

# O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico

## *The concept of the regionalization of the Sistema Único de Saúde and its historical time*

*Guilherme Arantes Mello<sup>i</sup>*

<sup>i</sup> Departamento de Medicina Preventiva/  
Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo.  
São Paulo – SP – Brasil  
orcid.org/0000-0001-5845-6463  
gmello@unifesp.br

*Marcelo Demarzo<sup>ii</sup>*

<sup>ii</sup> Departamento de Medicina Preventiva/  
Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo.  
São Paulo – SP – Brasil  
orcid.org/0000-0002-7447-1839  
demarzo@unifesp.br

*Ana Luiza D'Ávila Viana<sup>iii</sup>*

<sup>iii</sup> Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo.  
São Paulo – SP – Brasil  
orcid.org/0000-0003-4498-899X  
analuzaviana@usp.br

Recebido em 6 jan. 2018.  
Aprovado em 19 jul. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>

MELLO, Guilherme; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1139-1150.

### Resumo

Este ensaio assume que, de simples diretriz administrativa, a regionalização se tornou hoje o principal conceito de viabilização doutrinária da universalidade equitativa e integral do Sistema Único de Saúde. Na interface de estudos sobre a historicidade dos conceitos com extensas experiências de campo, argumenta-se que o conceito de regionalização tradicional do Sistema Único de Saúde alcançou limites históricos de capacidade produtiva. Sua atualização, entretanto, desafia perspectivas inovadoras para um sistema clínico integrado em redes, inserido numa estratégia intersetorial de complexos produtivos regionais.

Palavras-chave: regionalização; descentralização; formação de conceito; política de saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

### Abstract

*This essay assumes that from a simple administrative guideline, regionalization has become the main concept for enabling the doctrine of equitable and universal coverage behind the Brazilian Sistema Único de Saúde. At the interface between studies of the historicity of the concepts and extensive fieldwork, it is argued that the traditional concept of the regionalization of the Sistema Único de Saúde has reached the historical limits of its productive capacity. However, updating this term challenges novel perspectives for a clinical system integrated in networks within a broader intersectoral strategy of regional production clusters.*

*Keywords: regionalization; decentralization; concept formation; health policy; Sistema Único de Saúde (SUS).*



Este ensaio nasce instigado pela interface dos estudos teóricos dos autores (Mello, Viana, 2012) com duas abrangentes investigações de campo recentes em variadas conformações regionais pelo país (Viana et al., 2017a; Ibañez et al., no prelo). Uma visão estimulada pelo contínuo debate interdisciplinar, no qual a presença da geografia se mostrou essencial à extensão dos limiares sanitários sobre a compreensão do problema regional.

O artigo problematiza o conceito de regionalização, enquanto trabalha, de modo transversal, elementos da historicidade dos conceitos e sua importância como instrumental teórico envolvido nos processos produtivos. Embora parte do texto lide com questões contemporâneas, a atual velocidade da transição tecnológica quase que as dispõem como elementos do passado.

O objetivo principal é discutir os limites históricos do conceito de regionalização da saúde no processo produtivo da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Não é pretensão apresentar qualquer exploração exaustiva das possibilidades, sequer esquadrihar cada argumento. Não só por questão de espaço, mas fundamentalmente porque os desígnios da ideia de regionalização alcançaram dimensão e complexidade que extrapolam os limites da capacidade analítica própria da saúde coletiva, insuficiente aos planos demográfico, econômico, político e social envolvidos (Viana et al., 2017b) – justamente uma ideia central do texto.

### **Sobre conceitos e regionalização**

Está bem estabelecido que um conceito não significa mera representação, mas sim o componente mais efetivo da linguagem, construído historicamente em constante tensão entre o linguístico e o extralinguístico. Em olhar mais concreto, todo processo produtivo exige conceitos como elementos centrais – que assumem propriamente a função de instrumentos cognitivos. É sabido, entretanto, que um conceito está imerso em uma temporalidade, cuja relação se estabelece em quatro possibilidades: realidade e conceitos permanecem estáveis por longo tempo; alteram-se de modo simultâneo; o conceito muda, mas não a realidade; ou, inversamente, a realidade muda e o conceito não (Koselleck, 1992; Jasmin, 2005). Independente disso, o conceito pode pertencer a um “tempo de ideias”, quando circunscrito aos discursos de vanguarda; ou a um “tempo de mentalidades”, quando já se difundiu para o senso comum e para as atitudes e representações coletivas. Por conseguinte, a atualidade do processo produtivo é também determinada pelo tempo histórico dos conceitos envolvidos.

