, & Martelli, 2015; Vieira & Benevides, 2016).

O COAP foi criado para garantir o compromisso dos entes federativos na oferta de serviços para as regiões, todavia não avançou, especialmente devido ao temor da responsabilização municipal, que tem assumido cada vez mais as parcelas dos custos em saúde (Ribeiro, Moreira, Ouverney, & Silva, 2017; Romano, Scatena, & Kehrig, 2015).

Em suma, as heterogeneidades observadas intrarregionalmente e entre regiões desvelam diferenças que podem estar relacionadas a diferentes fatores, como desenvolvimento tecnológico, aprendizado institucional prévio na trajetória de organização do sistema de saúde, background cultural e institucional, entre outros (Bousquat et al., 2019).

Nessa perspectiva, a regionalização, quando implantada de forma sistêmica, tem conseguido melhorar os sistemas de saúde, a exemplo do Canadá, na década de 90 (Church & Barker, 1998), que, impulsionado pela crise fiscal e pelo desejo de controlar melhor os gastos em saúde, as autoridades regionais de saúde consolidaram e racionalizaram os serviços hospitalares, principalmente, após a distribuição de recursos menos custosos e mais coletivos, ao invés de serviços institucionais e agudos mais caros. Outros países têm adotado a regionalização, não só para a racionalização dos custos, mas para garantir que a assistência seja dada em tempo oportuno e com qualidade (Htway & Casteel, 2015; Moghri, Mohammad, Rashidian, & Sari, 2016; Morgan, Ensor, & Waters, 2016).



Apesar das limitações do estudo, que utilizou apenas método qualitativo, com o propósito de analisar como ocorre o processo, os achados trouxeram reflexões importantes sobre a regionalização em saúde e sobre o papel das Comissões Intergestores Regionais. Contudo, outros estudos que analisem os efeitos da regionalização nos indicadores de saúde se fazem necessários.

Considerações finais

O processo de regionalização no estado de Tocantins tem apresentado avanços, contudo enfrenta grandes desafios, sobretudo devido à carência de profissionais e de serviços especializados na região, que apresenta grande dispersão territorial com áreas pouco urbanizadas. Somam-se a isso as deficiências impostas pela fragilidade do SUS.

Destarte, o arcabouço da governança do SUS, com a criação da CIR em todas as regiões e o apoio dos COSEMS nos processos de pactuação têm contribuído para dirimir as dificuldades. Entretanto, há que se aprimorar para alavancar o desenvolvimento regional.

Referências

- Atun, R., De Andrade, L., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Muntaner, C., de Paula, J., Rívoli, F., Serrate, P., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614616469>
- Barbosa, D. V. S., Barbosa, N. B., & Najberg, E. (2016). Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(1), 49–54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>
- Berzoini, L. P. (2010). Análise do pacto pela saúde como política de saúde no Brasil e da sua influência na estruturação do Sistema Único de Saúde em cinco estados brasileiros. Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6928/1/2010_LeonardoPimentelBerzoini.pdf
- Bousquat, A., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Medina, M. G., Martins, C. L., Almeida, P. F., Campos, E. M. S., & Mota, P. H. dos S. (2019). A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(2), e00099118. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35s2/1678-4464-csp-35-s2-e00099118.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Manual de planejamento no SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento.pdf



- Bretas Junior, N., & Shimizu, H. E. (2017). Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1085–1095. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1085.pdf>
- Bugês, A. F. C., Probst, L. F., Cavalcante, D. de F. B., & Bulgareli, J. V. (2017). Estudo Quanti-Qualitativo do Fluxo de Regulação de Leitos Hospitalares no Paraná. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 6(3), 265–275. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/317/220>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 513–518. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
- Cardoso, M. de C., Mattos, A., Santos, A., & Carneiro, T. (2017). Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. *Enfermagem Revista*, 20(1), 38–54. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/502/1022>
- Church, J., & Barker, P. (1998). Regionalization of health services in Canada: a critical perspective. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 28(3), 467–486. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/UFPT-7XPW-794C-VJ52>
- da Silva, H., & dos Santos Mota, P. (2016). Regionalização da saúde e integração dos serviços: evidências sobre o atual estágio de conformação das regiões e redes de atenção à saúde na perspectiva dos municípios brasileiros. *Novos caminhos*, 11, pp 19. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/06/Novos-Caminhos-11.pdf>
- Duarte, L. S., Mendes, Á. N., & Louvison, M. C. P. (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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0025.pdf>
- Htway, Z., & Casteel, C. (2015). Public Health Leadership in a Crisis: Themes from the Literature. *International Journal of Business and Social Research*, 5(10), 55–64. Disponível em: <http://thejournalofbusiness.org/index.php/site/article/view/860>
- Marcon, C., Jacobsen, A., & Sabino, M. (2013). Implementação do sistema de regulação (SISREG) para o agendamento de consultas e de exames especializados no município de Garopaba. In M. Pereira, A. Costa, G. Moritz, & D. Bunn (Eds.), *Contribuições para a gestão do SUS* (pp. 49–64). Florianópolis: Fundação Boiteux.
- Medeiros, C. R. G., Saldanha, O. M. de F. L., Grave, M. T. Q., Koetz, L. C. E., Dhein, G., de Castro, L. C., Schwingel, G., & dos Santos, M. V. (2017). Planejamento regional integrado: A governança em região de pequenos municípios. *Saude e Sociedade*, 26(1), 129–140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00129.pdf>
- Mendes, Á., Louvison, M. C. P., Ianni, A. M. Z., Leite, M. G., Feuerwerker, L. C. M., Tanaka, O. Y., Duarte, L., Weiller, J. A. B., Lara, N. C. C., & Almeida, C. A. L. (2015). O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São: Subsídios para a