Em suas origens, o conceito de regionalização na saúde remonta à primeira metade do século XX, especialmente ligada ao ensino médico (Grant, 1955). Integrado no cenário internacional, nesse tempo o pensamento sanitário brasileiro já introduzia a questão na organização da saúde pública rural do país (Candau, Braga, 1948). Mas a discussão ganha maior sentido no debate sanitário, sobretudo na planificação dos anos 1960-1970 – estimulada tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) como pelas novas preconizações internacionais do ensino médico (OMS,

1972; Chaves, 1977; Mello, Viana, 2012). Um conceito então moldado no inovador pensamento da administração burocrática (Costa, 2010) e embebido no olhar da “integração de serviços”. Realidade que revela uma regionalização na saúde ainda em fase pré-conceitual naquele momento, sem um corpo teórico robusto que a individualizasse. Especialmente quando se considera sua dependência do conceito de descentralização.

Nesse caso, o federalismo também apresentava inconsistências conceituais, com leituras sujeitas à conjuntura histórica do momento: vez que “poucos intérpretes do Brasil se deixaram por ele [federalismo] empolgar” (Brandão, 2007, p.51). Isso denota que a possibilidade de elaboração conceitual da regionalização também se manteve limitada pela própria necessidade de amadurecimento do conceito de descentralização, ideário com peso histórico e político incomparável: “Se raro foi o federalismo como reflexão e ideologia, a federação ‘é um fenômeno de nosso passado todo’, como disse Nabuco” (Brandão, 2007, p.51).

Não surpreende, portanto, que, na retomada do debate regional na virada do século, fossem recuperados no senso técnico comum elementos daquela representação fundante do SUS, na qual regionalização e descentralização se confundiam em um amplo espectro de descentralização técnico-administrativa. Todavia, forçado pela realidade política e tecnológica, os ideais da regionalização do SUS foram progressivamente aprimorados na política de saúde, cuja visibilidade está refletida em seus sucessivos arcabouços legais. Por esse motivo, uma acumulação de acentuada influência normativa se revelou insuficiente a uma ruptura paradigmática essencial.

Em recente revisão sobre a regionalização ficou evidenciado um conjunto crescente de bons estudos no país que sistematizam conhecimentos e práticas acumuladas, reafirmando uma série de constrangimentos comuns: dificuldades com a estrutura federativa; heterogeneidade entre os entes; subfinanciamento, políticas cartoriais e clientelistas; além de desmedida dificuldade de planejamento (Mello et al., 2017). De maior interesse agora, a revisão também expõe uma clara saturação do olhar investigativo sobre o tema – estreitamento que não deixa de exprimir a proximidade do tempo das ideias com o tempo das mentalidades.

De fato, apesar do baixo distanciamento histórico, a velocidade da transição epistêmica contemporânea cada vez mais acentua a percepção de que o conceito de regionalização do SUS tem se mantido circunscrito a um corpo teórico consistente, mas com argumentos de certo modo previsíveis sobre o debate das décadas precedentes – ainda com forte proximidade discursiva com a década de 1980 (Marton et al., 1983). Trata-se de argumentos essenciais, mas definitivamente insuficientes aos novos padrões sociais, tecnológicos e disciplinares. Quadro que condiz com a quarta possibilidade descrita anteriormente, quando um conceito se mantém estável diante de uma realidade que se altera (não estático, mas no sentido de um processo acumulativo sobre os mesmos atributos).

Logo, é plausível assumir que essa literatura sobre o conceito “clássico” de regionalização – notadamente secundária e reativa ao tempo político – define alicerces e dá fechamento teórico a um longo processo intelectual que inevitavelmente alcançou os limites históricos de sua capacidade produtiva.

## **Sobre extensão, pragmatismo e indução conceitual**

Em sua trajetória histórica, um conceito pode se definir por “acumulação”, refinando e circunscrevendo fortemente sua base teórica sobre o mesmo conjunto de atributos. Um ganho em intensão, mas que pode comprometer a extensão necessária aos processos produtivos e de pesquisa. Em processo inverso, o conceito pode ser definido por “adição” de unidades radiais (Sartori, 1970). O maior problema aqui é que uma excessiva agregação de ideias pode tornar sua extensão tão vasta de significados a ponto de perder o necessário consenso e utilidade prática, o que muito provavelmente tem ocorrido com a concepção de integralidade do SUS.

No caso da regionalização, exaurida a acumulação e constatada uma estabilidade cujas novas adições seriam pouco frutíferas, resta o caminho da “redefinição” conceitual. Não como idealização, mas com a finalidade de um remodelamento congruente com o “mundo dos fatos” e incitante de novos processos produtivos, equilibrados em intensão e extensão (Sartori, 1970; Fonseca, 2015).

Uma questão importante, como se verá mais à frente, é que essa redefinição provavelmente modifica o pragmatismo operacional historicamente impresso ao conceito desde seu surgimento. Ainda nos anos 1960, a regionalização é disposta no centro das reformas das administrações estaduais induzidas pelo conhecido decreto-lei n.200 (Brasil, 1967) – na reforma paulista, isso significou em particular a reorganização territorial em “divisões regionais”, por sua vez subdivididas em “distritos sanitários”. Definição que, com maior ou menor visibilidade, permeou desde então as grandes reformas setoriais com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), de 1976; o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), de 1980; o Plano Conasp (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), de 1982; o SUS, de 1988; até reconquistar o protagonismo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), nos anos 2000. Mais recente, o Pacto pela Saúde de 2006 apresenta claro esforço para diminuição da normatividade impressa ao conceito.

A questão é que, ultimamente, as fronteiras teóricas da regionalização se expandiram para níveis de formulação e abstração – redes, urbanização, região, complexidade, intersectorialidade etc. – pouco favoráveis ao preceito instrumental cotidiano. Nessa perspectiva, o conceito deve ganhar sentido mais estratégico, enquanto o nível gerencial mais imediato passa a se relacionar mais diretamente com conceitos-satélites operacionais, como redes assistenciais e linhas de cuidado.

De modo geral a ideia de ruptura paradigmática está relacionada a um acúmulo científico tal que o novo conhecimento não mais consegue se adequar ao campo original (inclusive linguístico), exigindo rupturas para novos direcionamentos. Sem acúmulo técnico suficiente, é possível vislumbrar caminho inverso, teleológico, guiado pela intencionalidade, no qual se força uma ruptura com indução de acúmulo técnico posterior (Mello, 2017). Um processo de indução política sobre o campo científico que encontra talvez seu melhor exemplo recente na produção do conceito de “pesquisa translacional” (Zerhouni, 2005; Guimarães, 2013).

Fica evidente que essa redefinição conceitual incita uma ruptura na qual o conceito de regionalização da saúde não mais secunda, mas acompanha e promove elementos de prospecção de alto nível político, técnico e social nesse campo.

## **Questões específicas implicadas na redefinição conceitual**

### **Relações entre descentralização/municipalização e regionalização**

Esse é um dos componentes mais trabalhosos da discussão conceitual da regionalização no país, cujo desenvolvimento certamente exige espaço e competência própria. Não se trata propriamente de uma ruptura epistêmica, mas apenas de reforçar o equívoco relativamente comum de se compreender a municipalização como uma característica consolidada sobre a qual se deve moldar a regionalização.

A questão não chega a ser exatamente original, e alguma confusão entre esses conceitos pode ser encontrada na literatura internacional (Fierlbeck, 2016). De qualquer forma, não há dimensão política estática, e o próprio federalismo é assumido como um estado de equilíbrio dinâmico entre forças sociais em disputa (Saltman, Bankauskaite, Vrangbæk, 2007).

Em sua concepção equitativa, a regionalização do SUS é também obrigatoriamente um debate federativo – e argumentos puramente regionais não deixam de ser uma opção meramente didática. Essa indissociação fica explícita no sistema teórico mais bem elaborado desse domínio no país, desenvolvido por Celso Furtado, como pontua Chico de Oliveira em fala recuperada por Brandão (2007, p.53): “segundo Chico de Oliveira o único dos ‘intérpretes’ do Brasil [Celso Furtado] a levá-la à sério, ao arquitetar um ‘federalismo regionalizado cooperativo’”.

### **A intersetorialidade como substância**

A regionalização do SUS não é um conceito finalístico ou de mera eficiência administrativa, mas um meio para alcançar o acesso equitativo aos recursos necessários ao enfrentamento do adoecer e seus determinantes sociais (não sem razão, um princípio de pouca relevância para sistemas de mercado). A abrangência desses objetivos maiores – que se ligam propriamente à saúde, mas também ao campo dos direitos sociais, educação etc. – definitivamente impossibilita limitar o conceito setorialmente, expressando a intersetorialidade como outra concepção indissociável do princípio da regionalização da saúde (isso, entretanto, não deve servir de obstáculo na delimitação de estágios objetivos intermediários, por exemplo, ligados à integração setorial de serviços).