- análise. *Saude e Sociedade*, 24(2), 423–436. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00423.pdf>
- Mendes, V. do P. (2016). Estudo sobre o planejamento regional nos estados brasileiros. Universidade de Brasília, Brasília, Brasília. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20958/1/2016_Vitor%20tiladoPradoMendes.pdf
- Menicucci, T. (2009). The Unified National Health System, 20 years: assessment and perspectives. *Cad. Saude Publica*, 25(7), 1620–1625. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21>
- Moghri, J., Mohammad, A., Rashidian, A., & Sari, A. (2016). Physician dual practice: a descriptive mapping review of literature. *Iranian Journal of Public Health*, 45(3), 278. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4851741/>
- Morgan, R., Ensor, T., & Waters, H. (2016). Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *The Lancet*, 388(10044), 606–612. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616003433>
- Oliveira, F. P. de, Santos, L. M. P., & Shimizu, H. E. (2019). Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0018415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0018415.pdf>
- Pessoa, V. M., Almeida, M. M., & Carneiro, F. F. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 302–314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0302.pdf>
- Rashidian, A., Omidvari, A., Vali, Y., Mortaz, S., Yousefi-Nooraie, R., Jafari, M., & Bhutta, Z. (2014). The effectiveness of regionalization of perinatal care services: a systematic review. *Public Health*, 128(10), 872–885. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033-3506\(14\)00197-8](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033-3506(14)00197-8)
- Reich, M. R., Harris, J., Ikegami, N., Maeda, A., Cashin, C., Araujo, E., Takemi, K., & Evans, T. (2016). Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *The Lancet*, 387(10020), 811–816. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615600022>
- Ribeiro, J. M., Moreira, M. R., Ouverney, A. M., & Silva, C. M. F. P. da. (2017). Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1031–1044. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1031.pdf>
- Romano, C. M. C., Scatena, J. H. G., & Kehrig, R. T. (2015). Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: Atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Physis*, 25(4), 1095–1115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01095.pdf>



- Santos, A. M. dos, & Giovanella, L. (2014). Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saude Publica*, 48(4), 622–631. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181095/?tool=pubmed>
- Santos, F. de A. da S., Gurgel Júnior, G. D., Pacheco, H. F., & Martelli, P. J. de L. (2015). A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(4), 402–408. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-402.pdf>
- Shimizu, H. E., Cruz, M. S., Bretas Júnior, N., Schierholt, S. R., Ramalho, W. M., Ramos, M. C., Mesquita, M. S., & Silva, E. N. (2017). O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1131–1140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1131.pdf>
- Secretaria de Saúde do Tocantins. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS. (2015). Plano Estadual de Saúde 2016-2019/ Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/330945/>
- Viana, A. L. d'Ávila, Bousquat, A., De Pereira, A. P. C. M., Uchimura, L. Y. T., de Albuquerque, M. V., dos Santos Mota, P. H., Demarzo, M. M. P., & Ferreira, M. P. (2015). Tipologia das regiões de saúde: Condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saude e Sociedade*, 24(2), 413–422. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>
- Vieira, F., & Benevides, R. de S. (2016). Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf
- Vivas Francesconi, G., Tasca, R., Basu, S., Rocha, T. A. H., & Rasella, D. Mortality associated with alternative policy options for primary care and the Mais Médicos (More Doctors) Program in Brazil: forecasting future scenarios. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 44, 1-9.
- World Bank. (1992). Governance and development. In *Governance and Development*. Washington, D.C: World Bank. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/604951468739447676/pdf/multi-page.pdf>