A defesa da aptidão intersetorial da saúde não é nova, mas, historicamente, esse potencial tem demonstrado grande dificuldade em ser pensado e desenvolvido. Em tese de 1972, o eminente sanitário Reinaldo Ramos já distingue uma forma de integração “intra-setorial” de outra “inter-setorial”, que diria respeito à cooperação da saúde em políticas produtivas de outros setores e voltada para o incremento do PIB do país (Ramos, 1972, p.5). Ao dedicar-se ao “intra-setorial” – justificada como passo anterior inevitável –, a questão intersetorial segue latente.

No final daquela década, a ideia é reforçada em relação ao novo Sistema Nacional de Saúde instituído:

A visão das quatro grandes dimensões do processo gerador de saúde, cuja envergadura abrange todo o projeto de desenvolvimento nacional, revela-nos, em sua essência, a necessidade fundamental de coordenação intra e intersetorial. ... O II Plano Nacional de Desenvolvimento, como projeto nacional de desenvolvimento econômico e social, é o marco de referência para a coordenação intersetorial, do mesmo modo que a Lei nº 6.229 o é para a coordenação intrassetorial (Chaves, 1977, p.70-71).

A dimensão da iniciativa revela que não se tratava de algo trivial. Essa tentativa de ruptura por indução política, todavia, não se mostrou suficiente para conformar um sistema produtivo estratégico envolvendo o setor saúde.

A mobilização de reforma sanitária que se seguiu teve dificuldades em avançar nessa temática, ao ter seus esforços direcionados para a intensiva e infundável disputa por um sistema de saúde universal e com garantia de financiamento público. Passariam prolongadas duas décadas até o surgimento de reelaborações intersetoriais consistentes na saúde (Gadelha, Costa, Maldonado, 2012). Nesse caso, um ideário de complexo produtivo e desenvolvimento econômico e social cuja devida costura com o princípio regional seria mutuamente benéfica. Questão que revela o potencial do conceito de regionalização em desafiar sistemas teóricos ambiciosos que casem, na medida do possível, desenhos regionais diversos, como saúde, cidadania, educação, redes urbanas, divisão do trabalho etc.<sup>1</sup> (Monteiro Neto, Castro, Brandão, 2017).

### **A complexificação do conceito de urbanização**

Em determinado campo de pesquisa, foi defendida por um importante profissional do sistema de gestão do Estado a visão de que o debate regional perdia muito do sentido, uma vez que “as pessoas moram nos municípios”. Fosse hoje, seria possível determinar mais claramente o valor heurístico do debate. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, mais da metade da população brasileira vivia em 294 arranjos formados por contiguidade urbana de 938 municípios, em deslocamentos para trabalho e estudo (IBGE, 2016). Ou seja, se a maioria dos brasileiros realmente mora em cidades, de fato vive, estuda e trabalha em regiões. Realidade social completamente destoante daqueles primórdios teóricos do conceito de regionalização – mais próximos de quando Afrânio Peixoto dizia que “o nosso sertão começa para os lados da Avenida” (citado em Hochman, 1998, p.70).

Em que pese a dificuldade com o conceito de região (Contel, 2015), há crescente aprofundamento disciplinar sobre redes urbanas e regionais. Roux (2015) considera a visão das cidades como sistemas de redes produtivas e fluxos, que reivindicam análises de variados níveis de organização. A análise regional sobe alguns degraus no problema. Tamanho e influência dos polos municipais, modais de transporte, fluxos (materiais, pessoas etc.) e estoque (bens, população, serviços etc.) organizam diversas escalas territoriais em um campo de interações heterogêneas, interdependentes, de relações não lineares, que redonda num padrão pouco compreensível e predizível (Egler et al., 2011). Por sua vez, o

apenas recente encontro do pensamento em urbanização com a teoria política adiciona novas variáveis à compreensão da multiescalaridade necessária às esferas socioeconômicas e regulativas. Problemas de reduzido alcance para as ferramentas tradicionais e que demandam análises inovadoras, como o estudo de padrões das redes de relações entre os diversos atores (Marques, 2016).

Contexto vinculado aos sistemas complexos que rapidamente explicita que as redes urbanas há tempos se tornaram um campo pouco acessível à saúde pública de forma isolada (ainda na perspectiva do impacto que as relações virtuais a distância vêm desempenhando nesse processo). É previsível que novas ferramentas contribuam com redesenhos mais efetivos das regiões de saúde em futuro próximo.

### **O componente de redes e sistemas complexos**

Historicamente moldada sobre a visão de “serviços”, a ideia da organização de um “sistema” de saúde, essencial à concepção moderna de regionalização, começava apenas a engatinhar nas cercanias dos anos 1970-1980, quando são fincadas as bases atuais do conceito de regionalização.<sup>2</sup> A ideia chegou mesmo a incomodar o pensamento progressista da época, ante o que parecia reavivar a combatida perspectiva da funcionalidade social.

Mas o amadurecimento daquele sistema binário definido por fluxogramas recheados de *inputs* e *outputs* mostrou-se essencial para compreensão e construção de processos integrados mais efetivos e eficientes, tonando-se questão trivial. Atualmente, essa concepção tem dado cada vez mais espaço para a ideia de sistemas complexos. A razão disso é que os sistemas mecânicos, estáveis, lineares e com respostas proporcionais aos estímulos se esgotaram como modelo explicativo dos sistemas sociais (Plsek, 2003).

Sistemas complexos, como os sistemas de saúde, apresentam características orgânicas, não totalmente previsíveis, em constante adaptação ao ambiente e em equilíbrio dinâmico entre a ordem e o caos: “Ao contrário dos sistemas lineares – *outputs* proporcionais aos *inputs* – cada elemento tem algum grau de liberdade e independência, e cada elemento pode alterar a si mesmo” (Sweeney, Mannion, 2002). Isso significa, por exemplo, que arranjos diferentes podem ser feitos e decisões diferentes podem ser tomadas para o mesmo padrão de problemas em sequência, em horários ou por profissionais diferentes, nas variadas esferas envolvidas. Sistemas que lidam com incertezas, em que adaptações locais são rotineiramente realizadas para lidar com questões inesperadas ou por preferências diversas etc.

A aplicabilidade desse componente conceitual é ainda pouco conhecida. Embora revele crescente produção empírica envolvendo sistemas complexos, ampla revisão atualizada reconhece que ainda predominam estudos descritivos e exploratórios (Braithwaite et al., 2017). Além de evidenciar os limites dos modelos mecânicos e lineares para a compreensão dos sistemas sociais, alguns indícios são apontados, por exemplo, com o modelo de condições crônicas e seu incisivo foco nos recursos sociais, comunitários e de automanejo (Opas, 2015); ou com a ideia de pesquisa translacional, ao envolver a ponta comunitária dos serviços (Zerhouni, 2005). Ambos os casos evidenciam a inexistência de contornos delimitados entre sistemas de pesquisa, sistemas de saúde e sistemas sociais, todos enovelados em uma rede complexa de saúde.

Com esse campo teórico em elaboração, é natural que predomine a óptica de níveis de complexidade do sistema expressa na clássica representação de pirâmide, com suas relações binárias e lineares – a representação de um único subsistema discreto de coautorias expõe a distância da complexidade social real com aquele modelo (Figura 1). Um senso comum sobre redes de assistências à saúde (RAS), entretanto, já se encontra relativamente bem estabelecido nas práticas. Se, no plano teórico, as RAS podem ser projetadas como redes complexas especializadas inseridas em sistemas complexos, no terreno das práticas são capazes de conferir a objetivação necessária ao pragmatismo operacional. Conceitos acessórios como linhas de cuidado contribuem com esse intento ao permitir operações ainda mais específicas dentro das redes assistenciais (por exemplo, a rede de cuidados à pessoa com deficiência integrada por linhas de cuidado auditivo, físico, visual etc.).

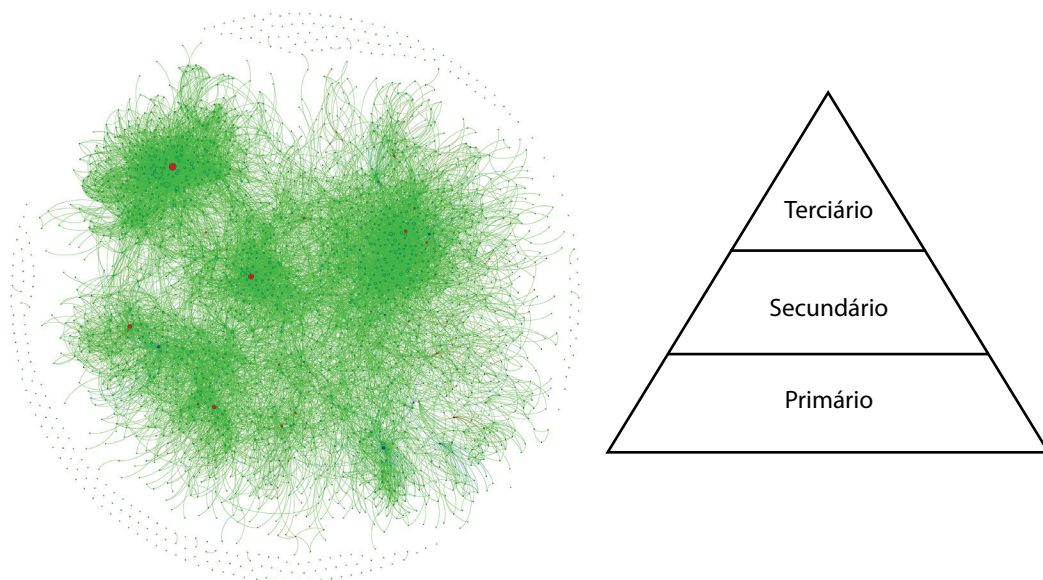


Figura 1: À esquerda, grafo de uma única rede de coautorias entre coordenadores da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, ilustrando a ideia de redes complexas (Tenório, 2016); à direita, modelo clássico de níveis de complexidade do sistema de saúde, contrastando sua insuficiência para representação das inúmeras interações de redes complexas multiescalares responsáveis por moldar o sistema

A questão, entretanto, não é meramente tecnológica como pode parecer. Os conceitos são historicamente construídos sobre planos ideológicos que não podem passar despercebidos. O detalhe mais importante nesse caso refere-se ao fato de que RAS e regionalização não são conceitos com relação imediata e obrigatória. Pelo contrário, em suas origens, as redes assistenciais em saúde foram idealizadas para o sistema de mercado dos EUA (Shortell, Gillies, Anderson, 1994). Isso importa porque o conceito de redes assistenciais induzido pela Opas nos sistemas latino-americanos reproduz literalmente aquela definição original, remediada pela adição da ideia de “equitativos e integrais”:



uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde 'equitativos e integrais' a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (Tasca, 2010; destaques nossos).

Nessa adaptação, contudo, é evitada a questão fundamental à regionalização do SUS: o papel regulador – e financiador – do Estado; justamente uma das mais importantes e trabalhosas características do SUS (em conjunto, integralidade e equidade são princípios que confrontam a regulação do Estado sobre o mercado – uma acareação entre o custo-efetividade e a justiça social). O descolamento da discussão das redes assistenciais do conceito de regionalização do SUS tende a determiná-la como mero componente instrumental racionalizador de custos: “o processo de reforma dos sistemas nacionais, em sua fase mais recente, passou a utilizar mecanismos e instrumentos próximos aos desenvolvidos no mercado americano” (Kuschnir, Chorny, 2010).

### **Breves digressões sobre a redefinição do conceito de regionalização e a educação médica**

Aqui, a discussão conceitual adentra o terreno mais fértil do encontro linguístico com o extralinguístico; da tensão do tempo de vanguarda com o tempo das mentalidades; da capacidade de elaboração ideológica e sua difusão para o sistema de representação de valores.

Em relação a isso, os campos de pesquisa revelaram baixa percepção gerencial sobre a questão, ainda com escassa influência e interação acadêmica no debate regional do SUS – o impacto da deficiência conceitual no processo produtivo se torna visível quando cada ponto utiliza nomenclaturas diferentes para ideias e processos semelhantes (Jesus et al., 2018).

O Programa Mais Médicos para o Brasil abre uma oportunidade histórica para a regionalização da saúde, uma vez que a ideia original esteve por décadas fortemente vinculada ao sistema de formação médica e hospitais de ensino (Grant, 1955; Chaves, 1977) – este último autor manifesta ter tomado conhecimento da “expressão regionalização docente-assistencial há cerca de vinte anos, em relação com o Serviço Nacional de Saúde do Chile” (p.71).

Como é de conhecimento, a ideia nunca chegou a conquistar o devido espaço no debate da formação médica. Mesmo a retomada do conceito regional no SUS não foi acompanhada de repercussões importantes no ensino. De fato, apenas em 2014 se conseguiu que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina dialogassem francamente com os ideais do SUS. Um diálogo, entretanto, pouco específico no entendimento sobre regionalização.<sup>3</sup>

Esse desinteresse revela que a regionalização nunca conseguiu atribuir um significado clínico concreto e específico para o currículo médico. Um problema particular quando se conhece a dificuldade da transformação de grandes sistemas sem engajamento médico (Best et al., 2012).

Algumas condições históricas atuais parecem conferir à regionalização a possibilidade de uma significação clínica mais concreta. Em primeiro lugar, em um país com 70% dos

municípios com menos de vinte mil habitantes não há alternativas de efetividade clínica senão por meio de redes regionalizadas. Mesmo nas regiões metropolitanas, a organização de redes assistenciais tornou-se imperativa para lidar com quadros de múltiplas condições crônicas decorrentes do envelhecimento populacional (Mendes, 2012, Opas, 2015). Além disso, inovações no modelo clínico voltado para condições crônicas, capacidade instalada compatível e interiorização de dezenas de novos cursos médicos propiciam a elaboração de novos sistemas de ensino em redes regionalizadas.

## **Considerações finais**

Este ensaio defende a premissa de que a regionalização deixou de significar apenas uma diretriz administrativa para se tornar o conceito mais importante para viabilidade da doutrina do SUS, assim como de que o conceito tradicional alcançou limites históricos de sua capacidade produtiva. Os argumentos elencados servem apenas de apontamentos iniciais nessa evidência – por exemplo, ainda sem considerar a magnitude da “saúde conectada” nessa discussão. Reconhecidas essas fronteiras, a atualização do conceito de regionalização desafia perspectivas inovadoras para um sistema clínico integrado em redes complexas, com novos processos, instrumentos, modelos clínicos etc. O conceito atualizado insere-se em uma concepção intersetorial cujo puxar de fios não somente contribui para promover modelos assistenciais equitativos e efetivos, como apresenta inesgotável potencial indutivo do SUS na construção de redes de inteligência e desenvolvimento urbano e regional de longo alcance.

De certo modo paradoxal, essa nova concepção contribui para diminuir – ou racionalizar – a escala de organização e planejamento do sistema, posto que permite dimensionar a rede regional como a menor unidade de complexidade sistêmica do SUS.

## **NOTAS**

<sup>1</sup> A intersetorialidade esteve entre aqueles conceitos de menor significado nos campos de pesquisa. No geral, são timidamente citados arranjos discretos e personalizados entre unidades de saúde e escolas, igrejas ou associações, questão usualmente acompanhada de algum sentimento de impotência dos serviços. Ao mesmo tempo, é notável como políticas intersetoriais como Bolsa Família e Primeiríssima Infância são rápida e eficazmente incorporadas aos serviços. O Programa Saúde na Escola é outro bom exemplo. Apesar da dificuldade com as análises próprias desse campo, fica visível a maior responsabilidade das políticas públicas em propor ações intersetoriais; enquanto a ponta dos serviços revela sua competência em operacionalizar e significar essas políticas.

<sup>2</sup> Embora há décadas possa ser encontrado na literatura brasileira em saúde (Barreto, Fontenelle, 1935), o uso do termo “sistema” de forma conceitual tem seu marco na criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975 (Brasil, 1975). Criado em 1948, o sistema de saúde da Inglaterra ainda preserva a denominação original de serviços: NHS – National Health Service.

<sup>3</sup> Esse mesmo movimento das Diretrizes promovido pelo Programa Mais Médicos para o Brasil descreve o planejamento das novas faculdades em um modelo regionalizado, mas, contrariando a primeira impressão, apresenta um conceito sem correspondência com a política de regionalização do SUS, senão com a educação médica internacional: “Este modelo de cursos de medicina regionalizados, como os propostos pelas universidades de Western Ontario, no Canadá, James Cook, na Austrália e Walter Sisulu, na África do Sul” (Costa et al., 2015, p.178).

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, João de Barros; FONTENELLE, José Paranhos.  
O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro. *Arquivos de Higiene*, v.5, n.1, p.83-115. 1935.
- BEST, Allan et al.  
Large-system transformation in health care: a realist review. *The Milbank Quarterly*, v.90, n.3, p.421-456. 2012.
- BRAITHWAITE, Jeffrey et al.  
*Complexity science in healthcare: aspirations, approaches, applications and accomplishments: a white paper*. Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University: Sidney. Disponível em <<http://aihi.mq.edu.au/resource/complexity-science-healthcare-white-paper>>. Acesso em: 4 jan. 2018. 2017.
- BRANDÃO, Gildo Marçal.  
*Linhagens do pensamento político brasileiro*. São Paulo: Hucitec. 2007.
- BRASIL.  
Presidência da República. Lei n.6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. 1975.
- BRASIL.  
Presidência da República. Decreto-lei n.200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/De10200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De10200.htm)>. Acesso em: 4 jan. 2017. 1967.
- CANDAUI, Marcolino; BRAGA, Ernani.  
Novos rumos para a saúde pública rural. *Revista do Sesp*, v.2, n.2, p.569-590. 1948.
- CHAVES, Mário M.  
Regionalização docente assistencial e níveis de assistência. *Revista de Administração Pública*, v.11, n.3, p.69-80. 1977.
- CONTEL, Fabio Betioli.  
Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde e Sociedade*, v.24, n.2, p.447-460. 2015.
- COSTA, Ana Maria et al.  
Mais (e melhores) Médicos. *Tempus, actas de saúde coletiva*, v.9, n.4, p.175-181. 2015.
- COSTA, Frederico Lustosa.  
*Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2010.
- EGLER, Cláudio et al.  
Bases conceituais da rede urbana brasileira: análise dos estudos de referência. In: Pereira, Rafael H. Moraes; Furtado, Bernardo Alves. (Org.). *Dinâmica urbano-regional: rede urbana e suas interfaces*. Brasília: Ipea. 2011.
- FIERLBECK, Katherine.  
The politics of regionalization. *Healthcare Papers*, v.16, n.1, p.58-62. 2016.
- FONSECA, Pedro Cezar Dutra.  
*Desenvolvimentismo: a construção do conceito*. (Texto para discussão, n.2103). Brasília: Ipea. 2015.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Lais Silveira; MALDONADO, José.  
O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, v.46, p.21-28. 2012.
- GRANT, John B.  
Medical regionalization and education. *Journal of Medical Education*, v.30, n.2, p.73-80. 1955.
- GUIMARÃES, Reinaldo.  
Pesquisa translacional: uma interpretação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n.6, p.1731-1744. 2013.
- HOCHMAN, Gilberto.  
*A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs. 1998.
- IBANÉZ, Nelson et al. (Org).  
*Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo*. São Paulo: Manole. No prelo.
- IBGE.  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/geografia\\_urbana/arranjos\\_populacionais/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/geografia_urbana/arranjos_populacionais/default.shtm)>. Acesso em: 23 maio 2016. 2016.
- JASMIN, Marcelo Gantus.  
História dos conceitos e teoria política e social: referências preliminares. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.20, n.57, p.27-38. 2005.
- JESUS, Renata P. F. Soares et al.  
Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface (Botucatu)*, v.22, n.65, p.423-434. 2018.
- KOSELLECK, Reinhart.  
Uma história dos conceitos: problemas teóricos e práticos. *Estudos Históricos*, v.5, n.10, p.134-146. 1992.

- KUSCHNIR, Reinhart.; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.5, p.2307-2316. 2010.
- MARQUES, Eduardo Cesar Leão. *Notas sobre a política e as políticas do urbano no Brasil*. (Texto para discussão, n.18/2016). São Paulo: Centro de Estudos da Metrópole. 2016.
- MARTON, Ana Maria et al. Regionalização dos serviços de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v.17, n.3, p.121-149. 1983.
- MELLO, Guilherme Arantes. Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.24, n.2, p.499-517. 2017.
- MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.19, n.4, p.1219-1240. 2012.
- MELLO, Guilherme Arantes et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.22, n.4, p.1291-1310. 2017.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.
- MONTEIRO NETO, Aristides; CASTRO, César Nunes; BRANDÃO, Carlos Antonio (Org.). *Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas*. Rio de Janeiro: Ipea. 2017.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. *Organización de las Administraciones Locales e Intermedias de Sanidad*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. (Serie de Informes Técnicos). Genève: OMS. 1972.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas*. Washington, DC: Opas. 2015.
- PLSEK, Paul. Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In: Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press. p.309-322. 2003.
- RAMOS, Reinaldo. *A integração sanitária: doutrina e prática*. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1972.
- ROUX, Ana V. Diez. Health in cities: is a systems approach needed? *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, p.9-13. 2015.
- SALTMAN, Richard B.; BANKAUSKAITE, Vaida; VRANGBAEK, Karsten (Ed.). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. [S.l.]: Open University Press. 2007.
- SARTORI, Giovanni. Concept misinformation in comparative politics. *The American Political Science Review*, v.64, n.4, p.1033-1053. 1970.
- SHORTELL, Stephen M.; GILLIES, Robin R.; ANDERSON, David A. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs (Project Hope)*, v.13, n.5, p.46-64. 1994.
- SWEENEY, Kieran G.; MANNION, Russell. Complexity and clinical governance: using the insights to develop the strategy. *The British Journal of General Practice*, v.52, supl., p.S4-9. 2002.
- TASCA, Renato (Ed.). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Contribuições para o debate. Brasília: Opas. 2010.
- TENÓRIO, Marge. *A gestão de redes de pesquisa científica, tecnológica e de inovação em saúde no Brasil*. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2016.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Região e redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.17, supl.1, p.S7-16. 2017a.
- VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. O processo de regionalização no Brasil: influência das dimensões política, estrutura e organização. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.17, supl.1, p.S27-43. 2017b.
- ZERHOUNI, Elias A. US biomedical research: basic, translational, and clinical sciences. *Journal of the American Medical Association*, v.294, n.11, p.1352-1358. 2005.

